

XVI.

Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia.

Verwirrtheit — Wille.

La démence d'Esquirol.

Acuter hallucinatorischer Wahnsinn Meynert's.

Acute primäre Verrücktheit Westphal's.

Acuter sensueller Wahnsinn Schüle's.

Traum-Zustände verschiedener Autoren u. s. w.

Von

Dr. J. Orschansky,

Docent in Charkow (Russland).

~~~~~

Unter obigen und vielen anderen Namen werden von verschiedenen Autoren mannigfaltige psychopathische Zustände beschrieben, welche jedoch so sehr miteinander verwandt sind, dass sie wohl zu einer Gruppe gerechnet werden können. Es treten, wie schon die verschiedenen Benennungen zeigen, in einzelnen Fällen verschiedene Factoren in den Vordergrund: einmal sind es Hallucinationen (Meynert) oder Illusionen (Schüle), in anderen Fällen treten Elemente der Verrücktheit — Wahn- oder Zwangsvorstellungen (Westphal) auf, oder es tritt in dem Geisteszustande dieser Kranken eine allgemeine Schwächung aller psychischen Functionen (Esquirol) in den Vordergrund. Der äussere Zustand dieser Patienten ist ebenfalls sehr verschiedenartig: die einen befinden sich in einem Zustande der automatischen Aufregung (Moria), andere in starrem Zustande (Stupor) und leisten allen Bemühungen, sie zu Bewegungen zu veranlassen, passiven Widerstand. Viele von ihnen machen den Eindruck eines

reflectorischen Apparates, welcher unter dem Einflusse starker Eindrücke sich bewegt und überhaupt handelt.

Trotz dieser inneren und äusseren Unterschiede, welche derartige Patienten darbieten, liegt doch eine, und zwar ziemlich wesentliche Veranlassung vor, alle diese Fälle zu einer psychopathischen Gruppe zu vereinigen. Bei allen diesen Kranken beobachtet man eine tiefe Verdunkelung des Bewusstseins, durch welche die von den Irrenärzten zur Charakterisirung solcher Patienten so oft gebrauchte Bezeichnung „traumartiger Zustand“ vollkommen gerechtfertigt wird. Im Felde des verdunkelten Bewusstseins ist die ganze psychische Thätigkeit des Patienten gleichsam benebelt. Sie haben keine klare Vorstellung mehr von ihrem eigenen „ich“, die Erkenntniss der äusseren Realität und die Grenzen zwischen „ich“ und „nicht-ich“ sind verschwunden. Die ausgearbeiteten und angelernten Associationsbahnen sind vergessen, Erinnerungsbilder abgeschwächt oder auch ganz verloren, das allgemeine Mass für Zeit- und Raumbestimmung ist nicht mehr vorhanden. Unter solchen Umständen kann natürlich von einer richtigen Wahrnehmung und logischen Bildung von Vorstellungen und Ideen keine Rede mehr sein. Der Patient erkennt seine Umgebung fast gar nicht mehr, und wenn es ihm zuweilen mit grosser Mühe auch gelingt, für einen Augenblick die directe, sozusagen concrete Bedeutung einer Thatsache zu begreifen, so ist doch die weitere Registrirung dieser Thatsache und dieselbe auf dem Wege der Association mit gleichartigen Thatsachen in Zusammenhang zu bringen, eine die Kräfte des Patienten übersteigende Aufgabe. Es wird daher bei derartigen Kranken Asymbolie, d. h. die Unfähigkeit die innere Bedeutung der Erscheinungen zu verstehen, beobachtet.

In dasselbe Dunkel sind auch die Bewegungsvorstellungen und die Gefühlssphäre gehüllt; die Gefühle, Triebe und Willensimpulse der Kranken sind unklar und schwach wie die entsprechenden Vorstellungen. Die Handlungen der Patienten sind ziellos, zuweilen sinnlos. Es ist selbstverständlich, dass der Zustand der Kranken entsprechend den verschiedenen Graden der Verdunkelung des Bewusstseins innerhalb weiter Grenzen variirt. Bei leichter Verdunkelung des Bewusstseins befinden sich die Patienten gleichsam im Halbschlaf, sie blicken verwundert und erstaunt um sich, wie wenn sie sich bemühten ihre Umgebung zu erkennen und sich zu orientiren. Haltung und Gesicht des Kranken drücken eine innerliche Anstrengung aus; zuweilen gelingt es für einen Augenblick den Nebel zu zerstreuen, welcher das Bewusstsein des Patienten umhüllt, er beginnt

dann sichtlich etwas zu erkennen, doch gleich danach versinkt er wieder in das frühere Dunkel. In diesem Zustande hat der Kranke noch eine leise, allerdings nur fragmentarische und summarische Erinnerung an die Vergangenheit, während er auf der Höhe der Verdunkelung des Bewusstseins dem stuporösen und comatösen Zustande nahesteht. Er wird apathisch und unreinlich, er schläft mit offenen Augen, wird gänzlich indifferent, sowohl sich selbst, als seiner ganzen Umgebung gegenüber, ohne klare Zeit- und Raumvorstellung. Zuweilen nur äussert sich das Leben der motorischen Sphäre durch irgend eine unwillkürliche Bewegung ganz nach Art der automatischen Bewegungen Schlafender. In diesem Zustande stellen die Patienten das Bild von Dementia, oftmals mit Stupor dar, und deshalb wurden diese Zustände bis vor Kurzem miteinander verwechselt.

Dies ist in allgemeinen Umrissen das Bild der reinen, d. h. nicht complicirten geistigen Verwirrtheit. Nicht selten jedoch gesellen sich zu diesem Hauptsymptom, zur Verdunkelung des Bewusstseins, Reizungserscheinungen von Seiten der psychischen Sphäre, und zwar Hallucinationen und Wahnvorstellungen hinzu. Wie der Schlaf reich oder arm an Träumen sein kann, so können auch die Zustände der zuweilen reinen geistigen Verwirrtheit nicht selten zum Schauplatz einer eigenartigen, in Illusionen, Hallucinationen und in zusammenhangslosen Phantasmen zum Ausdruck gelangenden seelischen Arbeit werden. Hierbei kann einer dieser Factoren so stark entwickelt sein, dass das ganze Bild des geistigen Zustandes ein eigenartiges Colorit annehmen kann.

So z. B. werden diejenigen Fälle, in welchen von Anfang an Hallucinationen das Feld des Bewusstseins bedecken und gleichsam die Ursache der Verdunkelung desselben abgeben, von Meynert als eine besondere Form, als hallucinatorischer Wahnsinn, aufgefasst. Indessen beobachtet man in manchen Fällen eine primäre Verdunkelung des Bewusstseins, wobei die in der Folge hinzutretenden Hallucinationen nicht die Basis, sondern nur eine Complication des Krankheitsprocesses sind.

Die Illusionen sind in gewissen Fällen derartig hervorragend entwickelt, dass man ebenfalls berechtigt wäre, dieselben als eine besondere Krankheitsform, als illusorische Verwirrtheit, zu unterscheiden. Zuweilen treten bei relativ unbedeutender Entwicklung der Illusionen und Hallucinationen und bei mässiger Verdunkelung des Bewusstseins Reizungserscheinungen der rein intellectuellen Sphäre auf, d. h. man beobachtet in solchen Fällen das Entstehen von Wahnideen, was die

Veranlassung dazu gab, diesen Zustand zur Gruppe der primären Verrücktheit zu rechnen.

In obiger Auseinandersetzung wurde die psychische Verwirrtheit als eine besondere psychopathische Form beschrieben, doch darf man nicht etwa glauben, dass dieser Zustand ein selbstständiges klinisches Bild darstellt. Man beobachtet zwar zuweilen, dass neuropathische Individuen nach einer kurzen Periode cerebraler Neurasthenie, nach Affecten rasch in den erwähnten Zustand der Verwirrtheit gerathen, welcher jedoch direct in Genesung übergeht. In solchen vereinzelt Fällen kann man natürlich die Verwirrtheit nicht als eine besondere klinische Form auffassen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle verhält sich jedoch die Sache anders. Die Verwirrtheit erscheint gewöhnlich nur als eine kurze Episode oder Anfall oder als ein gewisses Entwicklungsstadium einer complicirten Psychose. Meistens tritt sie im Verlaufe der primären, sowohl acuten, als chronischen, besonders aber im Verlaufe der degenerativen, d. h. auf der Basis schwerer Neurosen wie Hysterie, Epilepsie und Neurasthenie entstandenen Verrücktheit auf.

Es ist selbstverständlich, dass in allen solchen Fällen, wo die Verrücktheit als Phase oder Stadium einer complicirteren Psychose auftritt, das oben geschilderte verhältnissmässig einfache Bild der Verwirrtheit durch diejenigen Elemente complicirt wird, welche aus einer vorangegangenen Phase der Psychose in den Zustand der Verwirrtheit übergehen. Es sind daher im Zustande der Verwirrtheit häufig Ueberreste von Wahnideen, pathologischen Affecten und Impulsen vorhanden, welche in den neuen Zustand des Kranken in der Gestalt fragmentarischer Erinnerungen übergegangen sind; letztere bestehen weiter, obgleich in weniger bewusster und fixer Form. Ebenso gehen Hallucinationen, welche den Charakter von Vorstellungen angenommen haben, in den neuen Zustand der Verwirrtheit, nur in etwas abgeschwächter Gestalt über. Es ist somit ganz natürlich, dass auch der leise Nachklang derjenigen Stimmung, welche im vorhergehenden Stadium als lebhafte Reaction des Kranken auf seine Wahnelemente gedient hat, auch im Zustande der Verwirrtheit theilweise seine halbbewusste Existenz bewahrt.

Auf Grund obiger Darstellung ist es leicht erklärlich, weshalb der sowohl in Bezug auf seinen inneren Inhalt, als auch in Bezug auf seine äusserliche Gestalt so mannigfaltige Zustand der Verwirrtheit so lange Zeit von anderen ihm ähnlichen psychopathischen Zuständen und von denjenigen Formen von Geisteskrankheiten nicht unterschieden worden ist, deren Bestandtheil die Verwirrtheit bildet.

Die klinische Psychiatrie musste erst den Unterschied zwischen dem Begriff der primären psychischen Schwäche — der primären Demenz — und der primären Verrücktheit als Reizerscheinung kennen lernen. Ferner war es nöthig, das Bild der psychischen und Muskelhemmung — des Stupors — zu einer besonderen Form zu specialisiren und von den ihr verwandten Zuständen der primären Verrücktheit und der primären Dementia abzugrenzen.

Erst nach einer so gründlichen Zergliederung der Reizungs-, Hemmungs- und Schwächezustände konnte man eine ganz eigenartige Erscheinung wahrnehmen, welche in den Rahmen dieser Hauptbegriffe nicht hineinpasst, nämlich die Veränderung des Bewusstseins als Ganzes, welche bis zu einem gewissen Grade unabhängig ist von der quantitativen und qualitativen Veränderung der Elemente des Bewusstseins, sowie auch von der seelischen Arbeit selbst, d. h. von der Bildung der Vorstellungen und deren Umarbeitung. Die Analyse dieses Symptoms oder richtiger dieses Symptomencomplexes geschieht gegenwärtig. Noch in den neuesten Lehrbüchern der Psychiatrie ist die Beschreibung der psychischen Verwirrtheit sowohl in den die Verrücktheit, als auch in den die Dementia behandelnden Capiteln enthalten. Selbst in den neuesten Monographien von Mendel und Kraepelin wird die Verwirrung mit den ihr ähnlichen Demenz- und Verrücktheitszuständen verwechselt. Diese Autoren schliessen die Verwirrtheit in das Bild der geistigen Schwäche, der Demenz, als ein Element derselben ein, wobei Kraepelin sich bemüht, die Verwirrtheit von der Perceptions- und Aufmerksamkeitsschwäche psychologisch herzuleiten.

Wille, welcher sich die Aufgabe gestellt hat, die Verwirrtheit als einen besonderen psychopathischen Zustand zu specialisiren, und sich bemüht eine Grenze zwischen der Verwirrtheit einer- und den sensorischen Formen der primären Verrücktheit und der Dementia andererseits zu stecken, verfällt hierbei in ein anderes Extrem. Er betrachtet die primäre Demenz und den Meynert'schen hallucinatorischen Wahnsinn als eine Varietät der Verwirrtheit. Eine solche Verwirrung der Definitionen und Abgrenzung weist augenscheinlich auf einen intimen Zusammenhang zwischen diesen Zuständen, auf eine bei einem Kranken bestehende consecutive und simultane Coincidenz verschiedener Symptomengruppen hin. Wenn wir selbst von den die Classificirung betreffenden Fragen gänzlich absehen wollten, so müssen wir uns doch bei der Beobachtung derartiger Patienten folgende Fragen vorlegen: welches sind die inneren Beziehungen zwischen der Verwirrtheit und den ihr nahestehenden Wahnsinn- und Demenzzu-

ständen? Tritt die Verwirrtheit immer primär, d. h. unabhängig von Erkrankungen des Vorstellungsgebietes, oder immer secundär auf? Welchen Einfluss übt die Verwirrtheit auf die Wahnelemente der vorhergehenden Krankheitsphase aus? Welche Bedeutung hat dieses Symptom überhaupt in diagnostischer und prognostischer Hinsicht? u. s. w.

Selbstverständlich können nur weitere Beobachtungen die Antwort auf diese und ähnliche Fragen liefern, und obgleich ich nicht glaube, diese Fragen definitiv lösen zu können, so halte ich es dennoch nicht für überflüssig, die Krankheitsgeschichten einiger Patienten hier mitzutheilen, welche ich zu beobachten Gelegenheit hatte, und welche die Symptome der psychischen Verwirrtheit in verschiedenen hohen Graden und in verschiedenen Formen dargeboten hatten.

### Fall I.

**Acute Demenz und Lethargie nach einer Geburt. — Beginn. Abnahme der Kräfte, physische und psychische Starrheit. Dementia. Verrücktheit. Cataleptoider Zustand. Mehrtägige stuporähnliche Lethargie. Wieder Demenz und Automatismus. Kurzdauernder Zustand leichter Erregung. Genesung. Erinnerung an die ganze Krankheitszeit.**

März 1883. Patientin W., 24 Jahre alt, von hohem Wuchs, gutem Körperbau, war als Mädchen ängstlich, träumerisch, hatte oft Träume, litt aber niemals an Hysterie und hat überhaupt nie irgend welche nervöse Erscheinungen gehabt. Die Mutter der Patientin, welche noch lebt, hatte in ihrer Jugend leichte hysterische Anfälle, ein Bruder hysterisch. Patientin ist seit einem Jahre verheirathet. Verlauf der Schwangerschaft normal, nur in den letzten Schwangerschaftsmonaten war Patientin sehr schlafsuchtig und hatte oft unangenehme Träume. Becken unregelmässig, die Geburt verlief am 18. März schwer, aber normal, Blutverlust dabei unbedeutend, das Milchfieber dauerte 2 Tage, Temperatur unter 38°.

Am 7. Tage nach der Geburt fühlte sich Patientin wohl, am 8. Tage, also am 26. März erschrak sie aus geringfügigem Anlass — Geräusch auf der Strasse — und bekam sofort einen ohnmachtsähnlichen Anfall. Erwacht aus demselben, klagte sie über Taubheit der Hände und Kriebeln in den Fingerspitzen.

27. März. Patientin ist schwach und befindet sich in einem starren Zustande. Die Hebeamme wollte der Patientin Pantoffeln anziehen und bemerkte dabei, dass der Fuss gestreckt war, so dass sie ihr nur mit grosser Mühe die Pantoffeln anziehen konnte. Die Kranke kann nur mühsam gehen, das Kind stillt sie selbst.

28. März. Patientin ist munterer, die Starrheit verschwunden; an demselben Tage regte sie sich in Folge einer häuslichen Zwistigkeit etwas auf, wodurch sich ihr Zustand verschlimmerte, Starrheit und Schwäche stellten sich wieder ein.

29. März. Der Kranken geht es heute schlechter. Sie ist fast bewegungslos, sitzt beständig oder verharret, wenn sie sich erhebt, lange Zeit in derselben Stellung. Sie erkennt ihre Umgebung, selbst ihr eigenes Kind, ihren Gatten und Schwiegervater nicht mehr, schweigt beständig, legt sich Abends zur Ruhe und bleibt im Bette unbeweglich liegen.

Am 30. März wurde ich zur Kranken citirt. Patientin liegt im Bett, nach langem Dringen gelingt es, sie trotz des von ihr geleisteten passiven Widerstandes zum Sitzen zu bewegen. Gesichtsfarbe blass, Pupillen erweitert, Puls weich und etwas beschleunigt (90). Sie beantwortet träge die an sie gerichteten Fragen und kann sich nur mit vieler Mühe besinnen, dass sie vor Kurzem geboren hat. Sie leistet bei der Untersuchung Widerstand, verträgt selbst die Berührung ihrer Hände nicht. Athmung langsam, seit drei Tagen Verstopfung, Urinentleerung erfolgt selten, die Muskeln der Extremitäten sind leicht gespannt, Empfindlichkeit auf Schmerz erhalten, Patientin reagirt prompt auf leichte Nadelstiche. Meteorismus. Lochienauscheidung sistirt, Milchsecretion sehr gering. Temperatur normal.

Nach Nahrung äussert Patientin kein Verlangen, isst aber, automatisch, sobald ihr Speisen gereicht werden; reicht man ihr das Kind, so legt sie es ebenfalls automatisch an und reicht ihm die Brust, bedeckt jedoch dabei ihren Busen.

Der Gesichtsausdruck ist zuweilen verwundert, gleichsam in Gedanken vertieft, meistens jedoch zerstreut. Patientin äussert gar keine Klagen, mit vieler Mühe nur gelingt es von ihr zu erfahren, dass sie an Schwindel leidet. Zuweilen spricht sie ihren Gatten und ihren Schwager mit deren Namen an, auf die Frage jedoch, wer sie seien, antwortet sie: „ich weiss es nicht“. Sie erkennt das Zimmer und ihr Bett, in welchem sie geboren hat. Die Frage nach ihrem Befinden beantwortet sie mit „ich bin gesund!“ Dass das Kind, welches sie stillt, ihr eigenes ist, weiss Patientin nicht. Ihren Gatten erkennt sie nur, wenn derselbe sehr nahe an sie herantritt, und auch das nur bei Beleuchtung. Sie behauptet dann, dass seine Augen und Stimme sich verändert haben: „du bist ein Anderer!“ Vergangene Nacht hat Patientin ruhig geschlafen.

31. März. Patientin ist unruhig, geht stundenlang in ihrem Zimmer auf und ab, bleibt an der Thür stehen, blickt in die anstossenden Zimmer, ohne jedoch dieselben zu betreten, starrt Alles an, leistet Widerstand, sobald man sich ihr nähert. Sie schreckt öfters auf, weigert sich, etwas zu geniessen, sieht die ihr gereichten Speisen mit misstrauischem Blicke an. Sie erkennt ihren Mann und andere ihr nahestehende Personen nicht und schreckt beim Anblick derselben auf. Eiuimal sagte sie: „Ihr seid Alle andere Menschen geworden“, den Arzt fragt sie: „Sind Sie denn Arzt?“, ihren Verwandten gegenüber äusserte sie sich einmal: „Ihr versteht nichts!“ Ein anderes Mal legte sie eine Katze, welche sich in's Zimmer hineingeschlichen hatte, wie einen Säugling an ihre Brust. Milchsecretion gänzlich sistirt. Im Laufe des Tages fiel Pat. einmal, vom Sessel aufstehend, ohnmächtig zu Boden. Da Pa-

tientin allen Bemühungen, sie per os zu ernähren, Widerstand leistet, so werden ihr nahrhafte Speisen per rectum gereicht.

1. April. Patientin hat Nachts viel geschlafen, von 11 Uhr Abends bis 10 Uhr früh. Sie liegt im Bett, lässt sich ruhig untersuchen, lässt Urin unter sich. Gesichtsausdruck unbeweglich, maskenartig. Nahrung wird automatisch eingenommen. Reicht man ihr irgend einen Gegenstand, so erfasst sie und dreht ihn in den Händen. Während des Tages hat Patientin einmal ihren Gatten erkannt.

2. April. Patientin liegt unbeweglich in extensione, starr wie ein Brett. Passive Bewegungen der Extremitäten und des Rumpfes unmöglich, der Versuch die Kranke in sitzende Stellung zu bringen oder ihren Kopf zu beugen, misslingen. Augen weit geöffnet. Beim Zuführen von Nahrung leistet sie keinen Widerstand, doch fließt die Nahrung wieder aus dem Munde heraus, so dass zur Ernährung per clysmam Zuflucht genommen werden muss. Bettnässen.

3. April. Früh Morgens äusserte Patientin spontan den Wunsch etwas Milch zu sich zu nehmen, sie trank auch ein wenig davon, dann hörten die Schluckbewegungen auf und die Kranke verfiel wieder in ihren lethargischen Zustand, aus welchem sie nicht zu erwecken ist. Die Augen sind geschlossen, Puls weich, 88 an Zahl, Respiration 19, gleichmässig und von mässiger Tiefe. Haut fühlt sich warm an. Beine in extensione, rigide, lassen sich mit Mühe beugen, Sehnenreflexe gesteigert, Catalopsie der Beinmuskulatur nicht vorhanden. Patientin reagirt nicht selbst auf ziemlich tiefe Nadelstiche. Hände nicht gespannt, es besteht eine mechanische Nerven- und Muskelhyperästhesie. Andeutung von Flexibilitas cerea.

Oeffnet man rasch die Augen der Patientin, so findet man die Pupillen stark erweitert, doch verengern sie sich gleich wieder. Oeffnet man hingegen langsam die Augen der Kranken, so rollt der Augapfel nach oben. Bei geöffneten Augen steigert sich die Catalopsie der Arme; die (mechanische) Hyperästhesie hingegen verschwindet.

Auf Bespritzen des Gesichts mit Wasser reagirt die Kranke mit einer tiefen Inspiration, im Gesicht tritt eine leise Bewegung auf, Patientin öffnet ein wenig die Augen, verfällt aber gleich wieder in Lethargie. Druck auf die Eierstockgegend ruft sichtlich Schmerz hervor, die Kranke erwacht für einen Augenblick aus der Lethargie, jedoch nicht gänzlich. Trismus ist nicht vorhanden, die Harnblase muss durch Catheterisiren entleert werden. Es stellt sich Neigung zu Schweissen ein.

4. April. Nach einem Bade von 28<sup>o</sup> völlige Erschlaffung der Muskulatur. Patientin kam etwas zu sich. Tritt Jemand in's Zimmer, so wendet sie den Kopf nach der Richtung der Thür und bewegt die Augen in derselben Richtung. Als in ihrer Gegenwart gesagt wurde, dass sie sich unreinlich hält, erröthete sie. Dieser halb bewusste Zustand dauerte nicht lange, die Kranke verfiel gleich wieder in den lethargischen Zustand.

Die Untersuchung der Patientin ergiebt Folgendes: Pupillen erweitert, Puls weniger voll, 90, Respiration 18, tiefer als gestern, Gesicht leicht ge-



röthet, die Augenlider zittern, Augen sind geschlossen, lassen sich vorsichtig öffnen, bei forcirten Versuchen schliessen sich die Lider tetanisch. Desgleichen der Mund: vorsichtig lässt er sich öffnen, bei dem Versuche jedoch ihn schnell zu öffnen, erfolgt Trismus. Muskulatur der Extremitäten erschlafft, schwache und langsame passive Bewegungen möglich, während durch forcirte Bewegungen ein tetanusähnlicher Zustand der Beine und Rigidität der oberen Extremitäten von cataleptischem Charakter hervorgerufen wird. Hautreflexe erhalten: Patientin reagirt mit Zurückziehen des Fusses, mit Runzeln der Stirn und Verziehen des Gesichts auf Nadelstiche der betreffenden Gegenden. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist nicht erhöht, desgleichen Patellarreflex, doch wird letzterer bei tetanischer durch rasche passive Bewegungen hervorgerufener Spannung der Beine erhöht. Wird der Patientin vorsichtig Flüssigkeit in den Mund gebracht und ebenso vorsichtig der Hals der Kranken seitwärts gestrichen, so gelingt es Schluckbewegungen hervorzurufen und die Flüssigkeit gelangt dann in den Magen. Bei Besprengung des Gesichts mit Wasser erfolgt eine tiefe Inspiration und einige automatische Bewegungen. Auf Druck gegen die Eierstockgegend (besonders deutlich auf der rechten Seite) reagirt Patientin in der Weise, dass zuerst der Fuss der entsprechenden Seite zurückgezogen wird, dann wendet sie sich im Bette nach der entsprechenden Seite um, zuletzt wird die Hand derselben Seite gegen die Druckstelle dirigirt, indem sie mit derselben eine kratzende Bewegung ausführt.

5. April. Um 1 Uhr Nachts öffnete Patientin die Augen, sah sich um, bewegte den Kopf, stöhnte, wendete sich um. sie war nicht starr, konnte jedoch nicht schlucken, schlief dann wieder ein.

Morgens erwachte sie wieder, stand von selbst auf, leistete dem sie freisirenden Mädchen nur schwachen Widerstand, spazierte im Zimmer ohne fremde Hülfe, sah zum Fenster hinaus, verzehrte gierig einen Apfel. Sie starrt die Gesichter der sie umgebenden Personen an, spricht aber nichts. Sichtlich ermüdet legte sie sich wieder hin, liess Urin unter sich und stöhnte so lange, bis ihr reine Bettwäsche gegeben wurde. Sie trank etwas Wein und ein halbes Glas Wasser. Untersuchungsbefund: Patientin liegt mit offenen Augen, Puls 100, voll, Respiration oberflächlich, 20 in der Minute. Die Haut fühlt sich kälter als früher an, Pupillen nicht erweitert, Hautreflexe vorhanden, Sehnenreflexe nicht so deutlich wie gestern, Muskeln erschlafft, frühere tetanocataleptoide Erscheinungen nicht vorhanden, bei plötzlicher passiver Bewegung aber erstarren die Extremitäten ein wenig, aber nur momentan. Die Gegend des rechten Ovariums ist schmerzhaft.

Der Gesichtsausdruck der Kranken macht den Eindruck von Verwunderung; sie verfolgt langsam die Bewegungen und die Instrumente des Arztes. Bleibt der Arzt lange vor ihr stehen, so beginnt sie sich zu ihm hinzuneigen, erhebt er sich langsam, so erhebt auch sie langsam ihren Rumpf und Kopf, steht jedoch nicht auf. Versucht man sie rasch zu setzen, so wird ihr Rumpf und Nacken gespannt und auf diese Weise Widerstand geleistet. Wenn man hingegen die Kranke an den Händen erfasst und langsam zu sich zieht, so

erhebt sie sich von ihrem Sessel. Hält man ihr die Augen zu, so erfolgt sofort eine Streckung des Körpers und Patientin verfällt wieder in den traumähnlichen cataleptoiden Zustand, jedoch nur für 2—3 Minuten, dann erwacht sie und öffnet die Augen.

6. April. Nachts gut geschlafen. Patientin wollte sich Abends nicht entkleiden, so lange ihr Gatte im Zimmer war; durchnässte jedoch ihr Bett. Morgens stieg sie selbst in die Badewanne, ass salzige Speisen und Früchte, bat um Kaffee, welchen sie auch austrank, nahm etwas Wein zu sich, wollte jedoch Bouillon nicht genießen, während sie gierig Brod ass. Patientin sitzt in Gegenwart des Arztes nur mit dem Hemd bekleidet im Bette und genirt sich keineswegs, lässt aber ihren Bauch nicht palpieren.

Puls 90, Athmung 20, Muskeln nicht gespannt, Gesichtsausdruck forschend, sie verfolgt mit dem Kopfe und mit den Augen alle in ihrer Umgebung befindlichen Personen und Gegenstände. Als der Arzt ihre Hand nahm, gerieth sie in Zorn, nannte ihn „Narr!“ und entriss sie ihm; als er darauf nochmals die Hand nahm und sie festhielt, spie die Kranke ruhig und langsam auf die Hand des Arztes. Es muss hier bemerkt werden, dass Patientin überhaupt oft und überall hinspeit.

Wenige Minuten nach der Untersuchung nimmt Patientin zwei Weintrauben und führt sie zum Munde des Arztes, gleich darauf wiederholt sie dasselbe bei ihrem Gatten. Als ihr später ein Glas Wasser gereicht wurde, startete sie es lange an, tauchte ihren Finger in dasselbe und dann erst trank sie es aus. Zuweilen steht Patientin auf und promenirt langsam im Zimmer auf und ab, wobei sie ihre Umgebung anstarrt. Soll sie zu Bett gebracht werden, so leistet sie Widerstand. Als die Hebeamme in ihrer Gegewart sagte, dass Patientin Milch trinken soll, machte sie eine unzufriedene Miene.

7. April. Patientin schläft viel, hat keine Muskelspannung und es ist leicht sie zu wecken. Erwacht, steht sie auf, nimmt Nahrung zu sich, sieht sich um, bittet um Kaffee. Mittelst einer Handbewegung ruft sie ihre Verwandten zu sich und sagt „Fische!“ Zum ersten Mal reichte sie heute dem Arzt, als derselbe in's Zimmer tretend, ihr die Hand giebt, die ihrige.

8. April. Patientin schläft nicht mehr, bat auf den Balcon gehen zu dürfen, schreckt jedoch, den Corridor passirend, vor der Wäscherin zusammen, indem sie dieselbe für eine Hexe hält. Patientin wird reizbar, weigert sich ein Bad zu nehmen und klagt, dass man sie mit Bädern, Arzneien und Clystieren quält, sehlt die Hebeamme und schimpft auf den abwesenden Arzt.

9. April. Allgemeiner Zustand der Patientin befriedigend, desgleichen Appetit und Schlaf. Harnentleerung und Stuhlgang willkürlich und normal. Bei der Ankunft des Arztes versteckt sie sich in ihr Zimmer und will nicht zur Consultation erscheinen. Der Arzt sucht sie in ihrem Zimmer auf, doch versteckt sie sich vor ihm hinter der Thür, bittet ihn ohne Zeichen von Zorn, sich zu entfernen, da sie gesund, er hingegen gar nicht der Arzt sei, an die Mutter sich wendend, behauptet sie, dass alle Aerzte ihre Patienten nur quälen, sie erinnert daran, dass sie (die Mutter) ebenfalls in Behandlung des Dr. N. gewesen wäre, ohne jedoch Hülfe bei ihm gefunden zu haben. Alles das

spricht sie ruhig, ohne Aufregung, mitunter lächelnd. Auf den Rath des Arztes, ein Bad zu nehmen, antwortet sie: „Ich möchte Sie im Bade sehen!“ und lächelt über diesen Scherz sichtlich erfreut. Unter Anderem äussert sie dem Arzte gegenüber ihre Unzufriedenheit darüber, dass ihr während ihrer Krankheit *Asa foetida* und *Clystiere* verabreicht wurden. Im Laufe dieser Unterhaltung nähert sich der Arzt langsam und allmählig der Kranken und holt Percussionshammer und Plessimeter aus der Tasche hervor. Patientin nimmt ihm die Instrumente ab und schlägt seine Hand ziemlich stark mit dem Hammer, mit der deutlichen Absicht, ihm hiermit Schmerz zu bereiten. Lachend sagt sie hierbei: „Sehen Sie? so haben Sie mich behandelt!“ Dann bittet sie ihn, sie nicht mehr zu besuchen, da sie sich vollkommen gesund fühlt. Die Frage des Arztes: „Haben Sie nach der Geburt nicht gelegen?“ beantwortet sie mit „Nein!“ „Erinnern Sie sich, dass Sie geboren haben?“ „Nein!“ „Erkennen Sie Ihren Gatten? Ihre Mutter?“ „Nein!“ (sowohl der Gatte, als die Mutter sind im Zimmer anwesend), „ich habe weder einen Mann, noch eine Mutter!“ Einen Augenblick später wendet sie sich an ihren Gatten und nennt ihn beim Namen. Ihr Kind erkennt sie nicht: „das ist eine Puppe!“

10. April. Gestern Abend kam die Patientin plötzlich zu sich. Sie erinnert sich heute ihres gestrigen Benehmens, behauptet Alles verstanden zu haben, doch sei sie der ärztlichen Behandlung überdrüssig geworden. Sie erinnert sich geboren zu haben, erkennt den Geburtshelfer und ihr Kind, und sagt, dasselbe gefalle ihr. Patientin behauptet, dass sie während ihrer ganzen Krankheit nicht delirirt und Alles, was in ihrer Umgebung geschah, gehört, jedoch eine ungewöhnliche Schwäche gefühlt und wegen der grossen Schmerzhaftigkeit allen Bewegungen Widerstand geleistet habe. Es schien ihr während dieser drei Tage, als wäre das Zimmer voll Menschen, welche grossen Lärm verursachten. Ich hätte ihr Schweigen geboten. Die Aufnahme von Speisen verweigerte sie, weil Alles einen unangenehmen Geschmack und Geruch hatte. Sie weiss sich der *Clystiere*, Bäder, Arzneien, der Hebeamme u. s. w. zu erinnern. Sie erkannte ihren Gatten und ihr Kind nicht, weil dieselben ihr als andere, ihr unbekannte Menschen erschienen. Man habe in ihrem Zimmer zuweilen im Flüstertone gesprochen, oft aber habe man ihr direct in's Ohr sehr laut geschrien.

11. April. Im Laufe einer Unterhaltung mit dem Arzt erzählt Patientin ziemlich ausführlich den Verlauf ihrer Krankheit. Am genauesten erinnert sie sich der letzten Tage — der Zeit nach ihrem Erwachen, der traumähnliche Zustand blieb ihr noch einigermassen im Gedächtniss, während sie von den ersten Tagen nur noch eine ganz undeutliche Erinnerung bewahrt hat. Es schien ihr in den ersten Tagen — so erzählt sie — als ob ihr ihre Mutter, ihr Gatte feindlich gesinnt wären; die Gesichter dieser Angehörigen waren ihr unsympathisch, die Absichten derselben schienen ihr feindlich zu sein. Das Gesicht ihres Kindes kam ihr entstellt vor. Es schien ihr, als ob man die Absicht hätte, sie umzubringen. Die Aufforderung des Arztes bei der ersten Nachtvisite, ihm etwas vorzulesen (behufs Gesichtsprüfung) sah sie als

ein Examen an. Alle ihr gereichten Speisen hätten einen widrigen Geschmack gehabt, im Trinkwasser bewegte sich etwas. Die Idee einer Vergiftung war zwar nicht vorhanden, doch fürchtete sie, dass die Speisen ihr schaden würden. Gegenstände erschienen ihr bei Berührung derselben sonderbar. Es schien ihr, als ob sich im Zimmer viele Menschen bewegten, das Läuten der Kirchenglocken hielt sie für ihre Beerdigung; Patientin hatte keine klare Vorstellung von dem Orte, wo sie sich befand.

Ihren traumähnlichen Zustand beschreibt sie folgendermassen: Sie konnte sich nicht bewegen, sah und hörte jedoch Alles. Ihr Körper schien ihr sehr gross, leicht und ohne jede Stütze in der Luft schwebend. Ihr war sehr heiss, unsere Einbüllungen waren ihr sehr lästig. Sie weiss sich zu erinnern, dass ich wiederholentlich rieth die Patientin künstlich zu ernähren. Die Personen ihrer Umgebung kamen ihr als in der Luft schwebende Riesen vor. Sie habe oftmals durch die ein wenig geöffnete Lidspalte gesehen, doch jedes Mal rasch wieder die Augen geschlossen. Während der ganzen Zeit hatte sie starkes Ohrensausen. Oeffnete sie die Augen, so sah sie verschiedene Farben, besonders roth und blau. Selbst bei vollkommen geschlossenen Augen sah sie verschiedene unangenehme Gestalten. Sie hatte während der Zeit überhaupt gar keine Gedanken, ihr Bewusstsein war nicht klar, doch fühlte sie sich unwohl. Es schien ihr, sie wäre gestorben, sie wunderte sich, dass sie atmet. Manchmal schien es ihr, dass man sie schon beerdigt, dass die sie umgebenden Personen keine lebenden Menschen, sondern Schatten seien, dass sie sich nicht in einem Zimmer befinde, sondern in einen grossen Kasten eingeschlossen sei.

Bei der ärztlichen Untersuchung des Unterleibes hatte sie die Empfindung von Treten ihres Leibes mit den Knien. Sie fürchtete Bewegungen auszuführen und mied dieselben, da sie bei der geringsten Bewegung Schwindel bekam und es ihr dabei schien, dass sie in einen Abgrund stürzt. Patientin erinnert sich fast aller Begebenheiten der letzten Tage, der Reconvalescenz nach der Lethargie, doch hatte sie kein klares Bewusstsein, konnte viele Gegenstände nicht erkennen und ängstigte sich deshalb.

12. April. Bei der Untersuchung wurde Empfindlichkeit des rechten Eierstockes und eine unbedeutende Hyperästhesie der rechten Hand constatirt.

---

Ueberblicken wir jetzt kritisch den ganzen Verlauf des soeben geschilderten Krankheitsfalles, so können wir denselben unter folgende Formel bringen. Im Anschlusse an rein nervöse, vielleicht auch hysterische Vorboten, als allgemeine Schwäche, Taubheit und Kriebeln in den Händen, ohnmachtähnliche Anfälle entwickelt sich zuerst ein typischer Zustand acuter Dementia ohne Reizungserscheinungen, d. h. Delirien und ohne Hallucinationen, aber mit gänzlich veränderter Wahrnehmung, welche einen rein illusorischen Charakter angenommen hat. Darauf geht Patientin langsam in einen stuporähnlichen

Zustand mit äusseren, theilweise lethargischen, theilweise pseudo-cataleptischen Merkmalen über. Von diesem Stupor geht Patientin ebenso allmählig in den früheren Zustand der Dementia, und dann rasch zur vollen psychischen Genesung über. In beiden Stadien der Demenz — sowohl im Anfangs- als auch im Endstadium — sind die Symptome der Verwirrtheit (Verlust des Selbstbewusstseins, des Orientierungssinnes und Automatismus) so eng mit den Erscheinungen der Dementia verbunden, dass die Abgrenzung der Verwirrtheit als eines besonderen Phänomens sehr schwierig und augenscheinlich auch überflüssig erscheint. Ein solcher sozusagen summarischer Ueberblick über den vorliegenden Fall giebt jedoch nur eine unvollständige und oberflächliche Vorstellung von demselben. Begnügen wir uns jedoch nicht mit den erwähnten rein empirischen Formeln, verfolgen wir vielmehr den ganzen Verlauf dieses Falles vom physiologischen Standpunkte aus, wobei wir uns sowohl von unseren Beobachtungen, als von den Erinnerungen der Kranken leiten lassen können, so werden wir zu einer mehr einheitlichen Anschauung über die Pathologie des vorliegenden Falles gelangen.

---

Die Krankheit der Frau W. begann, wie bereits oben erwähnt, mit physischen Erscheinungen allgemeiner Schwäche und Starrheit. Seitens der cerebralen Sphäre ist es sehr charakteristisch, dass der psychischen Störung Schwindelanfälle vorausgingen. Besonders bemerkenswerth aber ist der Umstand, dass die Patientin, noch bevor Illusionen auftraten und das Gedächtniss geschwunden war, unklares Bewusstsein der Umgebung verrathen hatte. Wahrscheinlich war bei der Kranken während dieser abortiven Krankheitsphase eine bestimmte Stimmung nicht vorhanden, so dass man unter Berücksichtigung der Gesamtheit dieser Symptome diese Phase als typischen, halbbewussten, traumähnlichen Zustand oder als Verwirrtheit bezeichnen könnte. Physiologisch betrachtet, war dieser Zustand aller Wahrscheinlichkeit nach nicht durch Schwäche, sondern eher durch eine allgemeine Depression sowohl der motorischen Sphäre als auch des Bewusstseins bedingt. Gleich nach dieser allgemeinen Depression des Bewusstseins und nach dem allmählichen Verschwinden der Erinnerungen wird auch die psychische Thätigkeit zerstört. Die Wahrnehmung wird illusorisch. Anfangs treten noch keine deutlichen Veränderungen der Einzelheiten auf, aber der allgemeine Eindruck der umgebenden Gegenstände ist neu. Die Kranke erkennt keine Gegenstände, bei genauer Betrachtung derselben gelingt es ihr jedoch noch zuweilen das wirk-

liche Bild des betreffenden Objectes zu reconstruiren. Kurze Zeit darauf treten die Illusionen schon deutlich hervor. Die Fülle der Illusionen ruft bei noch halbwegs erhaltenem Bewusstsein eine Art von Affect hervor, Patientin erschreckt vor neuen fremdartigen Eindrücken — daher die Unruhe der Kranken. Die noch nicht gänzlich erloschene, herabgesetzte Thätigkeit reagirt ebenfalls auf die düsteren Illusionen — bei der Patientin entstehen falsche Ideen von der feindlichen Gesinnung ihrer Umgebung. Auf diese Weise bietet die Krankheit unserer Patientin eine Zeit lang ein Bild dar, welches an den melancholischen Wahnsinn erinnert. Hier ist der Wendepunkt der Krankheit. Wahrscheinlich wird die Wahrnehmung unter dem Einflusse der zunehmenden Depression sowohl des Bewusstseins, als auch der ganzen psycho-sensorischen Thätigkeit dunkler, die falschen Ideen verschwinden und die Kranke verfällt in einen stuporösen Zustand. Die erhaltene Erinnerung an diese Zeit liefert uns den Schlüssel zur Erklärung dieses eigenartigen Zustandes. Augenscheinlich fällt der Uebergang in den stuporösen Zustand bei unserer Kranken mit der Entwicklung der Illusionen des Muskel- und Gemeingefühls zusammen. Patientin erinnert sich, dass jeder Versuch ihrerseits eine Bewegung auszuführen, von Schwindelanfällen und von der Empfindung des Herabstürzens gefolgt war. Sie fühlte nicht das Bett unter ihrem Körper, es schien ihr, sie schwebe in der Luft, die Dimensionen der Gegenstände und die Grösse der von den sie umgebenden Personen ausgeführten Bewegungen kamen ihr grösser vor, als wie sie in der Wirklichkeit waren. Bei solcher Hyperästhesie des Muskelgefühls und bei dem illusorischen Charakter aller Haut-, Gelenk- und anderer Empfindungen, auf welchen das Gleichgewichtsgefühl beruht, musste die Kranke natürlicherweise an Schwindel leiden, nicht nur bei willkürlicher Innervation, sondern auch bei passiven, von anderen Personen an ihr ausgeführten Bewegungen, weil solche passive Bewegungen ihrerseits Bewegungsvorstellungen und Muskelempfindungen hervorrufen, besonders bei starker Hyperästhesie des Muskel- und Innervationsgefühls. Es musste daher bei der Kranken theilweise bewusst, theilweise reflectorisch die Bestrebung entstehen, eine Lage einzunehmen, bei welcher sowohl die willkürlichen, als die passiven Bewegungen nahezu unmöglich waren, was am besten im Tetanus in extensione der Fall ist. Dass dieser Tetanus wirklich ein zweckmässiger, den Verhältnissen sich anpassender war, wird unter Anderem auch dadurch bestätigt, dass die Hände von ihm nicht ergriffen waren, deren Bewegungen bekanntermassen mit der Gleichgewichts-empfindung wenig zu thun haben. Zu gleicher Zeit waren aber

Rumpf und Kopf in tetanischem Zustande. Eine derartige Localisation des Tetanus wäre ganz unbegreiflich, wenn der Tetanus nicht psychischen, sondern organischen oder rein nervösen Charakters gewesen wäre.

Andere motorische Erscheinungen hatten ebenfalls den Charakter zweckmässiger, psychischer Reflexe. Bei der Kranken war die Fähigkeit, sich willkürlich zu bewegen, erhalten geblieben, sie konnte zeitweise die Augen aufschlagen, musste sie aber in Folge der Illusionen gleich wieder schliessen. Oeffnete man ihr gewaltsam die Lidspalte, so rollten die Augäpfel nach oben, d. h. sie nahmen eine Stellung ein, bei welcher der Zutritt äusserer Lichtreizungen auf ein Minimum reducirt wird.

In gleicher Weise wird die pseudo-cataleptische Passivität der Hände durch negative Abwendung von den Innervationsimpulsen erklärt, wobei die durch passive Bewegungen hervorgerufenen Bewegungsvorstellungen reflectorisch von selbst eine Zeit lang die Hand in der ihr gegebenen Lage festhielten. Es muss hierbei im Auge behalten werden, dass der beschriebene cataleptische Zustand der Muskulatur in Folge der Abwesenheit des Gefühls von Muskelermüdung so lange bestehen konnte, was mit der Aussage der Kranken übereinstimmt, welche behauptet, sie habe sich „leicht“ gefühlt. Auch waren augenscheinlich, nach der Permanenz des tetanischen Zustandes während zwei Tagen zu urtheilen, die Illusionen des Muskel- und Gemeingefühls ununterbrochen.

Vom 4. April an beginnt der Krankheitszustand sich zu bessern. Zugleich wird auch eine Klärung des Bewusstseins und eine correctere Wahrnehmung der äusseren Eindrücke, hauptsächlich aber eine deutliche Abschwächung der Illusionen des Gemein- und Muskelsinnes beobachtet. Dementsprechend verschwindet auch der frühere tetanische Zustand, welcher eine Reaction auf die ununterbrochenen Illusionen darstellte. Jetzt bedingen schon starke und rasche passive Bewegungen allein für kurze Zeit reflectorisch einen ähnlichen tetanischen Zustand, indem sie eine Reizung des Muskelsinnes hervorrufen. Durch Schliessen der Augen, durch Einschläferung der Patientin konnten wir sie wieder auf kurze Zeit in den früheren psychischen Zustand von illusorischem Schlaf versetzen, wobei wieder Muskelstarre eintrat.

Im Laufe der weiteren Genesung sehen wir unsere Kranke am 5. April in einer neuen Krankheitsphase. Die Depression und Starrheit sowohl in der psychischen als in der motorischen Sphäre sind sichtlich geschwunden, die geistige und motorische Willenskraft ist

jedoch noch nicht zurückgekehrt und die Kranke befindet sich in einem dem sogenannten Somnambulismus ähnlichen Zustande. Sie ist der Suggestion ohne Worte (*Suggestion mimique*) zugänglich. Wird in ihrer Nähe irgend eine Handlung oder Bewegung ausgeführt, so associiren sich die von ihr wahrgenommenen Gesichtseindrücke mit den entsprechenden Bewegungsvorstellungen und letztere rufen bei der Patientin automatisch nachahmende Bewegungen hervor.

Während dieses und der beiden darauf folgenden Tage befand sich Patientin in einem traumähnlichen Zustande, aus welchem sie jedoch zeitweise erwachte. Die Illusionen hören augenscheinlich auf, doch ist die Fähigkeit, die Umgebung zu beurtheilen, noch sehr schwach. Diese Phase hat überhaupt ihrem Wesen nach grosse Aehnlichkeit mit dem Zustande der acuten Dementia.

Sehr charakteristisch ist es, dass als letzte Phase des Krankheitsprocesses, unmittelbar vor dem Uebergange desselben zur Genesung, eine leichte psychische Aufregung auftrat (*Scene mit dem Arzte*). Betrachtet man diese Phase näher, so kann man sie leicht damit erklären, dass die sinnliche Wahrnehmung und das Gedächtniss bei der Kranken zu einer Zeit zurückgekehrt sind, als Patientin noch nicht bei vollem Bewusstsein war. Zu dieser Zeit hatte Patientin schon richtige Wahrnehmungen, konnte sich ihrer Krankheit erinnern, war jedoch noch nicht im Stande, das Geschehene richtig zu beurtheilen und sich ihrer Umgebung anzupassen. Daher ein rein reflectorischer Affect, hervorgerufen einerseits durch das Gefühl der Genesung, andererseits durch unangenehme Erinnerungen.

Resumiren wir den Verlauf des geschilderten Falles, so sehen wir Folgendes:

1. Am Anfange bestanden Erscheinungen allgemein nervösen Charakters.

2. Depression und Verdunkelung des Bewusstseins. Störung der Orientirungsfähigkeit. Erlöschen der Erinnerungen.

3. Illusionen der äusseren Empfindungen.

4. Psychische Aufregung mit Depression der Stimmung.

5. Weitere Verdunkelung des Bewusstseins. Die intellectuelle Thätigkeit wird unterbrochen.

6. Auftreten von Illusionen des Gemein- und Muskelsinnes. Stupor als Psychoreflex auf diese Illusionen.

7. Abschwächung der Depression der Bewusstseinessphäre, Verminderung der Illusionen und des Stupors.

8. Zustand psychischer und motorischer Schwäche. Automatismus.



9. Dementia, Verwirrtheit mit luciden Intervallen.
10. Illusionen verschwinden, Gedächtniss kehrt zurück. Zustand reflectorischer Aufregung.
11. Bewusstsein und geistige Thätigkeit kehren vollständig wieder.

---

Indem ich mir die Betrachtung dieses Falles für später vorbehalte, will ich einstweilen folgende Thesen constatiren:

a) Bei der Patientin W. war die Bewusstseinsstörung eine der Störung in der Empfindungssphäre vorangehende Erscheinung. Dies wird unzweifelhaft bewiesen durch die Schwindelanfälle und Störung der willkürlichen Innervation, welche früher als andere Symptome auftraten. Man kann daher behaupten, dass die Bewusstseinsstörung bei unserer Kranken primär und nervösen (nicht psychischen) Charakters war. Ebenso war die vollständige Rückkehr des Bewusstseins der letzte Act bei der Wiederherstellung der Gesundheit unserer Patientin.

b) Die Erinnerungsbilder verschwanden, noch bevor sich Illusionen entwickelt hatten.

c) Das Orientierungsvermögen verschwand ebenfalls, noch bevor die Illusionen deutlich aufgetreten waren, obgleich das Sinken des Orientierungssinnes während der Entwicklung der Illusionen rascher vor sich ging.

d) Die Störung der intellectuellen Thätigkeit (falsche Ideen, Angstgefühl) trat auf der Basis der Illusionen auf.

e) Das negative Verhalten der Kranken ihrer Umgebung gegenüber, ihre Abwehrbewegungen beim Verkehr mit ihr sind ebenfalls aus den Illusionen bei düster gefärbter Stimmung der Patientin hervorgegangen.

f) Obgleich der geschilderte Fall grosse Aehnlichkeit mit der acuten Dementia hatte, so waren dennoch Erscheinungen von Dementia, im Sinne einer Schwächung der geistigen Arbeit, bei unserer Kranken nicht vorhanden, wodurch sich auch die völlige Wiederherstellung der Erinnerung für die ganze Krankheitszeit erklären lässt.

g) Der seelische Zustand der Kranken kommt dem traumähnlichen, halb-bewussten Zustande sehr nahe; zu seiner Entwicklung hat vielleicht die übermässige Entwicklung der psycho-physischen Hemmung beigetragen.

**Fall II.**

**Hereditäre Anlage. Anfang-Affect. Einige Tage lang Gemüthsbewegungen. Hysterischer Paroxysmus. Acuter Verfolgungswahn. — Stupor. — Acute Dementia. Verwirrtheit. Langwieriger Zustand von Dementia. Genesung.**

Der 24jährige, unverheirathete Patient D. hat ein Gymnasium besucht, jedoch nicht absolvirt, wurde dann Lehrling in einer Apotheke, in letzter Zeit war er Gehülfe des Provisors. Er führte einen soliden Lebenswandel, war nie luetisch erkrankt. Sein älterer Bruder starb im Wahnsinn, eine Schwester war ebenfalls geisteskrank, die übrigen Geschwister gesund, Eltern gesund.

Patient erkrankte Anfang October 1886. Er liebte ein junges Mädchen, welches allgemein als seine Braut galt, obgleich seine Eltern ihre Einwilligung zu dieser Verbindung noch nicht gegeben hatten. Anfangs October haben ihm die Eltern ihre Einwilligung endgültig versagt. Es kam zu einem heftigen Auftritt, durch welchen er sehr aufgeregt wurde. Er weinte viel, klagte vor seinen Freunden. Tags darauf bekam er einen hysterischen Anfall und verfiel darauf in Delirien; während dieser Zeit sprach er immer über seine Verwandten und seine Braut. Dann schlief er ein, doch dauerte dieser Schlaf länger als gewöhnlich. Am anderen Tage war er sehr aufgeregt, das Deliriren stellte sich wieder ein, verbunden mit Verfolgungsideen. In einem nahezu bewusstlosen Zustande nannte Patient sich Verbrecher, erwähnte im Delirium oft der Polizei, sprach von Dynamit u. s. w., doch kam er für Augenblicke zu sich.

Während der folgenden Tage dauerte das Delirium in derselben Weise fort, doch war Patient abwechselnd aufgeregt, starr und dement. Dieser Zustand dauerte einige Tage, bis Patient am 20. October in die Anstalt aufgenommen wurde.

Status praesens. Bei meinem ersten Besuch habe ich Folgendes constatirt. Patient lag angekleidet im Bett, erhebt sich nicht beim Eintritte des Arztes in's Zimmer; Augen geöffnet. Patient spricht den Arzt von selbst nicht an. Puls schlaff, fadenförmig, Muskeln der Extremitäten leicht gespannt, leisten jedoch bei passiven Bewegungen keinen Widerstand und verharren eine kurze Zeit in der ihnen gegebenen Lage (pseudo-cataleptoider Zustand).

Seit länger als 24 Stunden keine Urin- und Kothentleerung.

Patient blickt langsam um sich und hört zu. Nahrung und Arzneien nimmt er zu sich, unterwirft sich passiv allen an ihn gestellten Forderungen und antwortet langsam auf Fragen. Aus seinen Antworten geht hervor, dass das Bewusstsein seiner Persönlichkeit erhalten ist, Patient weiss, dass er krank ist und will wieder gesund werden; er klagt sich eines Verbrechens an, spricht von Strafe, hat seit einigen Tagen nicht geschlafen.

In der Anstalt konnte er die erste Nacht nicht schlafen, stand immer wieder auf, ging im Zimmer auf und ab, sagte, dass seine Angehörigen anwesend seien, hörte Stimmen, hielt einen der Kranken für den Kaiser, küsste

ihm die Füsse, bat ihn um Erlaubniss spazieren zu gehen, erwartete seine Todesstrafe, sprach von „Schildwachen“.

Im Laufe der nächsten Tage trat in dem Zustande des Kranken keine nennenswerthe Veränderung ein: dieselbe Passivität, Aengstlichkeit, gleichgültig ausgesprochene Selbstbeschuldigungsideen. Abends war Patient einmal aufgeregt, sang, lachte, sein Gesicht glühte, er wollte nach der Frauenabtheilung. Dieser Paroxysmus dauerte nicht lange. Das Bewusstsein ist während der ganzen Zeit beim Patienten stark verdunkelt. Die auf meinen Wunsch von ihm verfasste Autobiographie lautet wie folgt: „Hersch Fr. D., 24 Jahre alt. Ich weiss nicht, seit wann ich mich in der Anstalt des Dr. K. (d. h. O.) befinde. Ich bin in Elisawetgrad geboren, habe zuerst in der Bezirksschule, dann auf dem Gymnasium zu P. gelernt, war dann in Lubny, wo ich mich zum Examen vorbereitet habe. Nach Charkow kam ich zu Pferde“.

Ein anderes Mal schrieb er Folgendes: „Ich möchte zum letzten Mal den Aufenthaltsort des Kaisers und der Kaiserin reinigen, aber dies kann nur geschehen, wenn man mich sofort tödtet oder für eine gewisse Zeit einsperrt, damit ich keinen von meinen Verwandten zu sehen bekomme, dann werde ich Alle um Verzeihung bitten, aber Alle. Ich weiss mich des ganzen Verlaufes meiner Krankheit zu erinnern. Ich habe schon einen Meineid geleistet, aber ich wollte vor dem Tode, so dass meine erste Krankheit war (hier werde ich confus, da ich nicht weiss, ob ich gänzlich hinübergehen solle, denn jetzt ist es Tag, aber ich sehe alle Sterne, ich bin ängstlich und befinde mich im Zweifel. Ich möchte jedoch gesund werden in der Anstalt des Dr. K. auf Rath des Dr. O.“).

Patient wurde ersucht an seinen älteren Bruder zu schreiben. Er schrieb daraufhin Folgendes: „20. November (von ihm selbst gestrichen) October. Theurer Bruder Onisim! Ich kann mich der ganzen Angelegenheit erinnern, auch Du weist es alles sehr gut. Zum letzten Mal möchte ich von hier herauskommen und dann für immer einschlafen. Aber wahrscheinlich werde ich Euch, meine Theuren, nie wieder sehen, den Kaiser, die Kaiserin, die Professoren und alle Könige flehe ich um Vergebung an, denn ich bin im Zweifel, ich weiss das alles und möchte Dich, denn Dora (Braut des Patienten) hat Dir vergeben, da Du keinen Meineid begangen hast, so sollen sie Alle uns vergeben und mit ihnen Allen wird das passiren, was mit mir geschieht. Mehr kann ich nicht schreiben. Ich bin sehr aufgeregt, denn ich habe grosse Eile und befinde mich im Hause Ihrer Majestäten. Dein Gregor.“

Patient schrieb den Brief sehr langsam und wiederholte ihn mehrmals. Unter „Meineid“ versteht der Kranke wahrscheinlich die Entzweiung mit seiner Braut, das Nämliche bezeichnet er auch mit dem Worte „Angelegenheit“. Die Todesstrafe befürchtet er wohl als Strafe für den an seiner Braut begangenen Verrath, da er sich wahrscheinlich für verpflichtet hält, sie zu heirathen. Es beruhen folglich seine Selbstbeschuldigungsideen auf einer realen Basis.

Vom 20. October an ändert sich der Zustand des Kranken allmählig. Die Selbstbeschuldigungsideen werden schwächer, Patient sieht nicht mehr so

traurig wie früher aus, dafür aber tritt der Zustand von Verwirrtheit und Dementia immer deutlicher auf. Die Vorstellungen und Begriffe des Kranken nehmen immer mehr einen unsinnigen, illusorischen Charakter an. So z. B. hält er die Krankenwärter für Begleiter des Kaisers. Der Gesichtsausdruck des Patienten ist ein verwundeter, zuweilen lächelt er gutmüthig. Deutliche Anzeichen von Illusionen und Hallucinationen sind nicht vorhanden. Er wiederholt oft mechanisch die in seiner Gegenwart gesprochenen Worte, zuweilen spricht er die Worte „Mütze, Schlüssel“ leise vor sich hin. Auf Befragen antwortet er immer dasselbe: „ich war besinnungslos, jetzt verstehe ich Alles, Alle sind hier versammelt, sie hat das Gymnasium absolviert“. Manchmal weiss er, wo er sich befindet, aber eine Woche besteht seiner Meinung nach aus drei Monaten. Das Reitpferd des Arztes hält er für das Schlachtross des Kaisers. Patient spaziert im Hofe und sieht sich neugierig um. Als ihn der Wärter darauf aufmerksam macht, dass er sich nicht weit entfernen soll, bleibt er in der Nähe des Hauses stehen und wiederholt: „ich darf nicht gehen“.

Zuweilen erklärt er, dass er die von anderen Personen gesprochenen Worte in seinem Halse fühlt, hustelt dabei und macht tiefe Athmungsbewegungen.

Patient ist gänzlich ausser Stande, zwei Thatsachen oder Begriffe miteinander in Zusammenhang zu bringen und gebraucht oft ohne jeden Sinn die Worte: „denn“ und „da“. Sagt er z. B., dass er bis zu dem in der Mitte des Hofes befindlichen Brunnen gehen will, und wird er gefragt, weshalb er nicht weiter gehen wolle, so antwortet er: „Ich darf nicht, denn ich habe die Uhr genommen, nein! die Uhrkette! denn ich bin mit Ihnen gefahren“. Oder: „Ich muss mit Ihnen und mit dem Kaiser fahren, denn ich bin mit Ihnen schon einmal gefahren, denn ich habe verschiedene Regierungsgeschäfte zu besorgen“. Augenscheinlich hat der Patient das Verständniss für den ursächlichen Zusammenhang der Erscheinungen eingebüsst und es ist nur noch die angelernte Gewohnheit zurückgeblieben, die verschiedenen Sätze grammatikalisch miteinander zu verbinden. Manchmal behauptet Patient die Stimmen seiner Verwandten zu hören, und weist dabei auf die Schatten der Bäume hin, von welchen die Stimmen angeblich ausgehen, welche ihn ermahnen sich zu beruhigen. Er sieht jedoch Niemanden und ist wohl seine Behauptung nicht als Illusion (des Gehörsinnes) zu deuten, sondern als eine unrichtige Projection seiner Vorstellungen, als ein Verwechseln subjectiver Erscheinungen (Ideen) mit sinnlichen Bildern.

Zuweilen sagt Patient: „Ich bin krank, ich kann nicht gesund werden“.

Beim Anblick von Speisen bittet er zu jeder Zeit, auch ihm etwas davon zu geben. Einmal sass er, während ich mein Mittagsmahl einnahm, neben mir bei Tisch. Obgleich er schon dinirt hatte, bat er mich dennoch wie ein Kind ihm etwas von meinen Speisen zu geben und indem er sich bemühte die Gabel meiner Hand zu entreissen, sagte er nach dem dritten Gang: „Sie haben ja schon dreimal zu Mittag gegessen“.

November. Patient ist immer in guter Stimmung, er spricht keine Selbstbeschuldigungsideen mehr aus. Das Bewusstsein des Kranken ist fort-

während mit den von ihm wahrgenommenen äusseren Eindrücken beschäftigt, deren Sinn und Bedeutung er gar nicht versteht. Diese Eindrücke rufen bei ihm automatische Bewegungen in der Richtung derjenigen Gegenstände hervor, welche er im gegebenen Moment wahrnimmt. Erblickt er z. B. den Brunnen, so nähert er sich demselben, starrt durch das Gitter lange und aufmerksam das Wasser an und lächelt. Hört Patient Nachts das Knarren der Hausthür, so erhebt er sich zuweilen plötzlich von seinem Lager, kleidet sich an und sagt: „Ich muss hingehen, wo die Thür geöffnet wird, aber ich kann nicht, denn die Thür ist verschlossen, ich muss sofort zum Brunnen gehen, da ist etwas nicht in Ordnung“ — zum Fenster hinaussehend — „da gehen Menschen mit Licht“ u. s. w. Patient hat einen sehr verworrenen Begriff von dem Realen. Er beobachtet aufmerksam die Bewegungen der von den Gegenständen geworfenen Schatten und sagt, auf dieselben mit der Hand hinweisend: „ein Schatten ist soeben vorübergegangen!“ Seine eigenen fragmentarischen Gedanken hält er für „Stimmen“, welche ihm zurufen: „gehe nicht! kleide Dich nicht aus“ u. s. w.

An einem dieser Tage, am 9. November, versuchte Patient auf meine Veranlassung einen Brief an seinen Bruder zu schreiben. Derselbe lautet: „Ich kann es nicht aussprechen, wie viel bis jetzt ausgesprochen wurde, als ich sah, dass ich Euch alle gesehen habe, auch Samuel (Name des Bruders) und Euch alle habe ich auch gesehen“. (Später sagte er, dass er seine Angehörigen im Traume gesehen habe.) „Mich können sie auch nicht fragen. Ich dachte, dass die Pferde nicht mehr lose dastehen und habe gestern Alles gesehen, das kann man gar nicht erklären, Plaid, ich kann es unter keinen Umständen aussprechen. Ich muss essen (mit dem Verstande) ich kann rauchen ebenso gut wie Samuel und Gar (Schwager des Patienten) und wie die Professoren Kowalewski und Orschanski. Bei mir ist jetzt Alles durcheinander. Ich erinnere mich der Dynamitscene, es ist auch bekannt. Ich will ebenso und dasselbe essen wie alle Anderen. Ich kann hier nicht schreiben, man versteht hier deutsch. Gregor D—ski“.

Am 12. November schrieb er Folgendes: „Das Haus, in welchem ich diese Zeilen schreibe, ist ein jüdisches. Ich selbst bin Jude. Ich heisse Hersch Froimowitsch D—ski, bin 24 Jahre alt. Ich habe in Elisawetgrad gelebt, meine Eltern aber in dem Städtchen W. In Elisawetgrad habe ich Fräulein A. W. S—ski (im Original ist der volle Name seiner Braut angegeben) kennen gelernt. Das Mädchen ist klug und 19 Jahre alt. Ich habe mich in ihr sterblich verliebt und liebe sie auch jetzt noch. Ich möchte sie nur noch ein einziges Mal sehen, wenn es mir nicht bestimmt ist länger zu leben. Alle meine Verwandten sind hier für immer gestorben. Ich blieb bis zu Ende standhaft und werde nochmals denselben Thee trinken, welchen ich zum ersten Mal trank, als ich in dieses Haus, d. h. in das Haus des vermeintlichen Armeniers gerieth. (Unter den Kranken befand sich auch ein Armenier, welchen unser Patient für den Kaiser hielt.) Diese Bücher, welche sich in den Zimmern befinden . . . Meine Krankheit habe ich dem Gar (Schwager des Patienten, war stark betheiligte an der Familienzwistigkeit) zu verdanken, denn die A.,

welche ich liebe, war meine Braut. Ich habe im Traume Alle gesehen, Petersburg, Moskau, auch K., R., B. (hier folgen die Namen von Bekannten). Ich habe Alle gesehen, ganz Russland. Denn ich konnte diesen Thee nicht trinken. Die Uhr, welche mir mein Vetter Z. geschenkt hat, zeigt jetzt  $\frac{1}{2}$  2 Uhr an, aber an seiner Stelle sitzt jetzt ein anderer Mensch. Man kann hier Nichts erfahren, nicht einmal das, was beim Brunnen passiert ist.

Jetzt möchte ich aber noch ein Glas Thee trinken, das letzte, um rascher ein Ende mit mir zu machen. An Dich, Samuel, schreibe ich meinen letzten Brief. Heute werde ich wahrscheinlich sterben, ich möchte die A. sehen. Für Alle werde ich sterben. Den Thee, den ich im Hause des Z. trank, war aus verschiedenen Giften bereitet, aus welchen auch das erste Bad bei Professor K. bestand“.

In diesen Briefen äussert sich das Maximum der geistigen Arbeit, welcher Patient noch fähig ist. Indem der Kranke sich von dem zerstreuen Einfluss der äusseren Eindrücke abwendet, indem er sozusagen in sich kehrt, findet er noch genügend klare Erinnerungen an entfernte Ereignisse, welche sich unmittelbar auf seine Krankheit beziehen. Das Bewusstsein der Persönlichkeit ist nicht verschwunden. Das Gefühl der Anhänglichkeit an nahestehende Personen ist erhalten. Das Bewusstsein von dem geschehenen Unglück ruft bei ihm eine düstere Stimmung und Todesgedanken hervor. Dieser relativ bewusste Zustand dauert jedoch nicht lange. Augenscheinlich wird durch die angestrengte geistige Thätigkeit Ermüdung bedingt. Patient bemerkt selbst, dass bei ihm Alles durcheinander geht, das Bewusstsein verdunkelt sich und er geräth wieder unter den Einfluss äusserer Eindrücke, auf der Bildfläche erscheinen wieder Pferde, Thee, die Uhr u. s. w.

Mitte November bietet der Patient das typische Bild der Dementia und completen Verwirrtheit. Sichtlich in guter Stimmung, befindet er sich fortwährend in ruhiger Bewegung. Von einer Stelle zur anderen schlendernd, bleibt er bei jedem Gegenstande für kurze Zeit stehen, starrt ihn an, hört zu und fragt zuweilen: „was wird daraus werden?“ Die Wahrnehmung ist beim Patienten in normaler Weise vorhanden, jedoch wird bei ihm durch jeden Eindruck eine eigenartige geistige Operation hervorgerufen, als deren Folge entweder eine unrichtige Zusammenstellung mit ganz fremden Erscheinungen oder eine unrichtige Deutung einer gegebenen Thatsache erscheint. Nicht selten ist Patient sogar in Verlegenheit, wenn er einen Gegenstand benennen will; man hat dabei den Eindruck von einem pseudo-aphasischen Zustande. In solchen Fällen nimmt Patient die Erinnerung an ähnliche Gegenstände zu Hilfe. Mit Vorliebe bedient er sich dann solcher Redewendungen wie: „das ist dasselbe, was . . .“, oder: „das erinnert mich an . . .“ u. s. w. Fragt man ihn z. B. auf einen Vogel hinweisend: „was ist das?“, so antwortet er: „das ist . . . das ist . . . (nach längerem Nachdenken) das ist ein Vogel“. Mit grosser Schwierigkeit ist es für den Kranken verbunden, den Sinn der von der Anstaltsdienerschaft und von anderen Personen ausgeführten Bewegungen zu verstehen. So z. B. sagt er beim Anblicke der Frauen, welche Wasser vom Brunnen holen und sich dann entfernen: „Wohin gehen sie? jetzt sind alle

gegangen, verschwunden, nur wir beide bleiben da!“ (er und der Wärter). Der Kranke gebraucht überhaupt oft das Wort „verschwinden“, sobald sich Gegenstände oder Personen aus seiner Nähe entfernen. Erscheinen sie wieder vor seinen Augen, so ist er sehr verwundert darüber, als ob deren Existenz jedesmal für ihn aufhörte, sobald er sie aus den Augen verliert. Patient geräth in Staunen, wenn ein Wärter z. B. das Haus verlässt und, nachdem er die Runde um das Haus gemacht, von der entgegengesetzten Seite wieder erscheint. Er sagt dann verwundert: „Der Maxim verschwand und erschien wieder!“

Abends beim Lichtanzünden in den Krankenzimmern sagt Patient: „man hat Licht gemacht. Was soll daraus werden?“

Mitunter kann man bei unserem Patienten Erscheinungen beobachten, welche äusserlich eine gewisse Aehnlichkeit mit Illusionen haben. So z. B. hält Patient den in der Anstalt wohnenden Studenten O. für den mit ihm verwandten Studenten J., in Wirklichkeit ist auch das nur ein Urtheilsirrthum, denn Patient erkennt selbst den Unterschied zwischen diesen beiden Personen.

Die fortwährende Verwunderung und die durch Eindrücke, deren Sinn und Zusammenhang ihm entgeht, hervorgerufene Agitation reizen ihn, so dass er oft über Unruhe klagt. „Man beunruhigt mich — sagt er — man geht, man öffnet die Thür, der Wärter hebt etwas vom Fussboden auf und dreht es um (wenn der Diener das Zimmer reinigt). Ich begreife nicht, was in diesem Hause vorgeht!“ Ihn beunruhigt das Hinübergehen aus einem Zimmer in's andere.

Das Gedächtniss des Kranken bezüglich der Vorgänge in seiner Umgebung ist erhalten. Er erinnert sich z. B. vor einigen Tagen einer hypnotischen Sitzung beigewohnt zu haben.

Was das Gedächtniss anbelangt, so bemerkt man beim Kranken sogar eine Art von Zwangserinnerung, sobald er etwas bereits Gesehenes wieder zu sehen bekommt. Auf dieser automatischen Association beruht wahrscheinlich auch sein immer zum Vorschein kommender Hang zum Identificiren. Tritt er in ein Zimmer, in welchem er schon einmal war, so bemerkt er jedesmal: „das ist dasselbe Zimmer, dasselbe Buch, Pferd, Mauer u. s. w. Rühre ich mit dem Theelöffel meinen Thee um, so sagt er: „Sie thuen dasselbe, was er (der Student) thut!“

Besonders schwierig kommt dem Patienten die Erklärung von Veränderungen, gleichviel, worin dieselben zum Ausdruck gelangen. Findet er Morgens beim Aufstehen seine Kleider nicht auf derselben Stelle, wo er sie Abends gelegt hatte, so sagt er: „die Kleider sind selbst auf einen anderen Stuhl gegangen“. Fällt das Plaid, mit welchem sich Patient zuweilen bei Tage umhüllt, von seinen Schultern herab, so sagt er: „an meinem Plaid zieht Jemand“ u. s. w. Den einfachen Process des Wasserpumpens aus dem Brunnen, den Patient schon oft beobachtet hat, ist er nicht im Stande sich zu erklären. „Aus dem Brunnen wird immer etwas herausgezogen, es zieht Jemand etwas heraus, er wird auch uns alle hineinziehen, am Ende auch mich; von

dort zieht sich etwas vom Hause über den Hof“, (die aus dem Eimer herabfließenden Wassertropfen) u. s. w.

Die Verwirrung der Urtheilskraft und der illusorische Charakter seiner Vorstellungen werden Nachts bedeutend gesteigert. Die in der nächtlichen Stille zu seinen Ohren gelangenden Laute und die schwachen Gesichtseindrücke des Halbdunkels geben dem Kranken Veranlassung zu den unsinnigsten Schlussfolgerungen. Er behauptet, dass sich Nachts die ganze Welt „in der Mütze“ bei ihm versammelt. Er sieht und hört nicht, fühlt aber. „Der Kaiser und die Kaiserin sind auch da“.

Die von seinem Körper ausgehenden Empfindungen geben dem Kranken ebenfalls Veranlassung zu den unsinnigsten Schlussfolgerungen. „Ich fühle in meinem Inneren eine Bewegung, ich glaube, dass ist ein Todter“. Ein ander Mal: „Ich empfinde manchmal Stimmen in meinem Innern, Leichen“.

Morgens erzählt Patient zuweilen seine nächtlichen Abenteuer, wahrscheinlich Träume. „Als Sie Nachts im Schlafrock und Hausschuhen zu mir kamen und mir dasselbe Glas mit Ricinusöl gaben (Tags vorher bekam er wirklich Ricinusöl), hörte ich die Stimme des Kaisers: „Man will mich wieder vergiften!“ Es war dunkel, ich konnte Sie nicht sehen, fühlte aber, dass Sie es waren!“

Selbstbewusstsein und Selbstempfindung des Patienten schwanken. „Ich bin in einer Anstalt, war krank, besinnungslos von Gar (Schwager des Patienten), bin aber jetzt wieder gesund.“

Patient klagt zuweilen über Kopfschmerzen und Müdigkeit nach der Unterhaltung. Auf die an ihn gerichtete Frage, ob es denn wahr sei, dass er Stimmen hört, antwortet er: „hören Sie denn nicht ebenso wie ich?“ Auf die Frage: „können sich denn im Innern des menschlichen Körpers Leichen befinden?“ antwortet Patient: „bei mir ist selbst das möglich, was bei Anderen nicht vorkommt“.

Gegen den 20. November begann sich bei dem Patienten zeitweise eine schlechte Stimmung, aber schon in etwas mehr bewusster Form einzustellen. „Was soll denn daraus werden? sie sind mir schon überdrüssig geworden, die ewigen Uebergänge aus einem Zimmer in's andere — immer Maxim, Plaid, ich werde mir etwas anthun!“ Ein anderes Mal: „Geben Sie mir Morphinum! zwei Gran tödten. Ich will für immer einschlafen!“ „Weshalb denn? —

„Weil ich des Maxim, des Bettes, des Plaids überdrüssig bin! antwortete er lächelnd.

Eine der constantesten und räthselhaftesten Erscheinungen bei unserem Kranken sind die „Stimmen“, von denen er oft spricht. Genaue Beobachtungen und Experimente am Kranken führten mich jedoch zu der Ueberzeugung, dass wirkliche Gehörshallucinationen bei ihm gar nicht vorhanden waren. Der Kranke selbst sagt von diesen „Stimmen“ Folgendes: „Wenn geläutet wird, höre ich Stimmen, sie kommen von allen Seiten her, Nachts, wenn ich schlafen gehe, werden sie stärker in beiden Ohren, sie kommen aus dem Boden, wenn ich mich bewege, wende ich mich um, so höre ich wieder Stimmen. Nachts klopft es im Brunnen (das Dach) es fiel etwas hinein; ich wollte nach-



sehen und fühlte dabei, dass Stimmen und überhaupt etwas Lebendes aus dem Brunnen heraustrat; — der Brunnen ist die Quelle der Stimmen“. Am Brunnen stehend, sagt er verwundert: „da sind keine Stimmen! da ist nur Wasser!“ Wird hinter der Thür gesprochen, so ruft er: „Stimmen!“ Ein Wärter geht nach der Küche und ruft dem an der Schwelle der Küchentür stehenden Patienten zu: „Sie dürfen nicht hineinkommen!“ worauf der Kranke zu sich selbst sagt: „Eine Stimme aus der Küche!“ Rauche ich in seiner Gegenwart, so hört er eine Stimme: „das Rauchen ist erlaubt!“ Zuweilen sagen ihm die Stimmen: „ich bin ein Verbrecher!“ oder „Anisim ist ein Narr“ — laut tönende sonderbare Stimmen. Während die anderen Kranken in seiner Gegenwart zu Mittag speisen, hört er eine Stimme: „Bier austrinken!“

Patient hält somit für „Stimmen“ erstens alle diejenigen Laute und Sätze, deren Quelle ihm unbekannt ist, und zweitens seine eigenen Gedanken, welche bei ihm inducirt, d. h. reflectorisch unter dem Einflusse des von ihm Gesehenen erscheinen. Endlich ist es auch sehr wahrscheinlich, dass Patient nicht nur das Getöse in seinem Kopfe, sondern auch viele unbestimmte Empfindungen (Pulsation) als „Stimmen“ ansieht. Zuweilen behauptet er sogar ein Geräusch in seinem Kopfe zu fühlen, sobald er den Kopf bewegt.

Seitens der Affecte hat Patient während der ganzen Zeit gar keine Reaction verrathen. Er lächelt selbst, wenn er von Gift und vom Tode spricht. erinnert man ihn an seine Braut, so sagt er gelassen: „sie ist nicht hier“.

In diesem Zustande befand sich der Kranke drei Wochen. Anfang December tritt in dem Zustande des Patienten eine Veränderung ein. Er verhält sich ruhig und indifferent seiner Umgebung gegenüber, fragt seltener und spricht weniger über „Stimmen“. In der motorischen Sphäre des Patienten tritt eine neue Erscheinung, nämlich Nachahmungssucht auf. Lächelt oder macht Jemand ein ernstes Gesicht in seiner Gegenwart, so thut Patient dasselbe. Ebenso seufzt er, nimmt verschiedene Gegenstände in die Hand u. s. w., wenn er sieht, dass Andere dies thun. Zu gleicher Zeit machen sich, besonders Abends, Anzeichen von wiederkehrendem Bewusstsein bemerkbar. Patient lässt sich in solchen luciden Augenblicken mit anderen Kranken in kurze Unterhaltungen ein, spricht mit ihnen 2—3 Sätze und verfällt dann wieder in seinen apathischen Zustand.

Diese Augenblicke von Bewusstsein stellten sich von da immer öfter ein, so dass Patient Anfangs Januar 1887 nahezu vollkommen geheilt die Anstalt verlassen konnte. Zu Hause dauerte die allmähliche Besserung in seinem Befinden fort und Anfang März war unser Patient bereits vollkommen gesund.

---

Ueerblicken wir nun kurz den Verlauf des soeben geschilderten Krankheitsfalles, so sehen wir, dass die Krankheit mit acutem melancholischem Wahnsinn begonnen hat, begleitet von einer Verdunkelung des Bewusstseins und motorischen Excitationen. Dann verfällt Patient rasch in einen traumähnlichen Zustand von Verwirrtheit, in wel-

chem zugleich die Symptome von acuter Dementia auftreten — Verlust des Orientirungssinnes, Passivität, Gedächtnisschwäche, affective und Willensschwäche einerseits und Symptome der primären Verrücktheit — Pseudoillusionen, unsinnige Ideen und Neigung zur Selbstbeschuldigung andererseits.

Man kann sich jedoch leicht davon überzeugen, dass in dem psychischen Zustande des Kranken während der ersten Hälfte der Verwirrtheitsphase — bis Anfang December — die Elemente der Dementia und Verrücktheit im engeren Sinne nicht enthalten waren. Die Erinnerungsbilder waren bei dem Kranken, wie wir gesehen haben, nicht verloren: er hatte sogar während der ganzen Dauer der Krankheit das deutliche Bewusstsein der Ursache seiner Krankheit und der Thatsache seines Krankheitszustandes erhalten. Das Bewusstsein seiner Persönlichkeit hatte Patient nicht eingebüsst, im weiteren Verlaufe der Krankheit war er sogar im Stande, sich über seinen Aufenthaltsort zu orientiren. Die Wahrnehmung war bis zu dem Uebergang in den endgültigen Zustand von Apathie, unmittelbar vor der Genesung nicht verlangsamt. Wirklich unzweckmässige und sinnlose Handlungen beging Patient nicht, so dass wir einen grossen Irrthum begehen würden, wollten wir, uns nur von allgemeinen äusseren Analogien leiten lassend, diesen Zustand als Dementia bezeichnen. Ebenso wurden auch keine Reizungssymptome in der Sphäre des Denkens beobachtet, auch keine Hallucinationen, keine Wahnideen im engeren Sinne. Die wenigen falschen Ideen, welche mitunter bei unserem Patienten beobachtet wurden, waren Ueberreste der ersten Phase (der Delirien) der Krankheit oder illusorische Vorstellungen. Diese Reizungssymptome des logischen Apparats bilden aber eben die Basis der primären Verrücktheit. Allem Anscheine nach bestand das Wesen des krankhaften Zustandes unseres Patienten — vom psychischen Standpunkte aus — nicht in Schwächung und nicht in Reizung, sondern in einer eigenartigen Entartung der logischen Function — der bewussten Umarbeitung der Vorstellungen, der Associirung und Verallgemeinerung derselben.

Der sinnliche Inhalt des Bewusstseins, das rohe Material für geistige Operationen, ist bei unserem Kranken unverändert geblieben. Gesichts-, Gehörs-, Tast- und andere Empfindungen konnte Patient ganz normal wahrnehmen. Das Bilden von einfachsten Vorstellungen, die Beurtheilung der Gestalten und der physikalischen Eigenschaften von Gegenständen waren ihm ebenfalls zugänglich. Da aber die Bildung dieser elementaren Vorstellungen die Mitthätigkeit des Gedächtnisses (wenigstens des unbewussten Gedächtnisses) voraussetzt, so ist es klar, dass Patient auch sein Gedächtniss in dessen elementarster

Form nicht verloren hat. Es functionirte somit die sensorische Seite des Denkens oder die Wahrnehmung im engeren Sinne bei unserem Patienten vollkommen normal.

In der Sphäre der rein logischen Thätigkeit hingegen sehen wir eine völlige Hülflosigkeit des Kranken. Die Bedeutung der sich in seiner Nähe abspielenden Vorgänge, der Zusammenhang zwischen den von ihm gesehenen Gegenständen entgeht ihm. Da aber das Verständniss der Erscheinungen und überhaupt Alles, was wir „Urtheil“ nennen, vor allen Dingen auf der richtigen Association neuer Vorstellungen mit alten beruht, so muss man vor Allem daran denken, dass bei dem Kranken eben die Association gestört ist. So z. B., wenn der Patient den Maxim richtig als Diener erkennt, sich aber zugleich darüber wundert, dass Maxim im Zimmer erscheint und wieder hinausgeht, Gegenstände bringt u. s. w., so hat sich augenscheinlich die Vorstellung von dem Maxim als Diener im Geiste des Patienten nicht mit denjenigen Attributen associirt, welche bei einem Gesunden mit dem Begriffe „Diener“ verbunden sind. Bekanntlich besteht die einfachste Form der Bildung eines Begriffes aus einer Vorstellung darin, dass die neue Vorstellung mit einer ihr ganz identischen, schon früher bekannten Vorstellung verglichen wird. Bei Kindern kann man diesen einfachsten Associirungsprocess einer Vorstellung von einem eben gesehenen Gegenstande mit dem im Gedächtnisse des Kindes bereits vorhandenen Bilde desselben Gegenstandes beobachten. Ebenso tritt auch bei unserem Kranken in dem schon einmal erwähnten Hang zum Identificiren der Gegenstände mit den Erinnerungsbildern der rohe Mechanismus derjenigen uncomplicirten geistigen Association vor unseren Augen auf, deren Patient noch fähig ist. Als Resultat einer so kindlichen logischen Arbeit konnten natürlich bei unserem Kranken keine allgemeinen Begriffe auftreten, zu welchen er in Wirklichkeit nicht im Stande war sich zu erheben. Als das am meisten Charakteristische in psychologischer Hinsicht muss man nicht die Associationsstörung ansehen, sondern das Ausfallen der allgemeinen logischen Normen, der Kategorien der Causalität und der Consequenz. Wie für die Sinneswahrnehmung allgemeine Rahmen — der Raum, in welchem sich die Wahrnehmungselemente in einem gewissen Verhältniss zu einander lagern — existiren, so giebt es auch für die höheren Erscheinungen, für Vorstellungen und Begriffe eine ganze Reihe innerer Kategorien: Zeit, Aehnlichkeit, Causalität u. s. w. Diese allgemeinen Fäden des Bewusstseins dienen zum Aufsammlen der Producte unserer geistigen Thätigkeit und zur Systematisirung des logischen Stoffes. Aus den in der Kranken-

geschichte angeführten Beispielen geht hervor, wie schwer es dem Patienten kam, die Consequenz-Beziehung zwischen den jeweiligen Veränderungen im Zustande irgend eines Gegenstandes zu begreifen. Auch war er sichtlich nicht im Stande, die einzelnen Phasen der Bewegung von Gegenständen zu einem Ganzen zu vereinigen. Besonders aber hat bei unserem Patienten das Verständniß des causal Zusammenhanges der beobachteten Erscheinungen gelitten. Meistens trat in seinem Bewusstsein nicht einmal das Bestreben auf, eine Erklärung des Beobachteten zu suchen, oder diese Erklärung war von illusorischem Character. Der Kranke legte ferner fast gar nicht das Bestreben an den Tag, die ihn umgebenden Gegenstände und die in seiner Nähe sich abspielenden Vorgänge in eine gewisse Beziehung zu seiner Person, zu seinem „ich“ zu bringen, während doch dieses Bestreben bei Gesunden eine der Grundnormen des Denkens abgibt. Nebenbei sei hier erwähnt, dass diese Tendenz bei primär Verrückten bedeutend stärker entwickelt ist, als bei Gesunden; bei solchen Kranken associirt sich das „ich“ nicht selten mit allen äusseren Eindrücken, in Folge dessen beziehen sie alles sie Umgebende auf sich, indem sie ihr eigenes „ich“ zum Mittelpunkt des Weltalls erheben (ego centrische Weltanschauung).

Bei unserem Kranken beobachteten wir eine ganz entgegengesetzte Erscheinung: sein „ich“ ist gleichsam abgeschnitten von der ihn umgebenden Welt und associirt sich nicht mit den Eindrücken, welche er empfängt. Ein anderes verbindendes logisches Element, der Antipode des „ich“, der Begriff von der äusseren Realität, war bei dem Patienten ebenfalls verdunkelt. Daher rührt die sozusagen Grundlosigkeit der Vorstellungen des Patienten. Durch keine logischen Normen der Causalität, Consequenz etc. untereinander verbunden, wurden sie von dem Patienten zugleich auch bezüglich ihrer Herkunft undeutlich unterschieden. Verwechslung der Gegenstände mit Schatten, der Träume und Erinnerungen mit der Wirklichkeit, seiner eigenen subjectiven Empfindungen mit Stimmen, sogar die Verwechslung von Worten („ziehen“) mit Thatsachen — Alles das waren Folgen des zusammenhanglosen und nicht systematisirten Zustandes, in welchem sich die Vorstellungen des Kranken befanden.

Man kann somit den psychischen Zustand des Patienten während dieser Krankheitsphase als eine Störung des logischen Bewusstseins bezeichnen, verbunden mit einer Störung der auf diesem Bewusstsein basirenden höheren logischen Associationsformen. Auf diesem Hintergrunde des verdunkelten Bewusstseins treten zuweilen Wahnideen als Ueberreste der vorhergehenden Excitationsphase auf. Der Uebergang

zur Genesung vollzog sich auf dem Wege der Steigerung der Bewusstseinsverdunkelung, wobei auch die Wahrnehmungssphäre in Mitleidenchaft gezogen wurde, so dass Patient sich vor seiner Genesung in einem Zustande von apathischer Dementia, oder richtiger ausgedrückt, in einem Zustande von Somnambulismus befand.

Stellen wir jetzt diesen Fall von traumähnlicher Verwirrtheit dem zuerst geschilderten Falle gegenüber, so können wir folgende Eigenthümlichkeiten in seinem Verlaufe hervorheben:

a) Die Krankheit begann mit einer Verdunkelung des Bewusstseins und mit Reizung der intellectuellen Sphäre, — mit Delirien.

b) Zugleich mit der weiteren Verdunkelung des Bewusstseins schwand rasch die Excitation des Intellects und hinterliess nur eine Störung in der Sphäre des logischen Bewusstseins.

c) Das Bewusstsein des Kranken verdunkelt sich noch mehr, die Vorstellungen werden illusorisch.

d) Patient verfällt in einen traumähnlichen Zustand.

e) Genesung.

f) Was das Gedächtniss anbelangt, so sind augenscheinlich einzelne Vorstellungen nicht verschwunden, die Fähigkeit der willkürlichen Erinnerung jedoch, als eine rein logische, mit der normalen Association eng verknüpfte Operation, hat eine Einschränkung erfahren.

g) Das Selbstbewusstsein und die Selbstempfindung des Kranken waren nicht entartet, sondern abgeschwächt und konnten nur mit Mühe zum Bewusstsein gelangen.

Es muss folglich auch dieser Fall als eine primäre Verdunkelung des Bewusstseins aufgefasst werden, welche vielleicht durch eine acute Aufregung der intellectuellen Sphäre bedingt wurde, vielleicht aber auch parallel mit dieser Aufregung auftrat. Im weiteren Verlauf der Krankheit bildete die Verdunkelung des Bewusstseins überhaupt, besonders aber des logischen Bewusstseins, die Grundlage des Krankheitszustandes; vom physiologischen Standpunkte haben wir es hier mit einem typischen Beispiel von Associationsstörung zu thun.

### Fall III.

Student, 23 Jahre alt. Primärer hypochondrischer Wahnsinn. Hereditäre Anlage. Heftige Gemüthsbewegungen. Verfolgungsideen. Neurasthenischer Zustand. Wahnideen hypochondrischen Charakters. Psychische Verwirrtheit.

Der Vater des Patienten war Alkoholist, die letzten Jahre seines Lebens geisteskrank; ist gegenwärtig todt. Mutter lebt und ist gesund. Schwestern

und Brüder ebenfalls gesund. Patient absolvirte ein Gymnasium, führte auf der Universität ein Leben voll Entbehrungen, musste seinen Lebensunterhalt durch Stundengeben erwerben; als Student noch heirathete er eine Hebamme, lebte mit derselben jedoch in unglücklicher Ehe. Im December 1887 brach auf der Moskauer Universität ein Studentenaufbruch aus, in Folge welcher unser Patient zugleich mit vielen anderen Studenten die Universität und die Stadt verlassen musste. Von dieser Zeit beginnt seine Krankheit. Er hatte Angst vor Strafe, wurde ängstlich, verlor Appetit und Schlaf. Seine in den letzten Monaten der Gravidität befindliche Frau weilte damals bei Verwandten auf dem Lande im Gouvernement Riasan; nach seiner Ausweisung aus Moskau begab sich Patient auf's Land zu seiner Frau und hier kam die Krankheit zum Ausbruch.

Genauere Angaben über diese Phase fehlen. Nach mehrwöchentlichem Aufenthalte auf dem Lande verliess er seine Frau, welche inzwischen niedergekommen war, und begab sich im März nach Charkow zu seiner Mutter. Diese gab an, dass ihr Sohn wenig schläft, viel isst, bei jedem Geräusch aufschreckt, die Unterhaltungen seiner Umgebung verdächtig mit anhört; selbst leises Geflüster im anstossenden Zimmer beunruhigt und beängstigt ihn, er sagt, dass man ihn überall beobachtet, dass das Dienstmädchen den Auftrag hat, ihn zu überwachen, dass sie die verkleidete N. N. ist. Patient äussert die Ueberzeugung, dass man ihm als Strafe die Hände und Füsse abnehmen, die Augen ausstechen wird u. s. w. Deutliche Illusionen und Hallucinationen will die Mutter bei unserem Kranken jedoch nicht bemerkt haben. Zeitweise beruhigt sich Patient, unterhält sich vernünftig, doch sind seine Erinnerungen aus der Zeit seines Aufenthaltes bei seiner Frau unvollständig und verworren.

Bei der Untersuchung des Kranken wird Folgendes constatirt. Körper mässig gut ernährt, Anzeichen von Anämie nicht vorhanden, an den inneren Organen wird nichts von der Norm Abweichendes gefunden. Patient erzählt ruhig und lächelnd, ohne sich durch die Anwesenheit meiner Hörer zu gereizen, Folgendes:

„Was fehlt Ihnen?“

„Meine Nerven sind zerrüttet, mir ist wüst im Kopfe, ich kann nicht schlafen — weiter Nichts!“

„Sind Sie verheirathet?“

„Ich glaube ja!“

„Das muss man doch bestimmt wissen“.

„Wer weiss! vielleicht ist sie eine öffentliche Frau!“.

„Wie das?“

„Sehen Sie, wenn Jemand dem Staate, z. B. ein Kaufmann der Bank, etwas schuldig ist, so werden ihm nach unseren Gesetzen ein oder mehrere Glieder ausgerissen“.

„Wie können Sie denn als Student dem Staate etwas schuldig sein?“

„Ich verursache dem Staate als Student jährlich 2—3000 Rubel Kosten und habe das Vertrauen des Staates nicht gerechtfertigt. Ich habe mich auch der Majestätsbeleidigung (wahrscheinlich einer Beleidigung der Universitätsbeam-

ten) schuldig gemacht. Ich habe eine gesetzliche Bestimmung, welche sich übrigens nur in meinem Exemplar des Reichsgesetzbuches befindet, gelesen, wonach Demjenigen, wer sich einer Majestätsbeleidigung schuldig macht, eine öffentliche Frau beigelegt wird, vielleicht die Fürstin T. oder eine andere hochgestellte Person, welche er heirathen muss; man bereitet ihm Schande, indem seine Frau ihm in seiner Gegenwart Hörner aufsetzt, und jedesmal wird ihm dann ein Glied ausgerissen und ihm vor Augen gehalten“.

„Haben Sie denn schon Menschen mit ausgerissenen Gliedern gesehen?“

„Jawohl, unter meinen Collegen. Sie haben mich gewarnt“.

„Wer ist Ihre Frau?“

„Eine Hebeamme, eine Jüdin!“

„Wie alt ist sie?“

„Ich weiss nicht. Sie behauptet 25 Jahre alt zu sein, es ist aber möglich, dass sie 1500 Jahre alt oder noch älter ist, denn sie ist ewig“.

„Sie haben Angst! weshalb denn das?“

„Ich habe Furcht vor Strafe. In meinen Notizen über Criminalrecht habe ich gelesen, dass Demjenigen, wer einem Mädchen Gewalt anthut und sie dann heirathet, . . . ü. s. w.“ (wie oben).

„Worauf ist denn Ihre Furcht vor Strafe begründet?“

„Ja, der Universitätsinspector hatte wohl seine Gründe gehabt, als er mir Reisegeld anbot“. (Von der Universitätsbehörde wurde vielen wegen Theilnahme an dem Aufruhr ausgewiesenen Studenten Reisegeld gegeben.)

„Was befürchten Sie ausserdem noch?“

„Ich habe gehört, dass Verbrecher zuweilen zu einer ärztlichen Behandlung verurtheilt werden. Man giebt ihnen verschiedene Medicamente, in Folge deren alle Glieder des Verurtheilten successive zu faulen beginnen und endlich abfallen. Bei mir hat die Behandlung und auch das Verwesen schon begonnen — dieser Fuss fällt schon ab“ (Patient zeigt uns ein Hühnerauge).

„Sie fürchten also die Behandlung?“

„Ja. Mir wurde vor 3 Jahren prophezeit, dass mich nach drei Jahren Dr. O., welcher mit einem ähnlichen blauen Rock, wie der, welchen ich damals trug, bekleidet sein wird, mittelst Electricität, aber ohne Erfolg, behandeln wird.“.

„Wie aber, wenn ich Sie nicht mit Electricität, sondern hydropathisch behandeln werde?“

„Auch das, glaube ich, wurde mir prophezeit!“

„Wenn Sie nun wirklich so sehr schuldig sind, weshalb befinden Sie sich denn auf freiem Fusse?“

„Es wurde mir zur Auswahl gestellt: entweder Gefängniss oder Heirathen!“ (Patient versteht darunter wahrscheinlich die Reise zu seiner Frau.)

„Was wissen Sie von Ihrer Frau!“

„Sie ist vielleicht eine Prostituirte und heirathete mich absichtlich, um ihr Ziel zu erreichen und mir Schande zu machen“.

„Haben Sie ein Kind?“

„Ich weiss nicht!“

„Aber Ihre Frau hat doch geboren!“

„Ich glaube, die Hebeamme hat ihr ein Kind aus dem Findelhause mitgebracht.“

„Haben Sie Ihre Frau vor ihrer Niederkunft gesehen?“

„Jawohl.“

„Nun, sah sie denn nicht aus wie eine Schwangere?“

„Ja, aber ich glaube, dass sie absichtlich Sauerkohl gegessen hat, um einen aufgetriebenen Leib zu bekommen.“

„Wohin gingen Sie, als Sie im December Moskau verlassen mussten?“

„Zu meiner Frau und deren Verwandten auf's Land im Gouvernement Riasan.“

„Womit beschäftigen sich die Verwandten Ihrer Frau?“

„Der Bruder meiner Frau, mein Schwager ist Kaufmann und ein sehr genialer Mann. Er bekleidet nebenbei die Stellung von Bresgalow in Moskau (Universitätsinspector, mit dessen Beschimpfung der Aufruhr angefangen hatte) und des Ministers in Petersburg. Die Verwandten meiner Frau sind überhaupt sehr kräftige und einflussreiche Leute und können mit ihr Alles thun, was sie nur wollen.“

„Kann denn eine Person sich zu gleicher Zeit an verschiedenen Orten befinden und so viele verschiedene öffentliche Aemter bekleiden?“

„Warum sollte denn das nicht möglich sein? wenn die betreffende Person genial ist und übernatürliche Eigenschaften besitzt, so ist es wohl möglich! — Die Verwandten haben mich geschlagen und von Bauern zum Bahnhof bringen lassen. Aus der Dorfschenke, wo ich eine Nacht zubrachte, lief ich zum Bahnhof, denn ich fürchtete, dass man mich misshandeln wird. In der Schenke hörte ich, dass von mir gesprochen wurde. Auch im Eisenbahnwaggon wurde von mir gesprochen. Es wurde mir Alles prophezeit, was mir passiren wird: dass ich in Kursk auf dem Bahnhofe einen Mundschenk (Bufetier) sehen werde, welcher den Reisenden am Buffet Thee verabreicht, und dass dies kein anderer, als Alioschka, der Moskauer Scharfrichter sein wird. Unterwegs sah ich eine verummte Frauengestalt, ich glaube, es war meine Frau — auch das hatte man mir prophezeit! Hier werde ich von der als Dienstmädchen verkleideten Fürstin T. beobachtet. Eine und dieselbe Person verfolgt mich überall, einmal ist sie blond, ein anderes Mal brünett, abwechselnd jung und alt, einmal hat sie Männer-, ein anderes Mal wieder Frauengestalt. Das wurde mir auch prophezeit!“

„Hat man Ihnen noch mehr prophezeit?“

„O ja! es wurde mir prophezeit, dass die Doctoren in Charkow mich für wahnsinnig erklären werden, und dass dann ein Streit zwischen den Charkower und den Moskauer Aerzten entstehen wird; letztere werden mich für gesund erklären und Oberhand gewinnen!“

„Waren Sie in Moskau in ärztlicher Behandlung?“

„Ja. Ich war beim Universitätsarzt, klagte ihm über Kopfschmerzen und wurde von ihm an Prof. Koschewnikow empfohlen, ging aber nicht hin.“

„Wissen Sie, was im December an der Moskauer Universität passirt ist?“



„Nein! Ich war unwohl und besuchte daher keine Collegia, es wurde mir aber erzählt, dass ein Student bestraft worden sei, weil er den Inspector beleidigt habe“.

„Sie scheinen daran zu zweifeln?“

„Ja, ich bezweifle es“.

„Haben Sie nicht das Gefühl, dass Sie krank sind? dass Ihre Angst das Product Ihrer Einbildung ist?“

„Früher ja, jetzt aber habe ich mich überzeugt, dass Alles, was ich sagte, wahr ist, denn Alles bestätigt meine Gedanken“.

„Sind sie überzeugt davon, dass Sie jetzt dieselbe Person sind, welche Sie früher waren?“

„Nein, ich bin jetzt ein anderer Mensch“.

Ich habe mich mit dem Kranken oft unterhalten, bekam aber stets dieselben stereotypisch gleichförmigen Antworten. Patient unterhält sich gerne, seine Mimik ist dabei eine ruhige, oft lächelt er. Auf dem Gebiete des Nerven- und Muskelsystems keine Abnormitäten mit Ausnahme einer unbedeutenden Erhöhung des Patellarreflexes. Patient sieht und hört gut. Geschlechtstrieb ist nicht vorhanden.

Die Mutter des Patienten behauptet, dass er mit grosser Eile isst, als ob er sich dabei vor irgend Etwas fürchte; Geschmack vollkommen erhalten.

Leider sind über den früheren Gesundheitszustand des Kranken vor dessen Ankunft in Charkow gar keine Angaben vorhanden. Bestand bei ihm während seines Landaufenthaltes eine hallucinatorische Krankheitsperiode oder ein Zustand von Aufregung? Ersteres kann bezweifelt werden, denn es sind bei unserem Patienten gar keine Hallucinationsproducte zurückgeblieben, und weil er später, d. h. schon während seines Aufenthaltes in Charkow, keine Sinnestäuschungen hatte.

Die Beharrlichkeit und Hartnäckigkeit jedoch, mit welcher einige Wahnideen auftreten, lassen es als wahrscheinlich erscheinen, dass Patient auf dem Lande einen Anfall von acutem Delirium hatte, womit auch dessen Flucht aus dem Dorfe im Zusammenhang steht.

Ferner kann man auf Grund der Unklarheit und Unvollkommenheit seiner Erinnerungen, aus der Zeit vor seiner Abreise aus Moskau, wie auch auf Grund des Umstandes, dass er bereits im December keine Collegia besucht und einen Arzt consultirt hatte, annehmen, dass die neurasthenische Phase, allgemeine Schwäche, Kopfschmerz, Unruhe und ähnliche Erscheinungen der Entwicklung der Psychose eine gewisse Zeit, vielleicht auch eine lange Zeit vorangingen.

Der Kranke befand sich ca. 14 Tage in meiner Beobachtung und während dieser Zeit trat in seinem Zustande keine Aenderung auf. Er wurde dann einer Anstalt für Geisteskranke übergeben, so dass ich den Kranken aus den Augen verlor.

Der geschilderte Fall bietet ein typisches Beispiel von primärer Verrücktheit in deren subacuten, hypochondrischen und cerebros spinalen Form dar. Ein grosser Theil der bei diesem Patienten beobachteten Symptome, und zwar Verfolgungsideen, die ego-centrische Weltanschauung, der Hang, in Allem etwas Verborgenes, etwas Anderes, als es in Wirklichkeit ist, zu erblicken (Symbolismus), Abschwächung der kritischen Fähigkeit zur Beurtheilung von Thatsachen und Ideen, Kleinheitswahn und die Ueberschätzung der Kräfte und der Bedeutung Anderer — Alles das bildet den gewöhnlichen Symptomencomplex der bekannten Form der primären Verrücktheit.

Die Ueberzeugung des Kranken davon, dass Alles, was sein Schicksal betrifft, ihm prophezeit worden ist, beruht bei ihm nicht auf einer Vorstellungsanomalie, dem sogenannten Doppeltdenken, bei welchem der Kranke glaubt, dass er Alles, was er im gegebenen Augenblick im Sinne hat, schon früher einmal erlebt hat (Doppeltdenken, Sander), auch ist dies keine Erinnerungsanomalie (Kräpelin). Allem Anschein nach beruht bei unserem Patienten diese Ueberzeugung auf der Idee der Ergebenheit seinem Schicksale, auf der Idee von der verhängnissvollen Kraft, welche auf seinem Leben lastet, was auch nicht selten bei an hypochondrischem primärem Wahnsinn leidenden Kranken beobachtet wird. Deutlich unsinnige Ideen von Gesetzen, von dem Verhältniss des Staates seinen Schuldern gegenüber etc. erscheinen nur als höchster Grad von Verfolgungswahn, wobei übrigens die Möglichkeit des Auftretens solcher Ideen auf eine weitgehende Störung der Urtheilskraft und sogar auf einen gewissen Grad von Demenz hinweist, was ebenfalls zu den Elementen des primären Wahnsinns gehört.

Es bleiben aber dennoch einige psychische Erscheinungen bei unserem Kranken, welche durch die hypochondrischen Delirien nicht in genügender Weise zu erklären sind. Zu diesen gehört die verworrene und unbestimmte Vorstellung, welche Patient von seiner Frau, von deren Persönlichkeit, Alter u. s. w. hat, wobei er unter Anderem die Möglichkeit zugiebt, dass sie 1500 Jahre alt sein kann. Wir ersehen daraus, dass seine Vorstellung von der Zeit, von der Dauer des menschlichen Lebens verdunkelt ist, was nur bei tiefer Demenz möglich, welche aber beim Patienten nicht vorhanden ist. Ebenso verworren sind bei ihm auch die Raumverhältnisse der realen Gegenstände. Eine und dieselbe Person kann sich nach seiner Meinung zu gleicher Zeit an verschiedenen Orten befinden. Die Einheit der Persönlichkeit ist für ihn keine zwingende Vorstellung. Selbst der Begriff der Identität einer Persönlichkeit ist verschwunden: eine

und dieselbe Person ist nach seiner Meinung zugleich Kaufmann, Universitätsinspector und Minister, eine und dieselbe ihn vermeintlich verfolgende Person ist zugleich männlichen und weiblichen Geschlechts, jung und alt, blond und brünett. Es macht sich beim Patienten überhaupt ein schwaches Bewusstsein des Realen bemerkbar: er zweifelt bezüglich seiner eigenen Person, verwechselt Gedanken mit Thatsachen, indem er sein eigenes Urtheil über die seine Krankheit betreffenden Meinungen der Aerzte als Prophezeiungen betrachtet etc. Die Quelle aller dieser falschen Ideen ist zwar das primäre Delirium des Kranken, der Umstand jedoch, dass dieselben überhaupt in seinem Bewusstsein auftreten konnten, kann nur dadurch erklärt werden, dass wir eine tiefe Verdunkelung des Bewusstseins annehmen. Patient macht auch wirklich den Eindruck eines in einem traumähnlichen Zustande befindlichen Menschen. Bei seinen Angaben über das Alter und die Persönlichkeit seiner Frau, über die Persönlichkeit ihrer Verwandten und seiner Verfolger ist er sich allem Anschein nach der Bedeutung dieser von ihm selbst gemachten Angaben nicht klar bewusst. Es ist dabei in unserem Falle die Abwesenheit der affectiven und Willensreaction, welche bei an systematisirten Delirien leidenden Patienten, bei denen jedoch das Bewusstsein bis zu einem gewissen Grade noch erhalten ist, nicht zerstört ist, leicht zu erklären. Der maskenartige Gesichtsausdruck des Patienten, sein genaues Befolgen aller ärztlichen Verordnungen und überhaupt seine passive, kindische Unterwerfung allen ihn umgebenden Personen, die automatische Enthüllung seiner intimsten Familienverhältnisse in Gegenwart fremder Leute, ohne jede Spur von Reaction — Alles dies erhöht noch mehr den Eindruck von seelischer Verwirrtheit. Wir müssen folglich zugeben, dass bei unserem Kranken ausser einer systematischen, sozusagen partiellen intellectuellen Störung noch eine allgemeine Verdunkelung des Bewusstseins im Sinne einer Störung der fundamentalen logischen Functionen besteht, wobei die ausgearbeiteten Ideen unvollständig, die Association derselben unvollkommen und die Projection der inneren Zustände in objectiver und subjectiver Richtung ungenau erscheinen. In welchem genetischen Verhältniss die beiden Symptomengruppen: die Reizungserscheinungen der intellectuellen Sphäre — Delirien — und die Erscheinungen von Desorganisation des Bewusstseins zu einander stehen, ist wegen Abwesenheit aller Angaben über den Entwicklungsgang der Krankheit schwierig zu bestimmen. Es ist allerdings möglich, dass die rasche Entwicklung der Wahnelemente, welche den Hauptbedingungen des richtigen Denkens widersprechen, secundär die erwähnte Bewusstseinsstörung her-

vorgerufen hat. In Anbetracht des Missverhältnisses zwischen der ziemlich bedeutenden Bewusstseinsverdunkelung und dem relativ unbedeutenden Umfange der Delirien, wobei selbst die Selbstempfindung, die affective und Willensreaction verdunkelt wurden, kann man jedoch annehmen, dass die Bewusstseinsstörung oder die seelische Verwirrtheit sich bei unserem Kranken, wenn nicht primär, so jedenfalls zu gleicher Zeit und parallel mit den Reizungserscheinungen, den Delirien, ausgebildet hat.

#### Fall IV.

24-jährige Patientin. Psychische Verwirrtheit nach einer hysterischen illusorischen Manie. Beginnender Affect. Einige Tage hindurch abwechselnd Depression und Excitation. Zustand von illusorischer Aufregung hysterischen Charakters. Ruhiger Zustand von Halbschlummer mit Illusionen, ab und zu pseudohallucinatorische Anfälle. Genesung in vier Wochen.

Die 24-jährige, verheirathete, intelligente Patientin ist Hebeamme. Ihre Mutter war hysterisch. Die Kranke selbst litt als Kind im Alter von 8 bis 14 Jahren an einer hysterischen Paraplegie. Patientin immer anämisch, mager, hat zwei Kinder geboren, von denen das ältere lebt, das jüngere todt ist. Ausser diesen eigenen hat sie noch ein Pflegekind (eine Waise aus ihrer Praxis) im Hause.

Am 18. Mai hatte sie unabsichtlich ihr Pflegekind mit heisser Brühe übergossen; das Kind starb am 22. Mai. Während der Krankheit des Kindes war Patientin bereits stark aufgereggt, schrie oft und konnte ihre Umgebung nicht genau erkennen. Den Tod des Kindes gelang es ihren Verwandten vor der Patientin zu verheimlichen; man zeigte ihr in der Badewanne ein Puppe, worauf sie sich beruhigte, indem sie dieselbe für das Pflegekind hielt.

Am 23. Mai traten leichte Delirien und Illusionen auf. Patientin wollte im Zimmer Kutscher sehen, welche das Kind fortnehmen wollten. Während der folgenden Tage befand sich Patientin meistens in einem Zustande von Starrheit, zuweilen sprang sie aus dem Bette auf und schrie: „wo ist Marusia?“ (Name des Kindes). Vom 23. Mai an traten die Illusionen stärker auf. Im Bade sitzend, ruft Patientin: „das ist Theer“. Sie erkennt ihre Bekannten nicht mehr, einen derselben hielt sie für einen Gendarmen. Die Pseudohallucinationen erscheinen jetzt öfter. Patientin sieht Drachen an der Wand, bittet, den Elephanten von ihrer Brust fortzunehmen, manchmal scheint ihr, dass das Kind in ihrer Gegenwart gebadet wird. Zuweilen sieht sie das Zimmer, in welchem sie sich befindet, hell beleuchtet und bittet, man möge doch die vielen Lichter auslöschen. Gehörshallucinationen sind nicht beobachtet worden. Einige Tage hindurch hatte sie ununterbrochene Pseudohallucinationen beängstigenden Charakters und schrie fortwährend; in Folge dessen wurde sie in ihrer Wohnung in ein dunkles Zimmer gesperrt und es

wurde ihr Morphinum und Chloral verabreicht. Darauf beruhigte sich Patientin etwas, vermochte jedoch ihre Umgebung noch immer nicht zu erkennen. Aus ihrem Kissen und Bettwäsche machte sie eine Puppe, von welcher sie sich nicht trennen wollte, koste sie und behauptete, das sei Marusia.

In diesem Zustande wurde sie in meine Anstalt gebracht.

Patientin ist sehr entkräftet, kann sich selbst nicht auf den Füßen halten; wird sie bei aufrechter Stellung nicht gestützt, so fällt sie zu Boden, wobei die Beine in den Knien gebeugt werden. Die Kranke blickt verwundert um sich, sie glaubt sich, wie ihr Mann ihr eingeredet hatte, in einem Seebade zu befinden, wo sie einer nervenstärkenden Kur unterworfen und Marusia von ihren Brandwunden geheilt werden soll. Sie hält in den Armen und wiegt, wie man es mit kleinen Kindern zu thun pflegt, ein in eine Kinderdecke eingehülltes Kissen. Patientin bittet, ihr das Kind nicht fortzunehmen und die Decke nicht aufzuheben, da die Brandwunden noch nicht geheilt seien. Den Arzt bittet sie, das Kind, welches sie sehr liebe, nur ja recht sorgfältig zu behandeln.

Die Muskelkraft der Kranken ist bedeutend herabgesetzt, den Kopf kann sie nur mit Mühe aufrecht halten. Sehnenreflexe und Hautsensibilität sind erhöht.

Appetitlosigkeit. Patientin weiss das Datum nicht anzugeben. Ihre Erinnerung an die Ereignisse, welche mit ihrer Krankheit in Zusammenhang stehen, sind sehr schwach und oberflächlich. Die Erinnerung an ihre Vergangenheit ist nicht erloschen, Bewusstsein ihrer Lage und Persönlichkeit erhalten. Ihren Mann erkennt Patientin, doch begrüsst sie einen der Anstaltsärzte, den sie zum ersten Male sieht, als alten Bekannten.

Sich selbst überlassen, verfällt Patientin in einen Zustand von Halbschlummer und schläft dann ruhig ein. In einem solchen Halbschlummer-Zustande sitzt oder liegt sie mit offenen Augen und sieht sich mit verwundertem Gesichtsausdruck im Zimmer um. Betritt Jemand plötzlich das Zimmer, so genügt schon das leise Knarren beim Öffnen der Thür, um sie aus diesem Halbschlummer zu wecken. Sie schnellt dann von ihrem Sitze empor, schreit auf und blickt ängstlich um sich. Kommt die Hebeamme, die Wärterin, welche sich beständig bei der Kranken aufhält, oder der Arzt, der sie oft besucht, so erkennt sie diese Personen im ersten Augenblick nicht, schreckt auf und versteckt ihr Gesicht in das Kissen. Erst nach längerem Anstarren des Gesichts der in's Zimmer eingetretenen Personen erkennt sie dieselben und beruhigt sich.

Patientin erwähnt nie ihres eigenen Kindes und bleibt auch dann ganz gleichgültig, wenn man sie im Laufe des Gesprächs an dasselbe erinnert, während sie oft, und zwar in zärtlichster Weise, von Marusia spricht. Einmal versuchte der Arzt, in der Absicht ihren Geisteszustand zu prüfen, ihr zu beweisen, dass sie nicht die Marusia, sondern eine Puppe in den Armen hält. Die Decke zurückschlagend, zeigte er ihr das in die Decke eingewickelte Kissen. Patientin fing an zu weinen und bat, ihr die Marusia zu bringen. Als aber das Kissen wieder in die Decke eingehüllt und ihr dann gereicht wurde, be-

ruhigte sie sich vollständig und fuhr fort, das Kissen wie ein lebendes Kind zu behandeln.

In der ersten Nacht gleich begann Patientin im Schlafe zu schreien und verfiel im Schlafe in Convulsionen hysterisch-epileptischen Charakters. Die Convulsionen dauerten einige Minuten, dann wurde Patientin ängstlich, vermochte ihre Umgebung nicht zu erkennen, drückte das vermeintliche Kind fest an ihre Brust und schrie: „rührt sie nicht an!“ Nachdem sie sich wieder beruhigt hatte, schlief sie ein. Solche Anfälle wiederholten sich während der ersten Woche fast jede Nacht, hörten nach der ersten Woche aber ganz auf.

Während der darauf folgenden Tage trat im Befinden der Patientin keine wesentliche Veränderung ein. Den grössten Theil des Tages liegt sie in halb-bewusstem Zustande da. Die Puppe wurde ihr fortgenommen und der Kranken gesagt, dass das Kind in ein Seebad geschickt worden; Patientin glaubte und äusserte auch kein Verlangen danach zu erfahren, in welchem Seebade und bei welchem Arzt sich das Kind befindet. Zeitweise kommt sie etwas zu sich und sehnt sich in solchen freien Momenten nach ihrem Mann, welcher inzwischen verweist ist, fragt, ob sie noch lange in Behandlung bleiben muss, ihres Kindes erwähnt sie jedoch nicht. Es ist ihr unmöglich, die Namen der Anstaltsärzte und der Wärterin im Gedächtniss zu behalten. Sie verfällt leicht in einen traumähnlichen Zustand, erschreckt wie früher, wenn sie Jemand weckt und erkennt einige Zeit danach ihre Lage und Personen nicht. Als sie einmal durch die offene Thür ein den Corridor passirendes kleines Mädchen sah, hielt sie dasselbe für Marusia, fing an zu weinen und das Kind zu rufen. Der Versicherung, dass das nicht Marusia, sondern ein viel älteres Kind sei, wollte sie keinen Glauben schenken, suchte unter dem Bette und schrie immerfort: „ihr wollt mir die Marusia nicht wiedergeben!“ Zuweilen klagt Patientin über Doppelsehen, Schwindel und Dunkelsein vor den Augen.

Patientin hat sich mehrmals darüber beklagt, dass man sie vergeblich an einer Nervenkrankheit behandle, da sie an einer Frauenkrankheit leide, und verlangt von einem Frauenarzt behandelt zu werden. Bei der von der Hebeamme vorgenommenen gynäkologischen Untersuchung wurde jedoch nichts Abnormes constatirt. Ihre Menses hat sie in der Anstalt einmal gehabt, und zwar ganz normal. Im weiteren Verlauf der Krankheit verschwand die traumähnliche Starrheit allmählig. Patientin spricht immer öfter und klarer über die ernste Krankheit der verstorbenen Marusia und äussert zuweilen ihre Befürchtung über die Möglichkeit, dieselbe am Leben zu erhalten. Ab und zu fragt sie sogar, sich gleichsam an Etwas erinnernd, ob Marusia nicht gestorben sei, ob man sie nicht täusche, lässt Alle schwören, dass Marusia lebt, und beruhigt sich damit für eine gewisse Zeit. Anfangs Juni erinnerte sich Patientin, eines Morgens erwachend, ganz genau und klar der Krankheit und des Todes der Marusia, erinnert sich auch, wie man sie, die Kranke, getäuscht habe, indem man ihr eine Puppe in der Badewanne zeigte u. s. w. Sie kann sich jedoch ihres Zustandes während der nächsten Tage nach dem Tode des Kindes nicht erinnern. Hierbei brach sie in Thränen aus und äusserte den Wunsch, ihren Mann und ihr eigenes, lebendes Kind zu sehen.

Einige Tage später verliess Patientin, gänzlich wieder hergestellt, die Anstalt.

---

In diesem Falle sehen wir bei einem hysterischen Subject sich nach einem Affect primär einen halbbewussten Zustand mit Schwankungen der Stimmung, zeitweiser Aufregung und zeitweiser Depression entwickeln. Gleich darauf tritt ein Zustand von Verwirrtheit auf: die Kranke erkennt ihre Umgebung nicht und versteht die in ihrer Nähe sich abspielenden Vorgänge nicht. Während der Entwicklung des illusorischen Zustandes nimmt die affective Färbung der hysterischen Eigenschaften für eine kurze Zeit die Gestalt von hallucinatorischer Excitation an. Wirkliche Hallucinationen waren jedoch, wie es scheint, nicht vorhanden. Es sprechen wenigstens alle von den Verwandten der Patientin mitgetheilten und die von uns in der Anstalt beobachteten Momente dafür, dass dies äusserst entartete Illusionen beängstigenden Charakters waren. Es wäre hier somit die Bezeichnung „Pseudohallucinationen“ am Platze. Mit dem Nachlass der Reizungserscheinungen in der Wahrnehmungssphäre — der Illusionen — verfällt die Kranke wieder und zwar für längere Zeit in einen Dämmerungszustand mit allen Anzeichen des Verlustes des Orientirungsvermögens. Die während der illusorischen Krankheitsperiode entstandene falsche Vorstellung (illusorische Idee) von der Puppe als Kind besteht weiter. Man muss annehmen, dass die allgemeine Störung des Bewusstseins auch in diesem Falle eine primäre Erscheinung, die illusorische Reizung aber nur eine Complication war. Möglicherweise erschienen die Illusionen nur als Folge der beginnenden intellectuellen Excitation, des Deliriums, welche unter dem Einflusse des traumähnlichen Zustandes des Bewusstseins eine solche sensorische Form angenommen hatte.

### Allgemeine Uebersicht.

In obigen Krankengeschichten war sehr oft von psychischer Störung in der sensorischen, intellectuellen und motorischen Sphäre die Rede: ausserdem wurde überall von der Bewusstseinsstörung als von etwas ausserhalb aller dieser Formen der psychischen Thätigkeit Liegendem gesprochen. Dies erfordert eine Erklärung, denn die Möglichkeit und die Nützlichkeit eines solchen Unterschiedes stellt die Grundidee der geschilderten Beobachtungen und die wichtigste Schlussfolgerung aus denselben dar. Das Bewusstsein hat bekanntlich bis jetzt in der wissenschaftlichen Psychologie noch keine Definition ge-

funden. Wundt behauptet sogar, dass eine Definition dieses Begriffes gar nicht möglich ist. Das Bewusstsein ist — so sagt Wundt — von den einzelnen Zuständen oder Momenten des Bewusstseins untrennbar. In der Psychiatrie hat man, wenn vom Bewusstsein die Rede ist, stets gewisse Zustände des Bewusstseins oder richtiger: einen bestimmten Inhalt des Bewusstseins, gewisse Gruppen von Vorstellungen im Sinne. Ist z. B. von partiellen Störungen oder Defecten des Bewusstseins bei gewissen epileptischen Zuständen (Charcot, Pick u. A.) die Rede, so hat man dabei eine Störung oder einen Defect irgend einer Gruppe oder eines Gebietes von Vorstellungen im Sinne. Dass eine derartige Verwechselung des Bewusstseins mit dessen Inhalt unrichtig ist, geht schon aus folgenden Worten Wundt's hervor: „Die psychologische Grundbedingung des Bewusstseins besteht in einem gesetzmässigen Zusammenhange und Verbindung der einzelnen Vorstellungen untereinander.“ Wir sehen hier, dass zu dem Begriff des Bewusstseins ein neues Element, nämlich das functionelle Element hinzukommt.

Ein solcher Unterschied zwischen dem Inhalt des Bewusstseins und der functionellen Seite ist jedoch, ohne ein principieller zu sein, als Unterschied zwischen der abstracten Idee und der concreten Vorstellung ziemlich wichtig und kann nicht bestritten werden. Ferner sind wir auf Grund des Wenigen, was uns über die Functionen des Bewusstseins bekannt ist, berechtigt anzunehmen, dass diese Function in Wirklichkeit ziemlich complicirt ist und vielleicht in eine Menge einzelner Functionen zerfällt. So z. B. wurde früher die Verbindung der einzelnen Vorstellungen untereinander nach der Lehre der englischen psychologischen Schule als eine mechanische Association aufgefasst. Die neuere physiologische Schule (Wundt) lehrt jedoch, dass eine solche unmittelbare Association der Vorstellungen nur eine niedrigere Stufe der bewussten logischen Thätigkeit darstellt, bei welcher die Verbindung der Vorstellungen durch ihre eigene Verwandtschaft und ihre innere Spannung bedingt ist. Auf den höheren Stufen der Associationsthätigkeit tritt jedoch ein neuer Factor auf, nämlich die Apperception, d. h. das Hinzutreten der „ich“-Vorstellung, welche den Associationsgang entsprechend der Beziehung des „ich“ zu diesen oder jenen einzelnen Vorstellungen regulirt. Berücksichtigen wir den Umstand, dass der Einfluss der „ich“-Vorstellung eng verknüpft ist mit dem allgemeinen Ton der Selbstempfindung und mit dem unbewussten Gedächtniss, so wird es uns verständlich, wie sehr complicirt diese Form der apperceptiven Verbindung der



Vorstellungen in Wirklichkeit ist, und dass dieselbe unter verschiedenen psycho-physischen Bedingungen eine Störung erleiden kann.

Dass aber durch den Begriff der Verbindung der Vorstellungen die functionelle Seite des Bewusstseins nicht erschöpft wird, geht daraus hervor, dass Kraepelin auf Grund seiner klinischen Beobachtungen über die verschiedenen Zustände psychischer Schwäche es in der letzten Zeit für nothwendig hielt, die Begriffe der psychischen Erregbarkeit und des psychischen Widerstandes einzuführen. Auch darf man nicht glauben, dass die „ich“-Vorstellung der einzige Regulator für die höheren Formen der Bewusstseinsthätigkeit sei. Bei der Betrachtung des geistigen Zustandes eines gesunden und entwickelten Menschen bemerken wir Andeutungen einer regulatorischen Thätigkeit von Seiten mehrerer Elemente oder Vorstellungen höherer Ordnung, welche der „ich“-Vorstellung apologisch sind. Die Idee von dem causalen Zusammenhange der Gegenstände und Vorstellungen und das Bestreben, die Vorstellungen, wo dies nur möglich ist, auf den Faden des causalen Zusammenhanges aufzureihen, gehört ohne Zweifel zu den Eigenschaften des gesunden Geistes. Ebenso ist die richtige Beurtheilung der Zeit, die zeitliche Eintheilung seiner eigenen inneren Zustände, entsprechend der räumlichen Eintheilung der äusseren Gegenstände, als auf dem Gedächtniss beruhend, eine regulirende Function des Bewusstseins. Ferner bildet die Grundlage der logischen Prüfung — die Rückbildung der Ideen zu Vorstellungen und dieser letzteren zu Empfindungen, diese ihrem Wesen nach umgekehrte Projection der Bewusstseinsproducte — ihrerseits eine der Functionen des Bewusstseins. Darauf ist wahrscheinlich der Unterschied zwischen dem Realen und Objectiven begründet. Wie weit wir nun auch noch entfernt sein mögen von einer vollständigen Analyse der functionellen Seite des Bewusstseins, so beweist schon das Wenige, was sich unserer Aufmerksamkeit direct aufdrängt, wie sehr complicirt die Thätigkeitsformen sein müssen, welche sich ausser der unmittelbaren Production von Vorstellungen in dem Bewusstsein abspielen.

Nach dieser nothwendigen Abweichung von unserem Thema wollen wir uns nun unserer Aufgabe wieder zuwenden.

Würde es vom klinischen Standpunkte nicht nützlich sein zu versuchen, die Störung der functionellen Seite des Bewusstseins nach Möglichkeit in den verschiedenen psychopathischen Zuständen hervorzuheben und die Beziehung dieser Störung zu den Anomalieen in der Sphäre der einzelnen Vorstellungsgruppen zu studiren? Wie schwierig diese Aufgabe auch sein und wie wenig sie deshalb vorläufig auch

noch versprechen mag, so kann sie dennoch nicht a priori als jedes Interesses und einer gewissen Nützlichkeit baar betrachtet werden. Diejenigen psychopathischen Zustände, welche auf organischen Hirn-erkrankungen beruhen, als epileptische Zustände von Verwirrtheit und Fälle von Verwirrtheit bei Herderkrankungen, zuweilen auch bei diffusen Hirnkrankheiten (Meynert, Pfungen), sind zum Studium der allgemeinen Störungen des Bewusstseins nicht besonders geeignet. In derartigen Fällen bestehen immer auch organische Defecte gewisser Gruppen von Vorstellungen, sowie materielle Veränderungen, durch welche die Associationsstörung bedingt wird, oft auch allgemeine psychische Schwäche. Unter solchen Umständen Dasjenige zu eliminiren, was als eine functionelle Störung des Bewusstseins angesehen werden muss, ist ziemlich schwierig. In den Fällen, in welchen die Störung des Bewusstseins als Complication einer Psychose auftritt, wird die Beobachtung durch diese Complicirtheit erschwert. Deshalb eben habe ich mich auf die Schilderung obiger verhältnissmässig einfacher Fälle beschränkt, in welchen die Störung des Bewusstseins deutlich ausgeprägt war, obgleich im Falle III. das Verhältniss der Symptome der eigentlichen Verrücktheit zu den Erscheinungen der Bewusstseinsstörung schon complicirter und die Grenze zwischen ihnen undeutlich erscheint.

Wir haben es im Falle III., streng genommen, mit primärer Verrücktheit zu thun, complicirt mit Bewusstseinsstörung.

Alle von uns geschilderten Fälle bieten viele gemeinsame Merkmale dar.

Alle unsere Patienten stehen in einem nahezu gleichen Alter von ca. 24 Jahren. Bei allen ist eine familiäre, wenn nicht gar direct hereditäre Disposition vorhanden. Es waren keine direct hysterischen, auch keine neurasthenischen Subjecte, jedoch war ihr Nervensystem vor Auftritt der Krankheit kein widerstandsfähiges. Als directeste Ursache der Krankheit trat in allen unseren Fällen ein Affect auf. In den Fällen I., II. und IV. ist es bewiesen, dass die Krankheit acut, im Falle III. wahrscheinlich, dass die Krankheit subacut anfang. In den Fällen I., II. und IV. hatte die Krankheit einen nahezu gleichen und zwar folgenden Verlauf. Nach einer kurzen Periode allgemeiner Verdunkelung des Bewusstseins entwickelt sich bei den Patienten eine reactive Phase von Excitation, welche jedoch in jedem Falle ihre eigene individuelle Physiognomie hat. Im Falle I. bildeten die Illusionen während dieser, übrigens nur ziemlich kurze Zeit andauernden Excitationsphase den ganzen Inhalt des Bewusstseins. In Fall II. hatte die Excitationsphase schon mehr den Charakter von primärem

Delirium, während diese Phase im Falle IV. einen gemischten Charakter von Illusionen und Delirien hatte. Im Falle III. kann man annehmen, dass die Excitationsphase den Charakter von reinen Delirien hatte.

Classificiren wir unsere Patienten nach dem Grade der bei ihnen bestehenden Verdunkelung des Bewusstseins, so erhalten wir folgende Skala: Die stärkste Verdunkelung des Bewusstseins wurde bei der I. Patientin beobachtet. Zugleich war bei ihr die Wahrnehmungssphäre stark in Mitleidenschaft gezogen; nicht nur die äusseren Wahrnehmungen, sondern auch die Empfindung ihres eigenen Körpers hatten einen illusorischen Charakter. Bei Patientin IV. war der Grad der Verdunkelung des Bewusstseins ein geringerer: wir beobachteten bei ihr nur Illusionen der äusseren Wahrnehmungen und selbst diese nur zeitweise. Zuweilen kam Patientin zu sich. Illusionen der Selbstempfindung wurden nicht beobachtet. Die logische Thätigkeit war im Allgemeinen erhalten geblieben, es wurde nur ein theilweiser Defect des Gedächtnisses und Bewusstseins beobachtet, betreffend eine Gruppe von Vorstellungen, nämlich das todte Kind. Im Falle II. war das Bewusstsein noch weniger verdunkelt. Illusionen sind auf dem Gebiete der Wahrnehmungen nicht vorhanden. Die Bewusstseinsstörung tritt nur in der Sphäre der Vorstellungen und der Verbindung derselben untereinander auf. Beim Patienten III. schien das Bewusstsein bei oberflächlicher Betrachtung erhalten zu sein, und erst bei genauer Analyse erkennt man bei ihm eine Störung des Bewusstseins in den höheren logischen Operationen.

Ob diese graduelle Verschiedenheit der Bewusstseinsstörung mit dem Charakter der anfänglichen Bewusstseinsstörung, in welcher sich die Krankheit zuerst geäussert hatte, oder mit dem Charakter der reactiven Phase in Zusammenhang stehe, oder ob diese Verschiedenheiten auch von der individuellen psycho-physischen Organisation der Patienten abhängen — diese Fragen müssen vorläufig aus Mangel einer genügenden Anzahl von Beobachtungen noch unbeantwortet bleiben.

---

Diagnostisch könnten unsere Fälle folgendermassen betrachtet werden: Fall I. als Stupor mit Dementia, Fall II. als acute Dementia, Fall III. als primäre Verrücktheit, Fall IV. als hysterische Verrücktheit mit consecutiver Verwirrtheit. Auffallend ist der grosse innere Zusammenhang zwischen den Fällen I. und IV., zwischen IV. und II., und sogar zwischen II. und III. Es unterliegt keinem Zwei-

fel, dass in Wirklichkeit auch Uebergangsformen zwischen dem II. und IV. Fall existiren. Es geht folglich daraus ein ziemlich enger Zusammenhang zwischen der primären Verrücktheit im engeren Sinne einerseits, und der primären Störung des Bewusstseins und der primären Dementia andererseits hervor. Betrachten wir die primäre Verrücktheit als Gattung, so wäre es vielleicht richtig, die primäre Bewusstseinsstörung und die primäre Dementia als Arten der primären Verrücktheit anzusehen.

Es wäre in practischer Hinsicht sehr wichtig den Einfluss zu erklären, welchen der Charakter, die Intensität und die Dauer der reactiven Phase auf den ganzen Verlauf der Krankheit ausüben. Dass der Inhalt des Bewusstseins während der reactiven Phase in die auf diese folgende Phase der Verwirrtheit übergeht, haben wir bereits gesehen. Nach unseren Fällen urtheilend, kann man auch glauben, dass der Grad der Verdunkelung des Bewusstseins während der reactiven Periode einen grossen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Krankheit ausübt. Je stärker das Bewusstsein während dieser Zeit verdunkelt ist, um so schwächer werden, wie es scheint, die Elemente des Deliriums fixirt und um so günstiger gestaltet sich der weitere Verlauf. In dieser Hinsicht, d. h. für die Prognose, ist es in solchen Fällen von besonderer Wichtigkeit, den Einfluss festzustellen, welchen das Anfangsstadium der Verwirrtheit auf den ganzen Verlauf der Krankheit ausübt. Man kann annehmen, dass je tiefer die primäre Verdunkelung des Bewusstseins, um so günstiger der weitere Verlauf, und um so weniger braucht man die Fixirung und weitere Entwicklung der Wahnelemente zu befürchten.

Dass von den geschilderten Fällen die Fälle I., II. und IV. Erkrankungen rein functioneller Natur waren, ist klar; auch ist es sehr wahrscheinlich, dass Fall III. ebenfalls auf keiner grobanatomischen Veränderung beruht.

---

Die Hauptschlussfolgerungen aus allem oben Gesagten sind folgende:

1. Der Inhalt des Bewusstseins — die Summe und die Qualität der vorhandenen Vorstellungen — muss streng auseinander gehalten werden von der functionellen Seite des Bewusstseins, als Summe der sowohl die Production, als auch die gegenseitigen Beziehungen der Vorstellungen untereinander regulirenden Principien.

2. Klinisch müssen die Erscheinungen der psychischen Reizung und Schwäche, welche die Grundlage der Verrücktheit und der De-

mentia bilden, von den Störungen der functionellen Seite des Bewusstseins unterschieden werden, welche eine Art von Ataxie der psycho-physischen Sphäre darstellen.

3. Es kommen typisch verlaufende Fälle mit kurzer Dauer des Initialstadiums der Bewusstseinsstörung, mit darauf folgendem Stadium von Delirien und mit einem Endstadium der Bewusstseinsstörung vor.

4. Zwischen den Wahnelementen und der Bewusstseinsverdunkelung besteht eine bis zu einem gewissen Grade antagonistische Beziehung.

5. Je nach der Entwicklung und dem Vorherrschen dieses oder jenes Elementes nähert sich das Krankheitsbild entweder der primären Verrücktheit oder der Dementia — zwei äusserste Pole, zwischen welchen diese Krankheit in der Classification der Psychosen ihren Platz einzunehmen hat.

6. Der Unterschied zwischen den Symptomen der Bewusstseinsstörung und der Verrücktheit ist ein wesentlicher; für letztere charakteristisch ist der Zustand der intellectuellen Erregung und daher auch die Neubildung von Ideen und Vorstellungen. Der Unterschied zwischen Bewusstseinsstörung und Dementia ist zwar kein so deutlicher, immerhin aber auch ein ziemlich wesentlicher. Bei der acuten Dementia ist die Wahrnehmung geschwächt, verlangsamt, oft sogar ist sie gar nicht vorhanden. Die Apperception, d. h. die reactiven Beziehungen der „ich“-Vorstellungen zur äusseren Welt, ist ebenfalls bedeutend geschwächt, meistens fehlt sie gänzlich. Das Selbstbewusstsein ist theilweise oder gänzlich verschwunden, die Erinnerung während der Krankheit an die Vergangenheit, und später auch an die Krankheit selbst ist ebenfalls verschwunden. Bei Bewusstseinsstörung hingegen ist, sofern sich der Kranke nicht in einem wirklich traumähnlichen, sondern im wachenden Zustande befindet, die Wahrnehmung nicht geschwächt und kann höchstens nur entartet sein, die Apperception d. h. die Aufmerksamkeit und Activität ist erhalten, desgleichen das Bewusstsein der Persönlichkeit und das Gedächtniss; die Erinnerung an die Krankheit ist theilweise, zuweilen auch gänzlich erhalten.

Berlin, den 2. Juli 1888.

---