

## XXII.

# Ueber die Geistesstörungen des Senium.

Von

Prof. **Fürstner**

in Heidelberg.



Die Aufstellung einer besonderen Gruppe von Geistesstörungen unter der Benennung „senile“ erscheint mir nur gerechtfertigt auf Grund der Anschauung, dass im höheren Lebensalter das Seelenleben oft genug noch innerhalb der physiologischen Breite liegende Veränderungen erleidet, die auf die Symptomatologie und den Verlauf etwa in dieser Periode auftretender Psychosen modificirend wirken, dass andererseits bestimmte ätiologische Factoren hervorragend sich geltend machen, dass endlich die pathologische Beschaffenheit des Gehirns die Genese eigenartiger Psychosen begünstigt. Das Lebensalter an und für sich darf als nicht massgebend erachtet werden, ebenso wie ein 50jähriger Träger einer ausgesprochen senilen sein, kann ein 70jähriger eine durchaus typische Psychose bieten.

Ein Markstein, der wie die Pubertät die Abgrenzung des Kindesalters nach der Zeit körperlicher und geistiger Reife hin erleichtert, fehlt für das Senium; die Eigenthümlichkeiten des senilen Seelenlebens sind auch immerhin nicht so constant und charakteristisch wie die des puerilen, der geistige Habitus eines 60- oder 70jährigen ist uns schon in Folge Mangels eigener Erfahrung weit weniger geläufig als der eines 10- oder 15jährigen Knaben. Andererseits scheint es mir aber nicht gerechtfertigt als allein ausschlaggebendes Symptom für die Auffassung einer Psychose als „senilen“ den intellectuellen Defect anzusehen.

Unter diesen Umständen ist über die Frequenz der senilen Psychosen nicht ein Urtheil zu gewinnen durch Summirung der Fälle,

die etwa nach dem 50. oder 60. Lebensjahre oder noch später in einer Anstalt zur Aufnahme gelangen, wobei ja selbstverständlich von vorn herein die Fälle zu eliminiren wären, die lediglich Recidive früherer Erkrankungen darstellen. Berechnet man übrigens gesondert die Zahl der Erkrankungen, die in den Zeitraum zwischen dem 50. und 60. Lebensjahre fallen, und die nach letzterem Termin auftreten, so macht sich eine auffällig starke Differenz bemerkbar; gehörten doch unter 8097 von mir in Betracht gezogenen, aus verschiedenen Jahresberichten zusammengestellten Kranken 1315 und zwar 644 Männer, 591 Frauen der ersteren, dagegen nur 368, 186 Männer, 182 Frauen der zweiten Kategorie an. Diese erhebliche Abnahme lediglich auf eine grössere Immunität des höheren Lebensalters zurückzuführen, dürfte kaum statthaft, sie wird vielmehr in erster Linie durch den Umstand bedingt sein, dass ein erheblicher Bruchtheil von Kranken, der an seniler Demenz, gepaart mit anderweitigen mehr oder weniger schweren psychischen Anomalien oder somatischen, namentlich cerebralen Störungen leidet, überhaupt nicht in die Irrenanstalten, in denen wieder, je nach ihrem Wirkungskreis die Zahl der Senilen schwanken muss, verbracht, sondern in Hospitälern, Siechen- und Armenhäusern verpflegt wird, oder zu Hause verbleibt. Dafür, dass nun diese 368 Fälle sämmtlich „senile“ im engeren Sinne gewesen, oder über die Höhe des Procentsatzes, in dem letzteren vertreten, fehlt zunächst jeder Anhaltspunkt. Bei einer Berechnung aber, die sich auf 178 von mir selbst in der Klinik beobachtete Fälle bezog, in denen die Psychose nach dem 50. Lebensjahre auftrat, konnte ich unter Berücksichtigung der oben angeführten Merkmale 67 als „senile“ bezeichnen. Zu ihnen gesellen sich 28 analoge Beobachtungen aus der Privatpraxis, im Ganzen also 95 Fälle, welche die Grundlage für die nachstehenden Mittheilungen geboten haben, deren Zweck nicht eine detaillirte Darstellung der senilen Psychosen, sondern lediglich Erörterung einer Reihe von Fragen sein soll, die mir bei dem klinischen Studium dieser Gruppe von Geistesstörungen entgegentraten.

Unter meinen 95 Kranken waren 51 Männer, 44 Frauen, es stellen also annähernd beide Geschlechter das gleich starke Contingent, was insofern bemerkenswerth, als bei einer freilich kleinen Zahl von Frauen auch in dieser Altersperiode noch ein weiterer ätiologischer Factor Einfluss üben kann, das Climacterium. Das Plus von Erkrankungen, das auf dieses Moment zurückzuführen, wird aber mehr als ausgeglichen durch die bei den Männern höhere Quote von Psychosen, die auf dem Boden organischer Hirnaffectionen erwachsen,

die ihrerseits wiederum zum weitaus grössten Theile als Consequenzen des atheromatösen Processes aufzufassen sind, der beim männlichen Geschlechte ungleich häufiger als bei den Frauen\*). Eine weniger bedeutungsvolle Rolle als in den übrigen Lebensperioden spielt für die senilen Psychosen die Heredität; offenbar in Folge des Umstandes, dass stark Disponirte unter Mitwirkung zahlreicher und wirksamer occasioneller Schädlichkeiten, wie sie das Leben mit sich bringt, erkranken, bevor sie das höhere Alter erreichen. Nur bei 20 pCt. meiner Fälle fand ich Erblichkeit, die wiederum auffällig häufig sich in der Weise kund gab, dass in der unmittelbaren oder höheren Ascendenz oder Nebenlinien, organische Hirnerkrankungen, namentlich Apoplexien, Herdaffectationen in vorgerückten Jahren zu verzeichnen waren. Darnach dürfte der durch Vererbung übertragene Schwächezustand eher dem Circulationsapparat, als dem Centralnervensystem angehaftet haben. Ausserdem besitze ich die Stammbäume von vier Familien, in denen senile Mitglieder mehrerer Generationsstufen, durch Suicidium zu Grunde gingen, für dessen Erklärung mehrfach auch dieselben auxiliären Momente namhaft gemacht wurden. Als weiterer ätiologischer Factor verdient Erwähnung: Aufgabe langgewohnter körperlicher oder geistiger Thätigkeit, Entfernung aus vertrauten, lieb gewonnenen Verhältnissen. Allzulange freiwillige oder erzwungene Musse pflegt ja auch auf die Stimmung des körperlich und geistig Rüstigen eher deprimirend zu wirken, dass bei Senilen, die dem bisherigen Wirkungskreise entzogen, die Verstimmung oft einen pathologischen Charakter annimmt, wird um so verständlicher, als sich bei ihnen vom Moment der Ruhe an nicht selten eine thatsächliche Abnahme der intellectuellen Potenz bemerkbar macht, die der Umgebung, aber auch dem Träger nicht entgeht und noch mehr deprimirend auf die Stimmung desselben wirken muss. Dagegen scheint mir oft von Laien überschätzt zu werden der ätiologische Werth trüber Lebensschicksale und -Erfahrungen, die durch dieselben gesetzte Reaction bleibt thatsächlich bei Senilen eher hinter dem gewohnten Mass zurück, die durch das Unglück gezogenen Spuren werden auffallend schnell verwischt. Führe ich endlich noch körperliche Erkrankungen, unter denen wiederum die Affectationen des

---

\*) Nach Wille stellt sich das Verhältniss der Männer zu den Frauen wie 10,1 : 6, vielleicht ist auch hierbei die Qualität der Aufnahme und des Krankenmaterials überhaupt von Einfluss gewesen. Von allen Aufgenommenen waren nach Wille 8 pCt. als „senile“ zu betrachten, während Schüle den Procentsatz auf 6,5 berechnet.

Circulationsapparates und verminderte Functionsfähigkeit einzelner Sinnesorgane eine wichtige Rolle spielen, und Siechthum an, gedenke ich der nicht all zu seltenen Fälle, wo erst in spätem Lebensalter Potus beginnt, dessen Wirkung auf das weniger widerstandsfähige Gehirn von besonderer Stärke, so würde ich die ätiologischen Factoren genannt haben, die dem Seelenleben seniler Individuen erfahrungsgemäss häufig verhängnissvoll werden.

Was nun die Formen der Geistesstörung anbetrifft, denen wir im Senium vorzugsweise begegnen, so möchte ich drei Gruppen unterscheiden, einfache functionelle Psychosen, durch mehr oder weniger senile Züge modificirt, zweitens dieselben Formen, gepaart mit intellectuellen Defectzuständen und drittens Psychosen mit somatischen, besonders cerebralen Symptomen combinirt.

In der Qualität der vorhin aufgeführten ätiologischen Factoren ist vielleicht der Grund zu suchen, dass in der ersten Gruppe weitaus prävalirt die Melancholie; deren Bild wiederum bei den Senilen selten ein reines, sondern fast regelmässig mit hypochondrischen Symptomen complicirtes ist, die sogar zeitweise überwiegen können. Practisch von ganz besonderer Wichtigkeit erscheint die Melancholia simplex, deren Symptome, wie schon Wille mit Recht betont hat, seitens der Umgebung ebenso oft übersehen, wie bezüglich ihrer Gefährlichkeit unterschätzt werden. Der depressive Affect erscheint bei senilen Melancholikern einmal weniger tief und nachhaltig, wechselnd in der Intensität als bei Individuen, die zur Zeit körperlicher und geistiger Reife in gleicher Weise erkranken. Sodann ist der Uebergang aus noch normaler, depressiver Stimmungslage zu pathologischer verschwommener, der Affect gelangt auch weniger zum Ausdruck, er tritt uns mehr unter dem Bilde schmerzlicher Apathie, bei zunehmender Gleichgültigkeit gegen die Vorgänge in der Umgebung und misstrauischem Abwehren jedes Liebesdienstes entgegen. Stunden ja Tage lang erscheint der Kranke dann wieder zugänglicher, mittheilsamer, ja vorübergehend heiterer, von Neuem die Umgebung zur Sorglosigkeit verleitend. Gerade diese Neigung zu Remissionen, selbst zu scheinbar reinen Intervallen, habe ich im Initialstadium, aber auch auf der Höhe der senilen Melancholie oft beobachtet, eine Eigenthümlichkeit des Verlaufes, die bei derselben Form im rüstigen Lebensalter kaum zu verzeichnen. — Die depressiven Vorstellungen pflegen gleich gering an Zahl wie an Mannigfaltigkeit des Inhaltes zu sein, Befürchtungen wegen zukünftiger Gestaltung des körperlichen Befindens, oder der materiellen Lage kehren fast regelmässig wieder. Zu den hypochondrischen Klagen geben mit Vorliebe den ersten Anstoss reale

somatische Störungen, wie sie das Alter mit sich bringt, Trägheit der Verdauung, Beeinträchtigung der Harnsecretion, verminderte Schärfe der Sinnesorgane, auch hier pflegt sich der Uebergang von der normalen zur pathologischen Perception und Beurtheilung ungewöhnlich schleichend auszubilden.

Am deutlichsten macht sich aber die senile Modification bei den Anomalien bemerkbar, welche die motorische Sphäre des Seelenlebens erleidet. Unvermittelt nebeneinander stehen völlige Energielosigkeit, Willensschwäche, die auch bei den einfachsten Verrichtungen Beihülfe nöthig macht, und brüske Entschlüsse, raptusartige Gewaltthatigkeiten, gegen die eigene Person oder die Aussenwelt gerichtet. Unbedeutende Vorkommnisse, ein Streit mit der Umgebung, das Versagen eines Wunsches, vermehrtes körperliches Unbehagen oder Schmerzen lösen Suicidiumversuche aus, bei deren Ausführung es weder an Energie, noch Planmässigkeit mangelt. Während aber bei der typischen Melancholie mit derartigen Explosionen fast regelmässig eine Verstärkung, eine lebhaftere Aeusserung des depressiven Affectes einhergeht, ich erinnere nur an die Angstzustände, können bei Senilen diese Warnungssignale gänzlich fehlen. Ich kann mich der von Wille ausgesprochenen Ansicht durchaus anschliessen, dass mancher scheinbar völlig isolirt dastehende und unerklärliche Selbstmord, der von senilen Individuen begangen wird, lediglich die Consequenz einer melancholischen Verstimmung ist, die sich in Folge des eigenthümlichen larvirten Verlaufes der Erkenntniss der Umgebung noch leichter entzieht, als dies bei der typischen Melancholie der Fall. Ein ähnliches unmittelbares Umsetzen von Impuls in Handlung finden wir höchstens bei puerilen oder hereditär ganz besonders schwer disponirten Individuen. Richten sich — wie nicht selten — die Gewaltacte gegen todte Objecte, Mobiliar, Werthgegenstände etc., so sind die Kranken nachträglich oft nicht einmal im Stande, ein einigermaßen stichhaltiges Motiv für ihre Handlungsweise anzugeben. Die Gefahren, die diese scheinbar so leichten psychischen Störungen bergen, machen die Behandlung und Verpflegung seniler Melancholiker, sei es in oder ausserhalb der Anstalten, zu einer viel schwierigeren und verantwortungsvolleren Aufgabe, als von Aerzten und Laien heute oft genug angenommen wird.

Um noch ein Wort über die somatischen Erscheinungen hinzuzufügen, so ist es leicht begreiflich, dass die Schlaflosigkeit ganz besonders hartnäckig zu sein pflegt, ist doch innerhalb der physiologischen Breite das Schlafbedürfniss bei vielen Senilen erheblich reducirt. Die verminderte Appetenz oder gar Nahrungsverweigerung ist

bei senilen Melancholikern bald bedingt durch das Misstrauen, das gegen die Umgebung gehegt wird, andere Male durch die Furcht, übermässige Kosten zu verursachen, oder sie ist lediglich auf Neigung zur Mäkelei und Opposition zurückzuführen, die sich auch bei anderen Anforderungen des täglichen Lebens gelegentlich fühlbar macht. Dass die Abneigung gegen Speise und Trank keineswegs immer besonders ernst, geht aus dem Umstande hervor, dass gerade senile Nahrungsverweigerer sich gern an heimlich verschafften culinarischen Genüssen schadlos halten.

Noch schwierigere Objecte für die Verpflegung und Behandlung sind sodann senile Individuen, die an *Melancholia agitata* erkrankt sind. In häuslichen Verhältnissen — seien dieselben auch noch so günstig — werden diese Kranken nur verbleiben können, so lange sich die Krankheiterscheinungen in mässigen Grenzen halten. Die Monotonie der Wahnideen, des gesammten Raisonnements, die unaufhörliche, schliesslich rein mechanische Aeusserung derselben, der excessive Bewegungsdrang, dessen Stärke keineswegs von der Intensität des Affectes bestimmt wird, stellen an die Geduld und Ausdauer der Umgebung die weitgehendsten Anforderungen. Noch mehr als bei der *Melancholia simplex* geben die materiellen Verhältnisse den unerschöpflichen, eintönigen Stoff für das Klagen und Lamentiren ab, aus der krankhaft übertriebenen Sorge um Hab und Gut, um der Familie und noch mehr die eigene Existenz erwächst der bekannte krankhafte Geiz, der zur grössten Vernachlässigung des Körpers, der ganzen Umgebung, zur Nichtbefriedigung jedes Lebensbedürfnisses führt, während andererseits crasser Egoismus, immer wachsendes Misstrauen gegen die gesammte Aussenwelt, das wiederum am stärksten sich gegen die früher Vertrautesten richtet, völlige Isolirung und Unnahbarkeit der Kranken zur Folge hat. Zwecklose Vielgeschäftigkeit, ständige Ruhelosigkeit bei Tag und Nacht, dabei sinnloser Widerstand gegen alle wohlgemeinten, zweckmässigen Einwirkungen von anderer Seite, pflegen die milderer Aeusserungen des krankhaften Bewegungsdranges zu sein, während sich derselbe bei höherem Grade der Erkrankung in Malträtirungen und Verletzungen des eigenen Körpers, in rücksichtslosem Zerstören alles erreichbaren Materials Luft macht. Noch mehr als bei der typischen *Melancholia agitata* zeichnet sich bei Senilen der Bewegungsdrang durch ununterbrochene Fortdauer bei Tag und Nacht aus, und geradezu überraschen muss oft die Ausdauer und Widerstandsfähigkeit derartiger decrepider, schwierig zu ernährender und bekleidender, dabei unaufhörlich unruhiger seniler Individuen sein. Suicidiumversuche sind auch hier

weder in früheren noch späteren Stadien mit Sicherheit auszuschliessen, immerhin möchte ich — namentlich wenn die Krankheit erst Wochen gedauert — die Gefahr derselben weniger hoch anschlagen als bei der *Melancholia simplex*; dagegen besteht fast regelmässig Abstinenz, auf die es zusammen mit dem Bewegungsdrang nach meinen Erfahrungen am meisten zurückzuführen ist, dass sich die Prognose für die zweite Form der Melancholie auch quoad vitam besonders ungünstig stellt, schlaffe oder Schluckpneumonien, zu denen Senile hervorragend zu incliniren scheinen, Herzschwäche raffen einen nicht unbeträchtlichen Theil der Kranken dahin.

Der Frequenz und Bedeutung nach nimmt im Senium eine weit-aus geringere Stelle die *Melancholia stupida* ein, und Abweichungen von der typischen Form kommen hier kaum in Betracht.

Dagegen tritt von functionellen Psychosen im Senium nicht selten die Manie auf, eigenthümlicher Weise befand sich unter meinem Material kein einziger Fall, bei dem die Symptome der maniakalischen Erregung ausschliesslich vorhanden, regelmässig waren mit ihnen intellectuelle Defectzustände verbunden, in Folge deren einmal das Quantum der producirtten Vorstellungen vermindert, die Ideenflucht weniger copiös erschien, welche andererseits aber das Auftreten unmoralischer oder strafbarer Impulse, in denen sich bei senilen Maniakalischen der gesteigerte Bewegungsdrang häufig kund giebt, begünstigten und der Art und Weise, wie sie schrankenlos, unbekümmert um die Folgen, zu befriedigen gesucht wurden, ein charakteristisches Gepräge verliehen. Dies gilt namentlich für die Consequenzen der erhöhten sexuellen Erregbarkeit, für die Vergehen gegen das Eigenthum, die manche Senil-maniakalische mit dem Strafgesetz in Conflict bringen, dies gilt aber auch für die Verschleuderung von Hab und Gut, für die unsinnigen Projecte und Unternehmungen, welche die Entmündigung der Kranken so oft wünschenswerth erscheinen lassen. In mehr als einem Zuge erinnert die senile Manie an die Modificationen, welche die puerile Periode derselben Form zu geben pflegt. Der Nachweis, ob und in welchem Grade intellectuelle Schwäche neben den anderweitigen psychischen Symptomen vorhanden ist, gelingt übrigens bei der Manie immerhin leichter als bei den zuerst geschilderten Formen, ist bereits beträchtliche Demenz vorhanden, so pflegen die Abweichungen von der typischen Symptomatologie, wie ich sie vorhin namhaft machte, ganz besonders stark hervorzutreten.

Zu den keineswegs seltenen psychischen Störungen im Senium gehören die Sinnestäuschungen, und zwar prävaliren auch hier die Täuschungen im Gehörssinn, deren Entstehung wiederum oft genug

durch pathologische Vorgänge im Gehörgange — namentlich bei Herabsetzung der Gehörschärfe — begünstigt wird. Grade bei senilen Individuen kann man häufig eine Wahrnehmung machen, auf die ich schon früher als bei Schwerhörigen vorkommend, hinwies, dass anfangs Monate, Jahre hindurch subjective und als solche erkannte Geräusche vorhanden sind, die sich ganz allmählig in Sinnestäuschungen umwandeln, dass andererseits aus dem Verhören und Missverstehen derartiger Kranken zunächst Irrthümer entstehen, die später zu Wahnideen verarbeitet werden. Unter Mitwirkung dieser Factoren, durch das Misstrauen, das so vielen Senilen eigen, begünstigt, entwickeln sich typische Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, fast nie kommt es meiner Erfahrung nach aber zum weiteren Ausbau der Wahnideen, zur Umgestaltung des Bewusstseinsinhaltes in ihrem Sinne, kurz zur Bildung einer typischen, hallucinatorischen Verrücktheit. Wesentlich bedingt mag das Ausbleiben der Systematisirung des Wahnes durch den Umstand sein, dass bei Senilen sich die Associationsvorgänge überhaupt weniger flüssig und umfangreich abspielen. Auffallend ist mir ferner der geringe Grad von Erregung gewesen, die bei chronischer Entwicklung durch die Hallucinationen und Wahnideen bei den Kranken erzeugt wird, die meisten derselben beschwerten sich wohl, und schimpfen über die ständigen Quälereien; bald gewöhnen sie sich aber daran und zu heftigeren Reactionen gegen die Umgebung, zu Gewaltthätigkeiten kommt es nicht.

Wesentlich anders gestaltet sich der Effect der Hallucinationen bei einer Form, die praktisch ungemein wichtig bisher nicht beachtet worden zu sein scheint, einer Form, die gewissermassen den Uebergang bildet zu den Psychosen, die mit somatischen vor Allem cerebralen Symptomen einhergehen. Von 11 einschlägigen Fällen, über die ich verfüge, betrafen acht Männer, drei Frauen, deren Lebensalter zwischen 58 und 71 Jahren schwankte. Das Ueberwiegen des männlichen Geschlechtes dürfte durch den Umstand bedingt sein, dass einmal in diesen Fällen der atheromatöse Process eine besonders hervorragende ätiologische Rolle spielt, dass ausserdem in der Anamnese fast ständig die Angabe wiederkehrt, dass der Kranke ein äusserst anstrengendes an Arbeit, Aufregungen, aber auch an mancherlei Excessen reiches Leben hinter sich habe. Schon ein Theil der Prodromalerscheinungen wird auf die Anomalien im Circulationsapparat zurückzuführen sein, so Kopfschmerzen, Kopfdruck, leichte Schwindelzustände, Neigung zu profuser Transpiration, dazu gesellen sich Verdauungsstörungen, namentlich hartnäckige Obstipation, Icterus, Schlaflosigkeit, von psychischer Seite weinerliche Stimmung,

erhöhte Reizbarkeit, Insufficienzen des Gedächtnisses. Der eigentliche Beginn der Erkrankung gestaltet sich regelmässig in acutester Weise und zwar setzte bei meinen Kranken entweder direct ein heftiger Erregungszustand ein, oder demselben ging ein Anfall von Bewusstlosigkeit voraus. Diesen acuten Beginn der Erkrankung, das schnelle Anwachsen der Symptome, die in Stunden höchstens Tagen sich entwickelnde völlige Verworrenheit und Desorientirung der Kranken halte ich für charakteristisch; keiner anderen Form des senilen Irreseins ist ein gleicher Verlauf eigen. Dass der Erregungszustand durch Sinnestäuschungen bedingt ist, kann nach den Aeusserungen, nach dem Benehmen der Kranken nicht zweifelhaft sein, dabei scheinen vor Allem zahlreiche Illusionen das völlige Verkennen der umgebenden Verhältnisse und Personen zu bewirken. Selbst auf die einfachsten Fragen bezüglich Zeit und Raum werden — sind die Kranken überhaupt zu fixiren — die ungereimtesten Antworten gegeben. Die Stimmung ist zwar Schwankungen unterworfen, vorwiegend aber doch deprimirt, ängstlich. Der Bewegungsdrang ist gesteigert, neben geordneten zweckmässigen Bewegungen, Verlassen des Bettes, Fluchtversuchen aus Thür oder Fenster, Gewaltthätigkeiten, kommen ganz eigenthümliche motorische Acte vor, der Kranke wälzt sich herum, nimmt barocke Stellungen ein, hämmert mit der Hand oder den Kopf sinnlos gegen die Wand etc. Dabei ist die Nahrungsaufnahme vermindert, stockt auch ganz, zum Theil wohl in Folge des ängstlichen Misstrauens, das der Kranke der ihm gänzlich verändert erscheinenden Umgebung gegenüber empfindet. Entspricht dieses Initialstadium in seinen Hauptzügen jener Form, die man neuerdings als hallucinatorische Verworrenheit zu bezeichnen pflegt\*), nur der motorische Drang ist bei Senilen immerhin viel weniger stark als in der typischen Form, so finden sich doch ausserdem Erscheinungen, die diesem senilen Symptomencomplex ausschliesslich zuzukommen scheinen. Zunächst macht sich eine erhebliche Verstärkung der Störungen im Bereich des Circulationsapparates, deren ich schon vorhin Erwähnung

---

\*) Das für diese Form aufgestellte Krankheitsbild deckt sich ebenso wie die Modificationen des Verlaufes durchaus mit der von mir vor Jahren gegebenen Schilderung gewisser im Puerperium auftretender Fälle, die ich aus Rücksicht auf das dominirende Symptom als „hallucinatorisches Irresein“ der Wöchnerinnen von der Manie abgrenzte. Davon, dass das Puerperium nicht der ausschliessliche Boden ist, auf dem diese Form entsteht, habe ich mich gleich Meynert, Mayser, Wille u. A. seit langem überzeugt.

that, bemerkbar, der Puls ist beschleunigt, klein, unregelmässig, oft von verschiedener Qualität beiderseits, der erste Herzton unrein, Gesicht und Extremitäten zeigen vorübergehend leichte cyanotische Verfärbung. In 5 meiner Fälle bestand während der ersten Krankheits-tage Fieber bis 38,6 und höher ansteigend. Fast immer sind gastrische Störungen erheblicherer Art vorhanden, Zungenbelag, Verstopfung, gelegentlich auch leichter Icterus. Die Reflexerregbarkeit, namentlich die Patellarreflexe erscheinen erhöht. Aber auch cerebrale Symptome können nachweisbar sein, Pupillendifferenz, leichte einseitige Facialis- und Extremitätenparese, aphasische und paraphasische Zustände, unmittelbar vor Beginn der Erregung klagten die Patienten über heftigen Kopfschmerz. Zwei Mal habe ich Ohnmachten während dieses Initialstadiums auftreten sehen, nach denen die erwähnten cerebralen Symptome besonders ausgeprägt waren. Im Uebrigen sind letztere flüchtiger Natur, sie schwinden oft in kurzer Zeit vollkommen.\*) Dieser ganze soeben geschilderte somatische Symptomencomplex gab in mehreren meiner Fälle Anlass zu der irrigen Annahme, dass es sich um den Beginn einer Meningitis handele. Die Dauer der Initialperiode ist eine sehr verschiedene, in der Mehrzahl der Fälle besteht das Krankheitsbild Wochen ja Monate fort, allerdings mit beträchtlichen Schwankungen der Intensität, namentlich des Bewegungsdranges. Immerhin hielt sich dasselbe in Grenzen, welche bei einigermaßen günstigen äusseren Verhältnissen, namentlich Vorhandensein von Pflegepersonal, Verbleiben in der Familie möglich machte. Ein Theil der Kranken wird dann ganz allmählig klar, die Illusionen und Hallucinationen schwinden, die Beurtheilung der Umgebung wird nach und nach correcter, bei anderen folgt auf das Initialstadium eine Wochen oder Monate dauernde Periode, in der bei Nachlass der motorischen Erregung der Kranke verworren, desorientirt, dabei apathisch erscheint, vor sich hindämmert, auch jetzt werden noch die einfachsten Fragen nach Zeit und Raum, nach persönlichen Verhältnissen absolut falsch beantwortet, der Kranke glaubt in ganz anderer Umgebung zu sein, ist von krankhaften Vorstellungen völlig occupirt. Mehrfach begegnete ich angesichts dieses Symptomencomplexes der Auffassung, dass sich bei den Kranken schon ein intellectueller Schwächezustand, Altersblödsinn entwickelt habe, dass demgemäss die Prognose ungünstig zu stellen sei. Die Heilungschancen dieser Form sind nun

---

\*) Als Ursachen derselben sind sicher nicht Apoplexien, sondern transitorische Circulationsstörungen anzusehen.

aber thatsächlich auch bei Senilen keineswegs besonders ungünstige, ich halte sie für vortheilhafter als bei der *Melancholia agitata*, ja als bei der Mehrzahl der Fälle von *Melancholia simplex*. Selbst nach Monate langem Fortbestehen des zweiten Stadium muss eine Wendung zur Besserung noch als möglich erachtet werden. Von meinen 11 Fällen genasen 6, 1 wurde erheblich klarer und ruhiger, 2 blieben ungeheilt, 2 endlich gingen zu Grunde und zwar beide an Pneumonie. Während bei den Genesenen das Gedächtniss für die Zeit der Erkrankung rechr mangelhaft war, erwies sich die Intelligenz im Uebrigen intact, drei meiner Kranken konnten ihrem Geschäfte und Berufe wieder vorstehen, Reisen machen etc. Bei einem Kranken trat im Anschluss an einen operativen Eingriff, Herniotomie, ein kurzes Recidiv auf, wiederum durch Sinnestäuschungen, Verworrenheit, grössere Unruhe, wechselnd mit apathischen Zuständen, gekennzeichnet, mit zunehmender somatischer Kräftigung verschwanden die Symptome aber bald wieder und es wurde, trotzdem der Patient im 69. Lebensjahr stand, noch völlige Genesung erzielt. Nicht uninteressant erscheint mir, dass bei 2 von der Psychose genesenen Patienten und zwar nach je 1 und  $3\frac{1}{2}$  Jahren typische Schlaganfälle sich einstellten, die wohl von schweren somatischen, aber nicht von psychischen Störungen gefolgt waren. Diese Thatsache, nicht minder das Auftreten von Ohnmachten vor oder während der Psychose, von flüchtigen Lähmungserscheinungen, dürften die Annahme stützen, dass bei der besprochenen Form die durch atheromatöse Veränderungen gesetzten Circulationsstörungen im Gehirn und damit die veränderte Ernährung desselben eine wichtige Rolle spielen. In demselben Sinne möchte ich bestimmte therapeutische Resultate deuten. Bei der Behandlung habe ich ausgedehnten Gebrauch von der *Digitalis* gemacht und zwar entweder rein in nicht zu kleinen Dosen, etwa 0,03, mehrere Male des Tages gegeben, oder im Verein mit *Opium purum* in gleicher Stärke. Fast regelmässig wurde die Herzaaction nicht nur langsamer, sondern auch kräftiger und gleichmässiger und Hand in Hand damit ging ein allmäliger Nachlass der psychischen Erscheinungen. Im weiteren Verlaufe wurde dann die *Digitalis*dose reducirt, die des *Opium* in langsamer Steigerung erhöht. Die meist schon vorhandene Obstipation wird bei dieser Medication keineswegs immer vermehrt, selbst hochgradig Senile vertragen dabei das Mittel vorzüglich, der Ernährungszustand bessert sich allmällig. Von zweifellosem Nutzen schienen mir ferner bei der Behandlung *Spirituosen* zu sein, die ich in möglichst concentrirter Form — am meisten verwandte ich *Cognac* — in kleinen Einzel-

dosen wiederholt des Tages verabreichen liess. Von Schlafmitteln wurde ausser dem Opium Paraldehyd erprobt, während ich von Chloral mit Rücksicht auf die Beschaffenheit des Circulationsapparates Abstand nehmen zu sollen glaubte, wenn irgend möglich suchte ich aber den Gebrauch weiterer Narcotica ausser dem Opium zu vermeiden.

Wende ich mich nun zu den Geistesstörungen, die in Folge palpbabler anatomischer Veränderungen des Gehirns bei Senilen auftreten, so wird zunächst die Frage zu erörtern sein, kommt die progressive Paralyse noch im Senium zur Beobachtung. Nach meinen Erfahrungen muss ich dieselbe schon nach dem 50. Lebensjahre als recht selten bezeichnen, ihr Vorkommen nach dem 60. Lebensjahre aber überhaupt bezweifeln. Freilich begegnen wir ja häufig Fällen, die durch Demenz, Störungen im Bereich der Pupillen, des Facialis, durch gelegentliche Behinderung der Articulation, durch Hemiparesen, zu welchen Symptomen sich dann Erregungszustände mit oder ohne Grössenideen oder auch andere Male Depression gesellen, an das Krankheitsbild der Paralyse erinnern, trotzdem glaube ich nicht, dass sie mit derselben identificirt werden dürfen. Ich will an dieser Stelle nicht erörtern, dass die Qualität des intellectuellen Defectes, seine Entwicklung von den bei der Paralyse beobachteten abweicht, ich lasse ausser Betracht die Differenzen in der Sprachstörung, nur auf einen Punkt möchte ich die Aufmerksamkeit lenken. Je sorgfältiger bei der progressiven Paralyse die klinische Beobachtung, je regelmässiger und genauer die mikroskopische Untersuchung des Centralnervensystems speciell des Rückenmarkes im gehärteten Zustand vorgenommen worden ist, je mehr ist die Zahl der Fälle zusammengeschnitten, in denen ausschliesslich ein cerebraler Process vorlag, ich zweifle sogar immer mehr, ob überhaupt — wenn nicht intercurrente Zufälle ganz besonders früh das lethale Ende herbeiführen — Fälle von Paralyse vorkommen, in denen das Rückenmark intact ist, sei es in den Hintersträngen, in den Seitenbahnen oder in beiden gleichzeitig. Bei den im hohen Lebensalter auftretenden Fällen nun, die symptomatologisch in manchem Punkt mit dem Bild der progressiven Paralyse übereinstimmen, habe ich diese Vereinigung von cerebralen und spinalen Symptomen klinisch nicht angetroffen, die bei derartigen Individuen erhobenen mikroskopischen Befunde ergeben viel mehr diffuse Zunahme des Bindegewebes, wie sie ja im Senium im geringeren Grade oft besteht, als localisirte oder Systemerkrankungen. Da das Fehlen der Tangentialfasern nach den neueren

Untersuchungen gelegentlich auch bei senilen Demenzzuständen, die mit einzelnen paretischen Symptomen einhergehen und der Paralyse ähnlich sind, zu constatiren, da diese Veränderung für die Differentialdiagnose also nicht als ausschlaggebend zu betrachten ist, so sollte dem erwähnten Moment sorgfältige Beachtung geschenkt und festzustellen versucht werden, ob die in Rede stehenden senilen Erkrankungen regelmässig mit spinalen Erkrankungen verbunden sind. Das mir zu Gebote stehende Material reicht leider nicht aus, die weitere Frage mit einuiger Sicherheit zu beantworten, ob sich die Gesamttrophie des Hirns, wie wir sie im Senium oft genug treffen, sich durch zuverlässige Merkmale, z. B. Localisation, namentlich stärkere Betheiligung des Vorherhirn sicher von der bei der progressiven Paralyse zu beobachtenden unterscheiden lässt; ob ebenso Verdickung des Ependyms vorhanden ist.

Als „Dementia senilis“ bezeichnet man klinisch in erster Linie Fälle, bei denen die allmählig fortschreitende Abnahme der Intelligenz das vorwiegendste Symptom ist, und zwar pflegen bekanntlich zunächst die Daten der Vergessenheit anheimzufallen, die der nächsten Vergangenheit angehören, erst nach und nach dehnt sich der Defect auch auf weiter zurückliegende Zeiten und Verhältnisse aus. Wenig widerstandsfähig erweisen sich meiner Erfahrung nach bei Senilen die ethischen Vostellungen, so dass man bei gewissen Fällen wohl berechtigt ist, von einer acquirirten Moral insanity der Greise zu sprechen. Werden sich wie nicht selten die Senilen der Abnahme der Intelligenz bewusst, so können sich neben erhöhter Reizbarkeit und Morosität Depressionszustände entwickeln, die etwa denen gleichen, die sich gelegentlich an den Verlust der Sinnesorgane knüpfen und noch nicht als pathologisch zu bezeichnen sind. Im Ganzen sind aber Fälle, in denen ausschliesslich intellectueller Verfall mit leichter Verstimmung vorhanden, selten, häufiger verbinden sich mit dem Hauptsymptom anderweitige schwere psychische Anomalien, und zwar melancholische oder manische Zustände, andauernd bestehend oder unregelmässig mit einander wechselnd. Der senilen Demenz werden aber auch Fälle zugerechnet, bei denen ausser den psychischen Symptomen Anomalien im Bereich der Motilität und Sensibilität vorhanden sind. Die letzteren allein werden neben dem Verlauf Anhaltspunkte dafür geben können, ob anatomisch eine einfache Atrophie des Gehirns, oder ob Erweichungsherde, Blutungen, hämorrhagische Pachymeningitis vorhanden sind; andere Male wird eine genaue anatomische Diagnose überhaupt unmöglich sein.

Nachdem ich einen Ueberblick über die Aetiologie, die Formen der Seelenstörung gegeben, die bei Senilen vorwiegend zur Beobachtung kommen, nachdem ich auf die Eigenthümlichkeiten hingewiesen habe, die ich als charakteristisch für diese Gruppe ansehen zu dürfen glaube, lasse ich zur weiteren Illustration einige statistische Facta, die sich bei meinem Krankenmaterial ergaben, folgen. Ich hebe dabei hervor, dass ja das Material des einzelnen Beobachters durch äussere Verhältnisse z. B. Art des Wirkungskreises erheblich beeinflusst werden muss, dass demgemäss bald die eine, bald die andere Erkrankungsform häufiger zu verzeichnen sein wird. Sodann können Zweifel darüber entstehen, ob man Fälle, in denen neben der Dementia melancholische oder manische Zustände vorhanden sind, der Melancholie und Manie, oder ob man sie der „Dementia senilis“ zurechnen soll. Letztere Bezeichnung habe ich nur gewählt in den Fällen, in denen der intellectuelle Defect das zweifellos vorwiegende Symptom war. Unter Berücksichtigung dieser Momente vertheilten sich meine Kranken auf die einzelnen Formen in folgender Weise:

Melancholia simplex . . . . .	33
Melancholia agitata . . . . .	18
Melancholia stupida . . . . .	3
Manie . . . . .	9
Verworrenheit . . . . .	11
Verrücktheit in mehr oder weniger abortiver Form . . . . .	7
Dementia senilis . . . . .	5
Demenzustände auf der Basis orga- nischer Hirnveränderungen . . .	9

Von den an Mel. simplex Erkrankten genasen 11, 7 wurden erheblich gebessert, 3 starben, und zwar 2 an Pneumonie, 1 an Marasmus. Die Zahl der Genesungen betrug bei der Melancholia agitata 5, 2 wurden gebessert, 4 starben, 3 an Pneumonie, 1 an Erschöpfung. Die drei Fälle von Melancholia stupida blieben ungeheilt, zeigten Monate hindurch keinerlei Veränderung. Von den 9 Maniakalischen waren 3 als von ihrer Erregung geheilt, 2 als gebessert zu bezeichnen, der von Beginn an bestehende geringe intellectuelle Schwächezustand dauerte fort. Nachlass der Hallucinationen, Aufgabe der Verfolgungsideen bei Krankheitseinsicht wurde bei 3 Verrückten erreicht, alle drei litten aber an subjectiven Ohrgeräuschen weiter, ebenso an vereinzeltten Sinnestäuschungen, ohne dass durch diese

Anomalien das psychische Verhalten weiter gefährdet worden wäre. Die an organischen Hirnkrankheiten Leidenden konnte ich nur zum Theil bis zum lethalen Ausgang verfolgen, bei einem fanden sich apoplectische Herde, bei zwei umfangreiche hämorrhagische Pacchymeningitis.

Ueber den Verlauf der Verworrenheit habe ich mich schon früher geäußert.

Jedenfalls sprechen die gegebenen statistischen Daten nicht zu Gunsten der bisweilen aufgestellten Behauptung, dass die Prognose der im Senium auftretenden Psychosen eine hervorragend ungünstige selbst bei Hochbejahrten ist Genesung von functionellen Störungen möglich.

---