

schwarzen Ring enthaltend, welcher die Wandungen des Axencylinders als Röhre angibt (Fig. 1 a).

Die eigentliche Wandung der Primitivnervenröhre erhält nur bei grösserer Austrocknung des Präparates mehr Deutlichkeit, ebenso tritt dann auch die viereckige Form der Röhren mehr hervor (Fig. 3).

Das Myelin wird beobachtet, bald als gleichartige Masse mit mehr oder weniger deutlich hervortretenden Querstreifen (Fig. 1 u. 2 b'), bald als mehr oder weniger körnige Masse, welche dann den Axencyylinder maskirt. Der Inhalt des letzteren erhält in einigen Fällen auch ein körniges Ansehen (Fig. 2 d).

Die verschiedene Grösse des Wasserverlustes im Präparat erzeugt verschiedene Formen der Axencylinder, abhängig vom Zusammenfallen ihrer Wandungen (Fig. 1 u. 2 a, Fig. 3 a' u. a''). Die Höhlung der Axencylinder in feuchteren und gut conservirten Elementarnervenröhren hat auf den Abbildungen eine weisse Farbe, ähnlich wie Myelin (Fig. 1 a).

Bei vollständiger Austrocknung des Präparates erhält der Axencyylinder im Querschnitt eine punktartige Zeichnung (Fig. 3 a''). Nicht selten behalten die Axencylinder auch nach vollständiger Trocknung ihre runde Form, umgeben von einer dünnen Scheide (Fig. 3 a').

Fig. 4 u. 5 zeigen Längsschnitte der Elementarnervenröhren von Katzen. a Axencyylinder. c Schwann'sche Scheide und Myelin. Am rechten Ende zeigt der Axencyylinder querdurchschnitten eine Höhlung (a'''); nicht weit vom Ende des Axencylinders in Fig. 4 a''' sieht man eine Querfalte in der Wandung des gebogenen Axencylinders.

XIII.

Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie.

Von Dr. Ewald Hecker in Görlitz.

Es gibt wohl keine medicinische Specialwissenschaft, die im Allgemeinen den practischen Aerzten ferner steht als die Psychiatrie. Von Vielen wird dieselbe fast gar nicht als zur medicinischen Wissenschaft gehörig angesehen und mit einer gewissen vornehmen Geringschätzung als pure philosophische Speculation betrachtet. Wie ungerecht ein solches Urtheil ist, wird freilich Jeder einsehen, der tiefer in unsere Wissenschaft eingedrungen und mit den Fortschritten, welche die Psychiatrie gerade in den letzten Decennien gemacht hat, näher vertraut geworden ist. Er wird erkennen, dass

das Streben, welches die Psychiater unserer Zeit beseelt, ein durchaus rationelles ist, und von demselben ernstwissenschaftlichen Eifer getragen wird, dem die schönsten Errungenschaften auf dem Gebiete der somatischen Pathologie ihre Entstehung verdanken. — Jahrhunderte lang gleich den übrigen pathologischen Disciplinen von dem in der That gerechten Vorwurf belastet, sich in unerquicklichen philosophischen Spitzfindigkeiten zu verlieren, hat die Psychiatrie nun aber in den letzten Jahrzehnten auf dem Felde der Wissenschaft mit empirischer Methode entschieden Stellung genommen und wenn wir bedenken, wie verhältnissmässig klein die Zahl der Aerzte ist, welche die Psychiatrie zu ihrem Specialstudium erwählt haben und zur Förderung derselben beitragen konnten, so wird man es im Gegentheil bewundern müssen, wie schnell sich dieser Zweig der medicinischen Wissenschaft, dessen Bearbeitung sich unendlich viel grössere Schwierigkeiten entgegenstellen, als der irgend einer anderen Disciplin, zu einer verhältnissmässig grossen Blüthe entwickelt hat. Man wird es um so eher verzeihlich finden, dass die Psychiatrie noch nicht in allen Punkten mit der somatischen Pathologie auf gleicher Stufe steht, zumal es hauptsächlich ihre formale Entwicklung ist, die noch zurückgeblieben. Gerade aus diesem Umstände ist aber die falsche Beurtheilung herzuleiten, welcher die Psychiatrie von Seiten der nur äusserlich von ihr Kenntniss Nehmenden unterliegt. Das mit emsigem Eifer erworbene Gold der Erfahrung ist nur zum kleinsten Theile in gangbare Münze geprägt; eine grosse Summe von Einzelerfahrungen entbehren noch der Form in der sie allgemein zugänglich und allgemein verständlich sind.

Es spricht sich dieser Uebelstand besonders in der jedem Psychiater zur Genüge bekannten Thatsache aus, dass die zur Bezeichnung der psychischen Krankheiten allgemein gültigen Namen: Melancholie, Manie, Verrücktheit, Verwirrsein und Blödsinn ganz ungeeignet und unzureichend sind, weil diese Namen nicht eigentliche Krankheitsformen, sondern nur temporäre Zustandsformen bezeichnen. Sie würden, auf die somatische Medicin übertragen, etwa einer Eintheilung der Krankheiten in Kopfschmerz, Brustschmerz und Bauchschmerz etc. entsprechen. Die Melancholie ist ebenso wie der Kopfschmerz ein Symptom, das bei den verschiedensten Krankheitsformen auftreten kann, das bald eine

grössere, bald eine geringere Bedeutung hat, das bald für sich bestehen, bald mit Brustschmerz, Bauchschmerz (resp. Manie, Verücktheit) wechseln, oder in diese Symptome übergehen kann. Ebenso wie eine Einzwängung der somatopathologischen Symptomengruppen in diese Eintheilung (nach den verschiedenen Schmerzen) nothgedrungen zu grosser Verwirrung oder mindestens Weitschweifigkeit und Unbeholfenheit führen müsste, und danach eine bestimmte allgemeine Angabe über Prognose und Behandlung ganz unmöglich wäre, ebenso macht sich dieser Uebelstand auch in der Psychiatrie bei der allgemein gebräuchlichen Eintheilung der psychischen Störungen geltend.

Wir besitzen in der Psychiatrie (mit Ausnahme einer einzigen Form, der sogenannten „progressiven Paralyse der Irren“, über die ich weiter unten noch sprechen werde) keine Krankheitsformen. Jeder einzelne Fall, wenn er mit Mühe und Noth unter eine der genannten Gruppen: Melancholie, Manie etc. oft ganz zufällig und willkürlich rubriert worden ist, muss von dem Psychiater, der sich selbstverständlich mit dieser Rubricirung nicht begnügen wird, zur Feststellung der Prognose und Behandlung nach seiner Individualität jedesmal gewissermaassen von vorne anfangend geprüft werden, wobei zur sicheren Beurtheilung eine unendlich grosse Summe von Einzelerfahrungen erforderlich ist, da das, was ein Anderer in einem solchen Falle beobachtet und erfahren hat, nicht in der gehörigen Form zusammengefasst ist, um als bequemer Ausgangspunkt für Beurtheilung des Einzelfalles zu dienen. Freilich haben wir ja auch in der somatischen Pathologie trotz der vorhandenen Krankheitsbilder jeden einzelnen Fall in seiner Individualität zu prüfen; wir haben aber dabei einen viel engeren Kreis von Thatsachen jedesmal in Rechnung zu ziehen, da eine allgemeine Feststellung der Prognose und Behandlung des Falles uns schon durch die Diagnose an die Hand gegeben ist. Wir werden bei der Beurtheilung des Kopfschmerzes, wenn wir ihn als eine Theilerscheinung des Typhus erkannt haben, von vornherein auf einem anderen Boden stehen, als bei der Beurtheilung eines Kopfschmerzes, bei dem wir die Diagnose auf Stirnhöhlenkatarrh gestellt haben.

In der Psychiatrie ist durch den Mangel einer so geordneten Gruppierung der Erfahrungen die Beurtheilung eines Einzelfalles unendlich erschwert und nur nach langjähriger sorgfältiger Beob-

achtung gelangt der Einzelne zu einiger Sicherheit in derselben. Natürlich ist dem practischen Arzte, der zu solchen Beobachtungen und eingehenden Studien weder Zeit noch Gelegenheit hat, dadurch das tiefere Eindringen in die Psychiatrie fast unmöglich und wenn er andererseits fälschlich glaubt, die ganze Psychiatrie beruhe auf Stellung der Diagnosen Melancholie, Manie etc. (wozu es kaum ärztlicher Kenntnisse bedürfte), so muss es ihm allerdings scheinen, als seien wir in unserer Wissenschaft noch unendlich viel weiter zurück, als es in der That der Fall ist.

Was uns in der Psychiatrie fehlt, ist freilich noch viel: nehmlich die Aufstellung bestimmt umgrenzter Krankheitsformen, die auf pathologisch-anatomischer Basis ruhend uns einen Einblick in den Zusammenhang von Ursache und Wirkung gestatten. Daraus kann uns aber von Seiten der Somato-Pathologen unmöglich ein Vorwurf gemacht werden, da dieselben ja ebenfalls in einer grossen Zahl von empirisch aufgestellten Krankheitsbildern (Cholera, Typhus, Morbus Basedowii etc.) den engeren Zusammenhang zwischen dem Primum movens und den klinischen Symptomen nicht nachweisen können.

Doch es fehlt der Psychiatrie noch mehr: es fehlt ihr (mit Ausnahme einer Form) wie schon gesagt, überhaupt auch an der Aufstellung empirischer klinischer Krankheitsformen. — Natürlich hat diese Thatsache ihre besonderen Gründe, welche aufzusuchen und zu besprechen wohl von allgemeinem Interesse sein dürfte.

Es tritt uns hierbei zunächst eine Ansicht entgegen, die besonders von Neumann (Pöpelwitz) in seinem geistreichen Lehrbuch der Psychiatrie vertreten wird und auch sonst wohl einige Anhänger gefunden hat. Neumann wirft nehmlich überhaupt die ganze Classification der Geisteskrankheiten über Bord mit der Behauptung: „Es gibt nur eine Art der Seelenstörung. Wir nennen sie das Irresein. — Das Irresein hat nicht verschiedene Formen, wohl aber verschiedene Stadien; sie heissen: der Wahnsinn, die Verwirrtheit und der Blödsinn.“

Es ist unverkennbar, dass mit dieser Behauptung, falls sie sich wirklich aufrecht erhalten liesse, aller Zwiespalt beseitigt wäre. Doch wenn wir die Fälle des psychiatrischen Materials betrachten, so kommen wir bald zu der Ueberzeugung, dass doch ein Theil der Seelenstörungen sich jenem Schema anpassen lässt, dass aber

auch ferner dieser Theil wiederum eine solche Fülle verschiedener Krankheitsbilder bietet, dass wir unmöglich alle über einen Leisten schlagen können. Und Neumann selbst hat sogar seiner obigen aus S. 167 seines Lehrbuchs citirten Behauptung dadurch wider-sprochen, dass er (S. 129) die allgemeine Paralyse der Irren als eine besondere Krankheitsform aufstellt mit den Worten: „Ich habe bis jetzt den geschilderten Seelenzustand nie ohne geschilderte Lähmung gesehen und umgekehrt und halte mich daher für berechtigt, in diesem Complexe eine beständige Krankheitsform zu erblicken, diese nenne ich die Paralyse.“ — Wir finden also auch bei dieser Auffassung die Schwierigkeiten nicht beseitigt und die meisten Psychiater geben es wohl zu, dass verschiedene Formen von Seelen-störung existiren. „Aber, sagen sie, wir sind nicht eher im Stande, dieselben aufzustellen, als wir nicht ihre pathologisch-anatomische Grundlage kennen. Der gegenwärtige Zustand unserer Nomenclatur und Eintheilung ist ein unhaltbarer und provisorischer, das wissen wir recht gut, aber so lange uns die pathologisch-anatomische Grundlage fehlt, könnten wir nichts Anderes, als nur wieder ein Provisorium schaffen und davon sehen wir keinen Vortheil.“

Ich bin weit entfernt es zu bestreiten, dass eine vollständig richtige und endgültige Aufstellung von Krankheitsformen nur auf pathologisch-anatomischen Thatsachen fußen kann. Wir wissen aber, dass die feinere Anatomie und Physiologie des Gehirns noch sehr weit im Argen liegt und dass die pathologische Anatomie der Psychosen uns bis jetzt unendlich wenig sichere Thatsachen an die Hand gegeben hat. Wir werden noch lange Zeit Material aufhäufen müssen, ehe eine Klärung und Scheidung desselben mög-lich ist. Aber diese Zeit wird nach meiner Ueberzeugung um so wei-ter hinausgeschoben, je länger wir fortfahren uns jener alten No-menclatur und Eintheilung des psychiatrischen Materials zu be-dienen. — Es ist kein Wunder, wenn wir bei „Manie“ bald diese, bald jene, im Ganzen tausend verschiedene Veränderungen im Gehirn finden. Würde es uns anders gehen, wenn wir dem pa-thologisch-anatomischen Substrat für „Bauchschmerzen“ nachspüren wollten?

Der Gang, den die somatische Pathologie genommen hat, gibt uns auch für die Psychiatrie den richtigen Weg an: Lange ehe man mit dem Sectionsmesser in der Hand die Veränderungen der

Organe nachweisen konnte, hatte man nach empirischer, klinischer Beobachtung bestimmte Krankheitsformen aufgestellt. Man kannte das klinische Bild des Typhus, des Scharlach, der Cholera früher als ihre pathologisch-anatomischen Substrate, die jetzt noch zum Theil unbekannt sind. Man hat sich nicht gescheut, selbst auf die Gefahr hin, später eine Trennung und weitere Scheidung vornehmen zu müssen, die Krankheitsformen nach empirischer Beobachtung aufzustellen und zu benennen, und Niemand wird beispielsweise der Pathologie deshalb einen Vorwurf machen, dass sie dereinst die Lungenschwindsucht als Krankheitseinheit statuirte, weil jetzt die pathologische Anatomie uns dieselbe in zwei Bilder (Tuberkulose und kästige Pneumonie) scheiden gelehrt hat. — Warum also wollen wir in der Psychiatrie warten, bis wir eine pathologisch-anatomische Grundlage gefunden haben, und nicht vielmehr auf Grundlage einer sorgfältigen eingehenden klinischen Beobachtung Krankheitsformen aufstellen und benennen? Wir gelangen zur Aufstellung solcher Formen freilich nur schrittweise; aus den ganz allgemeinen grossen Symptomencomplexen sondern sich immer engere, begrenztere, dafür aber desto sicherer umschriebene Gebiete ab, die sich als besondere Formen präsentiren. Es ist die unterste Stufe der empirischen Beobachtung, wo sich unser Hauptaugenmerk nur auf ein besonders auffälliges Symptom richtet, wo wir beispielsweise den Husten als ein wesentlich scheinendes Symptom herausgreifen und danach eine Gruppe von Krankheiten statuirten und benennen. Eine genauere, auch andere Erscheinungen, sowie den ganzen Verlauf in Rechnung ziehende Beobachtung lehrt bald, dass in dieser Gruppe die verschiedensten Krankheitsformen ganz zufällig zusammengeworfen sind, dass bei derselben Krankheit der Husten bald fehlen, bald vorhanden sein kann, ohne dass darauf ein besonderer Werth zu legen sei; es ergibt sich, dass er während des ganzen Verlaufs der Krankheit vielleicht nur in einem gewissen Stadium auftritt. Kurz, die Pathologie macht einen kräftigen Schritt weiter, indem sie in Berücksichtigung des ganzen Verlaufes der Erkrankung die klinischen Formen des Lungenkatarrhs, der Lungenentzündung und zunächst auch Lungenschwindsucht aufstellt. — Die Psychiatrie befindet sich in Hinsicht auf ihre noch äusserlich festgehaltene Eintheilung in Melancholie, Manie etc. noch scheinbar in dem Stadium wo der „Husten“ als eine besondere Krankheit aufgeführt wird,

ohne dass wirklich der einzelne Psychiater sich mit dieser Diagnose begnügte. Ihrem Systeme nach nimmt aber die Psychiatrie noch diesen Standpunkt ein und wir müssen von ihr verlangen, dass sie jene tiefere Stufe auch äusserlich verlässt und einen Schritt vorwärts thut. Wir müssen statt die beobachteten Fälle gewaltsam in die Bilder einzelner temporärer, psychischer Zustände hineinzuwängen (was jedem Psychiater schwer genug fällt) wirkliche Krankheitsformen aufstellen und benennen und dazu ist es vor Allem nöthig, dass wir bei der Beobachtung der Kranken den ganzen Verlauf der Affection im Auge behalten. Wir dürfen ferner kein aprioristisches Eintheilungsprincip als Richtschnur nehmen oder nach dem Vorhandensein oder Fehlen eines einzelnen Symptoms verschiedene Formen aufstellen, sondern in unbefangener Beobachtung müssen wir alle Symptome, psychische wie somatische gleichmässig, in Rechnung ziehen und alle sonstigen Momente besonders auch die Aetioologie mitbefragen. Nur auf diese Weise kann die Psychiatrie ihrem Endziele: der Aufstellung von Krankheitsformen auf pathologisch-anatomischer Grundlage näherkommen. Mögen immerhin viele von den durch klinische Beobachtung gefundenen Krankheitsformen späterhin sich weiter zersplittern; wir haben vorläufig damit immer einen kolossalen Fortschritt gemacht und auch praktische Vortheile errungen. Sowie sich in der somatischen Pathologie dadurch, dass aus der allgemeinen Symptomengruppe des Fiebers zunächst die klinischen Bilder des Wechselseiters, des typhösen Fiebers u. s. w. sich abzweigten, die Prognose und Behandlung eine unendlich viel sichtrere wurde, so wird auch die Aufstellung bestimmt umgrenzter und nach den oben ausgesprochenen Prinzipien gefundener psychischer Krankheitsformen unsere Diagnose, Prognose und Therapie ganz ungemein aufklären und der jetzt herrschenden Unsicherheit entreissen.

Den besten Beweis dafür liefert uns jene wirkliche Krankheitsform, die bis jetzt einzig in der Psychiatrie allgemeinen Eingang gefunden hat: die sog. progressive Paralyse der Irren. Diese Form, die sich dadurch als wirkliche klinische Krankheitseinheit dokumentirt, dass sie neben der Vereinigung einer Reihe psychischer Erscheinungen mit bestimmt ausgeprägten somatischen Symptomen einen ganz eigenthümlichen und besonderen Verlauf zeigt, ermöglicht uns eine fast absolut sichere Prognose. Es sind nicht die

einzelnen Symptome des Grössenwahns, oder der Lähmung — sondern die Gruppierung dieser Symptome zu einem klinischen Bilde und der eigenthümliche Verlauf, den jene Störung im Ganzen nimmt, die uns zur Aufstellung dieser Krankheitsform berechtigen. Es ist möglich — und ich glaube es fast — dass eine genauere und eingehendere klinische Betrachtung uns diese bisher als Krankheitseinheit statuirte Form der „progressiven Paralyse“ wieder weiter in verschiedene Formen zerlegen lehrt, wofür auch vielleicht die bisher so geringe Uebereinstimmung der pathologisch-anatomischen Thatsachen sprechen möchte. Ich würde dies Factum als einen lebendigen Fortschritt unserer Wissenschaft freudig begrüssen. Ich weiss freilich, dass manche Stimmen sich gegen eine solche „Zersplitterung“ des Materials (wie sie es nennen) erheben werden. Diesen möchte ich am besten die Autorität Virchow's entgegenhalten, indem ich hier eine Stelle aus seiner auf der Frankfurter Naturforscherversammlung gehaltenen Rede „Ueber die neueren Fortschritte in der Pathologie“ citire. Fast hat es den Anschein, als habe Virchow jene Worte mit besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie gesprochen. Indem er von der Aufstellung empirischer Krankheitsformen (Cholera, Typhus) spricht, bei denen der Nachweis ihrer ätiologischen Einheit noch nicht geführt sei, und diese Aufstellung als eine allerdings provisorische bezeichnet, weist er die Vorwürfe, welche die anderen Zweige der Naturwissenschaft der Pathologie daraus machen könnten, mit folgenden Worten zurück: „Ich glaube im Gegentheil, in jeder anderen Naturwissenschaft gibt es gerade dieselbe Methode, gewisse Dinge zunächst einer empirischen Gruppe zuzuweisen und mit einem Namen zu benennen, während man es der späteren Zeit vorbehält den genauen Grund, die Interpretation dieser empirisch gefundenen Thatsachen zu suchen. Es ist schon ein ausserordentlich grosser, zuweilen ein colossaler Fortschritt, wenn man dahin kommt, diese empirischen Gruppen zu haben und wenn wir gegenwärtig mit jedem Jahre eine gewisse Zahl neuer Gruppen dieser Art aufstellen und wie ich glaube mit vollem Recht, wenn kein einziges Jahr vergeht, wo nicht der Fortschritt der Pathologie sich äusserlich dadurch kund gibt, dass wir sagen können: da ist eine neue Krankheit; wo wir also aus dem grossen Kreise von Thatsachen einzelne ausscheiden und für sich zu einem besonderen Erfahrungskreise zusammenfassen, ich sage,

so lange wir das können, so lange wird man zugestehen müssen, dass wir so gut wie die Anderen geradenwegs auf das Ziel losgehen, dass wir immer mehr und mehr die Fragen stellen, die durch die fortgesetzte Beobachtung unserer und der kommenden Generation gelöst werden sollen.“

Die Psychiatrie ist von diesem Ziele noch viel weiter entfernt, als die somatische Pathologie. Wir sind noch lange nicht im Stande, den Nachweis zu liefern, dass wir mit jedem Jahre eine neue Krankheit gefunden hätten. Es stellt sich im Gegentheil dem Streben danach ein gewisser Widerstand entgegen, indem man sich einerseits zu dem Paradoxon versteigt: es gibt keine verschiedenen Arten von Seelenstörungen und andererseits in passivem Verharren sich mit der alten Nomenclatur begnügt, weil man noch keine pathologisch-anatomischen Formen geben kann. Diesen Widerstand als einen ungerechtfertigten und sogar der Entwicklung der Wissenschaft schädlichen darzustellen, war der Zweck der vorstehenden Zeilen, welche zugleich die Aufstellung klinischer Krankheitsformen als das nächste Ziel unserer Bestrebungen bezeichnen möchten. Es gibt wohl kaum einen Psychiater, der diese Forderung nicht als ein pium desiderium schon lebhaft empfunden hätte; dass dieselbe aber auch keine unerfüllbare ist, das beweist der schon im Jahre 1863 von Kahlbaum (in seiner Schrift: „die Gruppierung der psychischen Krankheiten etc.“ Entwurf einer empirisch-wissenschaftlichen Grundlage der Psychiatrie als klinischer Disciplin) gemachte Versuch, das vorhandene psychopathologische Material zu sammeln und nach den oben ausgeführten Grundsätzen in klinische Krankheitsformen zu gruppieren. Die in dieser Schrift nur kurz gezeichneten klinischen Krankheitsbilder hat Kahlbaum in seinen an der Universität Königsberg gehaltenen Vorlesungen weiter ausgeführt und ich muss es dankbar anerkennen, dass er mir einen Theil dieses gesichteten Materials zur Bearbeitung und Veröffentlichung überlassen hat. Es wird sich dasselbe in einer Reihe von klinischen Aufsätzen dieser Arbeit anschliessen, die gewissermaassen als Einleitung dazu dienen soll.

Es scheint mir aber zum Schlusse, besonders im Interesse der Herren Nichtspecialcollegen noch nothwendig, um die Differenzirung des alten von dem neu erstrebten Standpunkte genau zu charakterisiren, eine kurze Uebersicht über das psychiatrische Material mit

Anlehnung an die alte Eintheilung desselben folgen zu lassen. Beginnen wir mit der Melancholie.

Der Begriff der Melancholie ist von den verschiedenen Autoren zum Theil in ganz verschiedenem Sinne aufgefasst und nicht leicht zu umschreiben¹⁾. Im Allgemeinen soll das Grundleiden „in dem krankhaften Herrschen eines peinlichen, depressiven, negativen Affectes, in einem psychisch schmerzhaften Zustande“ bestehen (Griesinger). Es ist allen Psychiatern bekannt, dass eine solche depressive Stimmung bei den allerverschiedensten, ja, man kann fast sagen, bei allen psychischen Störungen auftreten kann und es liegt daher der Vergleich derselben mit dem Fieber nahe, welches ebenso die mannigfältigsten somatischen Krankheitsformen begleitet. Unzweifelhaft ist das Fieber ein sehr wichtiges und beachtenswerthes Symptom und es gelingt sogar zuweilen aus der Besonderheit seines Auftretens einen ziemlich sicheren Schluss auf das Wesen der vorliegenden Störung zu machen. Dabei ist es aber weniger das momentane Erscheinungsbild des Fiebers, das uns diesen Schluss ermöglicht, als vielmehr der Verlauf desselben, sein wechselndes Steigen und Fallen und sein Sich-Ablösen mit fieberfreien Zeiten. — Ganz ähnlich verhält es sich auch mit der Melancholie. Dieselbe kann als Anfangs- sowie als End-Stadium, als intercurrentes Symptom sowohl, wie schliesslich als das entschieden auffälligste und andauernde Anzeichen der gestörten psychischen Functionen bei den verschiedensten Krankheitsformen auftreten und es ist weniger der besondere Charakter des melancholischen Deliriums, der uns ein richtiges Bild der vorhandenen Störung gibt, als vielmehr die Art und Weise, sowie die Zeit und der Wechsel seines Auftretens, in Verbindung mit den übrigen psychischen und somatischen Symptomen.

Die allgemeine progressive Paralyse, die wir als Krankheitsform schon erwähnten, zeigt sehr häufig ein melancholisches Element, das unzweifelhaft von Bedeutung ist, uns aber doch, wenn wir es allein betrachten, über den eigentlichen Krankheitsprozess vollständig im Unklaren lassen muss. Wie wichtig diese Erkenntniss ist, mag uns ein Beispiel zeigen, indem wir zwei dem äusseren Anschein nach ganz ähnliche Bilder von Melancholie einander gegenüber

¹⁾ Nasse definiert z. B. die Melancholie als eine Unfreiheit der Seele vorzüglich im Vorstellungsvermögen und identificirt sie mit dem Wahnsinn. Nasse's Zeitschr. f. psych. Aerzte. 1818. S. 46.

stellen, bei denen offenbar der zu Grunde liegende Krankheitsprozess ein vollständig verschiedener und dem entsprechend in dem einem Fall die Prognose absolut ungünstig, im anderen aber günstig ist.

1. Fall. Der Kranke, Assessor v. G., sitzt mit ängstlicher Miene vor sich hinstarrend und nur ab und zu den Blick scheu erhebend da; nach kurzer Begrüssung bittet er mit weinerlicher Stimme um Entschuldigung, „er habe unverantwortlich gegen uns gehandelt, er habe die ganze Anstalt auf dem Gewissen, er habe schweres Unrecht gethan, Schlüssel verwechselt u. s. w. Er wisse ja, dass ich schon Anordnungen seinetwegen getroffen; ich sei ja auch ganz anders zu ihm als früher — sein Kaffe sei ihm auch viel später gebracht, als sonst. — Am nächsten Tage dasselbe Verhalten: „Von der Eisenbahn her würden allerlei Zeichen gegeben; die Züge führen immer hin und her nur seinetwegen; er sei des Diebstahls beschuldigt, es seien schon zwei Beamte aus der Stadt hier, die ihn verhaften wollten — er höre ja draussen vor der Thür immer sprechen: „er muss fort, er muss fort!“ u. s. w.“

Es ist wohl unzweifelhaft, dass wir ein ausgeprägtes Bild des melancholischen Zustandes vor uns haben, ganz ähnlich dem folgenden, das ebenso wie das erste wörtlich unseren Journalaufzeichnungen entnommen ist.

2. Fall. Die Kranke (Frau K.) sitzt mit schmerzlich verzogenem Gesicht (starke Nasofrontalfalten) unbeweglich da, antwortet nicht auf den Gruss. Erst nach längerem Zureden erzählt sie mit leiser klagender Stimme: „Sie sei von der ewigen Seligkeit ausgeschlossen, sie habe einmal aus einem Laden ein Paar Handschuhe mitgenommen, die ihr nicht gehört hätten, jetzt sei sie beschuldigt auch Geld gestohlen zu haben — draussen würde ja immer davon gesprochen. Sie sei an allem Unglück schuld, sie sei schuld, dass die Damen im Garten ohne Mäntel gingen u. s. w.“

Die Aehnlichkeit des melancholischen Zustandes zwischen diesem eben geschilderten und dem ersten Beispiel ist doch gewiss frappant und doch, wie verschieden sind die Krankheitsformen, denen diese beiden Fälle angehören!

Die Anamnese des 1. Kranken ergibt, dass derselbe vor drei Monaten mit einem Zustand heftiger Aufregung plötzlich erkrankt, verdächtige Zeichen des sog. Grössenwahns (namenlose Seligkeitsempfindung, Kaufsucht u. s. w.) dargeboten, dann in die Anstalt gebracht, hier in heftige Tobsucht versunken ist, wobei die heitere Exaltation sich in maassloser lustiger Ausgelassenheit, Projectenmacherei und collossaler Selbstüberschätzung ausspricht. Er hat die Erscheinung Gottes, hält sich für einen Reformator, für einen von Gott Begnadigten, will Opernsänger werden; zerstört seine Sachen und Alles was ihm in die Hände fällt „um es umzuarbeiten“. Er will aus einem Rock drei Röcke machen, aus $\frac{1}{4}$ Bogen Zeitungs-

papier eine ganze Dachpappe fabriciren. Kurz und gut er ist unerschöpflich in der Production ächter sog. Grössenwahnideen bei sehr erhöhtem Bethätigungstriebe. Die Untersuchung ergibt starke Differenz der Pupillen, die beide abnorm eng erscheinen, fibrilläre Zuckungen und Zittern der gerade ausgestreckten Zunge; bei der Sprache ein eigentümlich schnarrender Ton und ein deutliches Anstossen mit der Zunge und dadurch ein häufiges Verstümmeln einzelner Buchstaben und Sylben; schwankender etwas schleudernder Gang, Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. — Ueber die Diagnose: „allgemeine progressiye Paralyse mit Grössenwahn“ konnte demnach kein Zweifel sein. Dieselbe wird durch das plötzliche Auftreten eines apoplectiformen Anfalls mit starken einseitigen Krämpfen der rechten Körperhälfte bei vollständiger Bewusstlosigkeit, noch mehr gesichert. — Eine Lähmung der ganzen rechten Körperseite, die nach dem Anfall zurückgeblieben war, dauerte nur 3 Tage an; der Kranke erwachte schon nach 24 Stunden allmählich und kam sogar in einen Zustand relativer geistiger Klarheit. Nachdem derselbe etwa 14 Tage angedauert hatte, entwickelte sich der eben geschilderte melancholische Zustand, der mit einigen Intermissionen 2 Monate lang anhielt und durch einen abermaligen apoplectiformen Anfall beendet wurde, auf den nun wieder das alte tohsüchtige Verhalten mit exquisitem Grössenwahnsinn sich einstellte. Nach mannigfachen Schwankungen, einzelnen ziemlich reinen Intermissionen, erfolgte plötzlich (2 Jahre nach Ausbruch der Krankheit) der Tod bei einem erneuten apoplectiformen Anfall.

Einen ganz abweichenden Verlauf zeigt der zweite Fall. Die Kranke sehr anämisch, längere Zeit vor Ausbruch der Krankheit nervös reizbar, durch Aergerisse mancher Art verstimmt, zeigte eine immer mehr zunehmende Traurigkeit bei sichtlicher innerer Unruhe und Angst. Sie entzog sich ganz ihren häuslichen Geschäften, hatte für nichts Interesse, vernachlässigte Mann und Kinder, die sie sonst zärtlich geliebt hatte und sagte nur immer, sie habe Alle unglücklich gemacht. In die Anstalt gebracht, producire sie die eben geschilderten Wahnvorstellungen, die durchweg den Charakter der melancholischen Verstimmung trugen. — Die Untersuchung ergab ausser den deutlichen Anzeichen der Anämie und einer etwas gestörten Verdauung nichts Abnormes. Unter Apwendung von Ferrum, Amaris und zeitweisem Opiumgebrauch bei roborigender Diät verlor sich nach und nach die innere Unruhe, die Kranke äusserte seltener ihre Wahnideen, nahm mehr Theil an ihrer Umgebung, ihr körperliches Aussehen besserte sich und jetzt 8 Monate nach Ausbruch der Krankheit geht sie ihrer Genesung entgegen.

Also trotz des fast gleichen melancholischen Zustandes, welche Differenz im Verlauf und Ausgang und sicherlich auch im eigentlichen Wesen der Krankheit! — Selbstverständlich vermag der Psychiater von Fach diese Fälle sehr wohl zu trennen; aber der Nicht-Specialist wird durch den Namen, den er nach dem zunächst bei seiner Beobachtung hervorragendsten Symptom der Melancholie als Diagnose des Falles aufstellen muss, natürlich ausserordentlich leicht in Verwirrung gebracht. Recht eingehend hat Brosius in einem sehr lesenswerthen Aufsatz „Das melancholische Element im

Irresein“ (Irrenfreund Jahrgang XI. 1869. N. 8 ff.) dies Verhältniss besprochen. Er sagt u. A.: „Hat man also bei einem Individuum, dessen Antecedentien unbekannt sind, einen Fall von Schwermuth vor sich, so lässt sich seine Bedeutung, sein nosologischer Charakter nicht sogleich bestimmen. Es kann eine einfache, primäre für sich verlaufende Melancholie, es kann der Vorläufer der Tobsucht, des paralytischen Irreseins, das Symptom eines sonstigen in Blödsinn endenden Gehirnleidens, es kann eine Melancholie auf imbeciller Basis, eine Theilerscheinung der Hysterie, Epilepsie etc. oder das Element des circulären Irreseins sein.“ — Was also, frage ich, will es sagen, wenn der Arzt in einem vorliegenden Falle die Diagnose auf „Melancholie“ stellt? und unter soleher Diagnose werden uns die meisten Kranken in die Anstalt geschickt.

Nur in einem Falle ist diese Diagnose eine gerechtfertigte und erschöpfende. Brosius spricht in dem eben citirten Satz von der „einfachen, primären, für sich verlaufenden Melancholie“, bei der die trübe Verstimmung des Gemüthes eben als das einzige vorhandene psychische und überhaupt wesentlichste Symptom, das die ganze Dauer der Krankheit ausfüllt, angesehen werden muss. Diese Melancholie *κατ' ἔξογην* (Über deren Diagnose ein späterer Aufsatz reden soll) zeichnet sich vor Allem durch die sehr günstige Prognose aus und geht ferner niemals in andere Formen über, ebensowenig wie ein Typhus je in Masern übergeht, sondern bleibt eben Melancholie bis zum Lebensabschluss oder führt zur Genesung.

Ich halte es bei der allgemeinen Bedeutung, die der Name Melancholie zur Bezeichnung eines Zustandes hat, für durchaus geboten, um den immerwährenden Verwirrungen und Zweifeln zu entgehen, für die „einfache primäre für sich verlaufende“ Melancholie einen besonderen Namen aufzustellen und halte die von Kahlbaum wieder aufgenommene ältere Benennung „Dysthymie“ zur Bezeichnung dieser Krankheitsform für sehr geeignet.

Es gibt Manche die eine solche Namengebung in der Psychiatrie vornehm bespötteln, indem sie offenbar die Bedeutung derselben ganz verkennen. Es genügt wohl darauf hinzuweisen, wie wichtig und bedeutungsvoll für die somatische Pathologie die von Virchow eingeführte neue Benennung der käsigen Entzündungen (zum Unterschiede von der Tuberculose) gewesen ist. Erst die neue Nomenclatur hat jener unsäglichen Verwirrung auf diesem Gebiete ein

Ende gemacht. — In der Psychiatrie ist das Bedürfniss nach einer neuen Namengebung, welche die bisherigen unter dem alten Namen verbleibenden Zustandsformen von den wirklichen klinischen Krankheitsformen zu unterscheiden möglich macht, ein sehr dringendes.

Doch gehen wir nach dieser kurzen Abschweifung zur zweiten Zustandsform, der Manie über. — Bei der Manie ist all' das über die Melancholie Gesagte noch zutreffender. Unter Manie wird ein Zustand anhaltender Aufgeregtheit und Exaltation des Wollens verstanden, „mit dem sich dann auch leicht Erhöhung der Selbstempfindung und des Selbstvertrauens verbindet“; er soll nach zwei Richtungen hin in die Formen Tobsucht und Wahnsinn zerfallen (Griesinger).

Wer auch nur eine kurze Zeit in einer Irrenanstalt gelebt hat, weiss, dass fast jeder Geisteskranke, welcher Krankheitsform er auch angehören mag, gelegentlich tobstüchtig werden kann (die Besprechung der davon ausgenommenen Krankheitsformen gehört nicht hierher). Eine überwiegend grosse Zahl der Tobsüchtigen liefert die allgemeine Paralyse der Irren und die meisten der in den Lehrbüchern zur Manie angeführten Beispiele gehören dieser Krankheitsform an. Ein nicht minder wichtiges Contingent zur Tobsucht oder Manie stellt jene Form der Geisteskrankheiten, die von Neumann als die einzige vorhandene angesehen wird, jene Form, bei der in typischer Auseinanderfolge die Stadien: Melancholie, Manie, Verirrtheit und Blödsinn durchlaufen werden, wenn es nicht früher zur Heilung kommt, was bei der nicht ganz ungünstigen Prognose dieser Form häufig geschieht. Dieselbe ist wegen ihres typischen Verlaufes von Kahlbaum mit dem Namen Vesania typica belegt worden und zeigt in Bezug auf das mehr oder weniger ausgeprägte Vorhandensein der einzelnen Stadien oder den Wechsel zwischen denselben, gewisse Abweichungen, die sich als typica praeceps, simplex und recurrens noch besonders abheben.

Bei einer anderen Form der Geisteskrankheiten, die unter Begleitung eigenthümlicher Spannungsscheinungen im Muskelsystem und gewisser kataleptiformer Zustände verläuft, kommt ebenfalls, wechselnd mit einem mehr oder weniger scharf ausgeprägten melancholischen Stadium (dessen Vorhandensein ohne Berücksichtigung des weiteren Verlaufes zur Aufstellung der Melancho-

lia attonita geführt hat), ein Stadium der Manie vor. Diese von Kahlbaum unter dem Namen Katatonie aufgeführte und auf der Naturforscherversammlung in Innsbruck kurz skizzirte Krankheitsform bietet neben einer nur mässig günstigen Prognose vor allen Dingen durch einen eigenthümlich charakteristischen Verlauf und eine Reihe nosologisch bedeutender Symptome ein bestimmt umgrenztes klinisches Krankheitsbild dar.

Ein sehr gewöhnliches intercurrentes Symptom ist ferner die Manie in der grossen Gruppe der von Kahlbaum mit dem Gesamt-namen „Dysphrenien“ benannten Geisteskrankheiten, bei denen im Anschluss und in Zusammenhang mit extra-psychocerebralen Vorgängen sich ein bestimmter Verlauf und eigenthümlich ausgeprägter Symptomencomplex beobachten lässt. Die Wuthanfälle der Epileptiker, die Mania puerperalis, der Alcoholismus etc. gehören beispielsweise hierher.

Schliesslich beobachten wir das Auftreten intercurrenter Tob-sucht auch bei jenen Krankheitsformen, die im Anschluss an eine Uebergangsperiode der biologischen Entwicklung entstehen, bei den von Kahlbaum benannten Formen der Neophrenie (Idiotie) Hebe-phrenie (einer Krankheitsform, die mit der Entwicklung der Puertät in Zusammenhang steht), bei der Paraphrenia senilis (der spezifischen im Greisenalter in Folge der Involution des Gehirns auftretenden Geistesstörung) und endlich bei der Paraphrenia hypnotica, die im Schlafzustande entsteht. Welche Bedeutung also kann nach dem Gesagten die so oft gestellte Diagnose auf „Manie“ haben?

Nicht viel anders verhält es sich mit der sogenannten „Verrücktheit“, ein Zustand, dessen Definirung noch unsicherer ist, als die der bisher besprochenen Zustandsformen. Die meisten der bei der Manie angeführten Krankheitsformen können ein Stadium der Verrücktheit durchlaufen. Sehr richtig hat aus dieser Gruppe Sander¹⁾ neuerdings eine sogenannte „originäre Verrücktheit“ abgegrenzt, die mit der von Kahlbaum aufgestellten Krankheitsform der „Paranoia“ zusammenfällt. Dass wir auch hier zur Unterscheidung der Krankheitsform von der Zustandsform einen besonderen Namen brauchen, wird nach dem oben Erwähnten einleuchten.

Die Verwirrtheit ist wie die Verrücktheit ein Zwischenstadium

¹⁾ Arch. f. Psych. Bd. I. S. 387 „Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit, von Dr. Wilhelm Sander.“

zwischen Manie und Blödsinn, gehört zu den psychischen Schwächezuständen und wird ebenfalls bei einer grossen Zahl von Krankheiten beobachtet, die schliesslich in den Blödsinn übergehen.

Die Formen Verrücktheit, Verwirrtheit und Blödsinn sind selbst als Zustandsformen bisher am wenigsten beobachtet und meist nur in ganz allgemeinen Umrissen beschrieben worden und doch bieten gerade sie eine reiche Fundgrube für charakteristische Symptome dar, mit deren Hülfe es möglich ist, aus jenen Endstadien heraus noch die Krankheitsform zu diagnosticiren, die zu diesem Stadium geführt hat.

Der angeborene Blödsinn, die Idiotie ist schon lange als besondere Form beschrieben worden; aber auch die Blödsinnszustände nach den verschiedenen psychischen Krankheiten unterscheiden sich von einander. Die Demenz der „Paralyse“ ist eine andere als die der Vesania typica, diese wiederum von der der Hebephrenie durch deutliche Symptome abzugrenzen; ähnlich etwa, wie man aus der Beschaffenheit einer Narbe oft auf die Wunde selbst einen Rückschluss machen und sagen kann, ob eine Schnittwunde oder eine Brandwunde etc. vorgelegen hatte. Den Beweis dieser Behauptung werden die folgenden Aufsätze liefern, welche ebenso wie der vorliegende den Zweck haben, im Sinne der von Kahlbaum gegebenen Gruppierung, den klinischen Standpunkt in der Psychiatrie aufrecht zu erhalten.

XIV.

Ueber die Veränderungen der Piagefässe in Folge von Reizung sensibler Nerven.

Von Dr. Franz Riegel und Dr. Friedrich Jolly,
Assistenten am Juliushospital zu Würzburg.

Im Verlaufe einer grösseren Versuchsreihe fanden wir Veranlassung, die Ansichten über den Einfluss der Reizung sensibler Nerven auf die Pia- und Hirngefässer, wie sie auf Grund der Experimente von Nothnagel¹⁾ sich Geltung verschafft haben, einer erneuten experimentellen Prüfung zu unterziehen.

¹⁾ Die vasomotorischen Nerven der Gehirngefässer von Dr. H. Nothnagel. Dies. Archiv Bd. XL. 1. u. 2. Heft. S. 203.