

IV.

Ueber periodische, circuläre und alternirende Neurasthenie.

(Neurasthenia periodica, circularis et alternans.)

Von

Dr. med. Theodor Dunin,

Primararzt im „Kindlein Jesu-Hospital“ zu Warschau.

Zu den am eingehendsten erforschten Formen in der Psychiatrie gehört das sog. periodische (periodische Melancholie und Manie) wie auch das circuläre und alternirende Irresein (in den letzten treten Manie und Melancholie bei demselben Individuum abwechselnd auf). Weit weniger jedoch bekannt ist, dass auch die Neurasthenie sich in ähnlicher Form äussern kann. Zwar erwähnt Beard und nach ihm alle sich mit Neurasthenie befassenden Autoren, dass auch die Neurastheniker kurz dauernden Perioden von geistiger Erschöpfung unterworfen sind; allein aus diesen Mittheilungen scheint nicht ersichtlich zu sein, dass die Autoren typische Fälle von periodisch wiederkehrender Neurasthenie beobachtet hätten. In den Werken französischer Autoren (Levillain¹⁾, Mathieu²⁾) fehlt jede Andeutung über diese Form. Krafft-Ebing³⁾ äussert sich zwar in der Schilderung der sog. Cerebrasthenie folgendermassen: „Solchen Zuständen von Torpor der psychischen Organes gehen nicht selten erethische Zustände desselben voraus oder wechseln mit jenen ab. In solchen erethischen Episoden zeigen sich grosse gemüthliche Erregbarkeit und Impressionabilität, aber auch solche der Sinnesorgane in Gestalt von Hyperästhesie, ferner subjective Sinnesempfindungen (Acusmen, Phantasmen), Erethismus cerebralis in Gestalt eines höchst peinlichen wirren Denk- und Vorstellungszwanges, der weder Schlaf- noch Ruhe aufkommen lässt, Phobien, Zwangsvorstellungen u. s. w.“

Hierauf beschränkt sich seine ganze Beschreibung.

1) La neurasthenie. 1891.

2) Neurasthenie. 1892.

3) Nervosität und neurasthenische Zustände, bei Nothnagel: Specielle Pathologie und Therapie. Bd. XII. 1895.

In mehr oder weniger ähnlicher Weise äussert sich Binswanger¹⁾ bei der Schilderung der hereditären Neurasthenie, mit dem Unterschiede jedoch, dass er ausschliesslich von Depressionsphasen spricht; der von ihm angegebene Fall kann jedoch nicht für einen typischen Fall von periodisch auftretender Neurasthenie gelten.

Etwas eingehender sind diese Fälle bei Loewenfeld²⁾ behandelt; aus seiner Beschreibung ist ersichtlich, dass er thatsächlich die periodische Neurasthenie beobachtet hat, und überdies hebt er in einer Anmerkung die Aehnlichkeit mit periodischem Irresein hervor, wobei er indessen betont, dass der von ihm mitgetheilte Fall nicht als Wahnsinn zu betrachten sei. Loewenfeld ist der Ansicht, dass ähnliche Fälle einzig und allein bei hereditärer Neurasthenie vorkommen.

Obgleich nun die bei obigen Autoren vorhandenen Andeutungen den Beweis liefern, dass sie die periodische Neurasthenie beobachtet haben, ist doch keinem von ihnen das exquisit spezifische Krankheitsbild aufgefallen. In derartigen Fällen fallen häufig nicht die nervösen Symptome selbst, sondern die Art ihres Auftretens von vornherein auf. Während wir bei den Autoren verschiedenartige Neurasthenieformen erwähnt finden, die mit dem Wesen der Krankheit in directem Widerspruch stehen, z. B. Cerebrasthenie, Myelasthenie oder auch sonderbare Formen, wie Hemineurasthenie, bleibt die periodische und circuläre Neurasthenie unerwähnt.

Eigentlich sind mir nur 3 Arbeiten bekannt, die sich auf die in Rede stehende Frage beziehen. Vor Allem hat Lange aus Kopenhagen schon im Jahre 1886 eine Monographie publicirt³⁾, deren zweite Auflage im Jahre 1895 von Kurella ins Deutsche übersetzt wurde. In dieser Arbeit beschreibt Lange unter dem Namen „periodische Depressionszustände“ eine Art der periodischen Neurasthenie, die sich einzig durch Depression kennzeichnet. Lange giebt eine sehr charakteristische Schilderung der Krankheit, die keinen Zweifel zulässt; diese Form soll so oft in Dänemark vorkommen, dass Lange dieselbe einige hundert Male zu Gesichte bekommen haben will. Ich gehe hier nicht weiter auf Lange's Anschauung ein, dass diese Krankheit ein Folgezustand der Diathesis urica sei, und will nur erwähnen, dass dieselbe ziemlich schwach motivirt ist. Augenblicklich kommt es mir nur darauf an, das klinische Bild dieser Krankheit hervorzuheben.

Ferner hat Sollier⁴⁾ eine vollkommen richtige Beschreibung dieser

1) Die Pathologie u. Therapie der Neurasthenie. 1895.

2) Pathologie u. Therapie der Neurasthenie u. Hysterie. 1893.

3) Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese. 1896.

4) Revue de médecine. 1893. H. 12.

Neurasthenieform geliefert, obwohl er nur eine ihrer Formen, d. h. die circuläre Neurasthenie, berücksichtigt.

Schliesslich ist in vorigem Jahre von Hoche¹⁾ eine kleine Abhandlung unter dem Titel: „Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins“ veröffentlicht worden, in der sämtliche Formen der periodischen Neurasthenie richtig angeführt sind. Allein Hoche zählt die in Rede stehenden Fälle nicht zur Neurasthenie; seiner Ansicht nach sind es einfach die leichtesten, rudimentären Formen des periodischen Irreseins, wozu sie auch mitgerechnet werden müssen. Meiner Ansicht nach ist diese Anschauungsweise nicht die richtige. Die erwähnten Fälle können nicht als Irresein betrachtet werden. Dem Wesen der nervösen Symptome nach unterscheiden sie sich häufig nicht von der Neurasthenie. Wenn Jemand den Kranken nur in einer Phase seiner Krankheit beobachtete, würde es ihm nicht einmal in den Sinn kommen, denselben für geisteskrank zu halten; nur der weitere Verlauf zeigt die Aehnlichkeit dieser Formen mit dem periodischen Irresein näher. Diese Kranken gehen auch meist ihren Berufsgeschäften mehr oder weniger eifrig nach, ohne sie ganz zu unterbrechen, und von einem Unterbringen derselben in Irrenanstalten kann keine Rede sein. Niemals gehen auch diese Formen, wie bereits Lange bemerkt hat, in wirklichen Irrsinn über. Deshalb halte ich auch die von Sollier eingeführte Bezeichnung *Neurasthenia periodica et circularis* für berechtigt.

Uebrigens sagt Hoche selbst, dass es in vielen Fällen schwer zu beurtheilen ist, ob der gegebene Fall auf Neurasthenie, Hysterie oder auch auf Wahnsinn zurückzuführen ist.

In der That ist die Aehnlichkeit mit den entsprechenden Formen des Wahnsinnes und besonders hinsichtlich des Verlaufes eine sehr grosse, aber wir müssen doch sagen, dass zwischen schwerer Neurasthenie und einer Geisteskrankheit keine strenge Grenze existirt. Dies wird von allen Psychiatren zugegeben, und ist neuerdings von Binswanger mit grosser Anschaulichkeit dargelegt worden. Nehmen wir einerseits einen Neurastheniker, der von Depression, Verstimmung, Unlust zu Allem, Furcht, präcordialem Angstgefühl, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit heimgesucht wird, andererseits einen unruhigen Neurastheniker, der nirgends lange Ruhe hat, aufgeregt ist, über beständigen Gedankendrang und darauf folgende Zwangsvorstellungen klagt, so haben wir zwei Krankheitszustände vor uns, die von der Melancholie einer- und der Manie andererseits nur quantitativ differiren. Wenn

1) Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. 1897.

wir nun diesen Zuständen als gesonderte nosologische Formen das Recht nicht absprechen zu figuriren, so sind wir ebenfalls nicht berechtigt die Bezeichnung „periodische Neurasthenie“ abzulehnen. Selbstverständlich ist der subjectiven Anschauung des Arztes Rechnung zu tragen, ob er den gegebenen Fall der Neurasthenie oder schon dem periodischen Irresein anreihet. Meiner Ansicht nach werden wir in Fällen, wo kein strenges Kriterium vorhanden und ein solches auch undenkbar ist, gut thun, die in Rede stehenden allerleichtesten Fälle als Neurasthenie anzusprechen, mit der sie eine gemeinsame Prognose und Therapie haben.

Die Fälle, um welche es sich hier handelt, kommen nicht so selten vor, wie man nach den beiläufigen und ungenauen Andeutungen, die wir in den entsprechenden Werken über Neurasthenie finden, denken könnte. Der Kranke selbst legt indessen nicht immer genügendes Gewicht auf das periodische Auftreten seiner Beschwerden; er klagt im Allgemeinen über Gemüthsbeklemmung, Unfähigkeit zur Arbeit, und man muss erst durch geeignete Fragen das ganz charakteristische Krankheitsbild hervorzurufen wissen. Ein Arzt, der mit der periodischen Form der Neurasthenie nicht vertraut ist, kann einen derartigen Kranken sogar in Beobachtung haben, ohne über das wirkliche Krankheitsbild ins Klare zu kommen. Dieses Bild ist indessen, besonders in gewissen Fällen, so charakteristisch, dass es meiner Ansicht nach vollständig dazu geeignet ist, eine ganz besondere Neurasthenieform zu bilden.

Gleich den entsprechenden Formen des Irreseins kann auch die Neurasthenie eine periodische, circuläre und alternirende sein. Als periodisch ist sie dann aufzufassen, wenn die Depressions- oder Excitationsphase mit Intervallen vollkommener Gesundheit wechselt. Hierbei muss ich bemerken, dass ich periodische, nur durch Excitation gekennzeichnete Neurasthenie, die folglich einer periodischen Manie entsprechen hätte, nie zu Gesichte bekommen habe; in meinen Fällen handelte es sich stets um periodische Depressionsneurasthenie, die somit der periodischen Melancholie entsprach. Nach Hoche's Schilderungen wäre zu schliessen, dass auch die periodische Excitationsform der Neurasthenie vorkommen könne. Wie bereits oben erwähnt, reiht Hoche seine Fälle dem Irresein an; meiner Ansicht nach müssten jedoch mehrere darunter als Neurasthenie figuriren.

Als circuläre Neurasthenie werden wir diejenigen Fälle bezeichnen, in denen die Depressionsphase periodisch auf diejenige der Excitation folgt; diese Neurasthenieform entspricht dem sog. circulären Irresein (folie circulaire). Man kann ferner von einer alternirenden Neurasthenie sprechen, wie die französischen Autoren ein alternirendes Irresein (folie alternante) unterscheiden, in dem die Phasen der Depression und Ex-

citation durch ein kurzdauerndes vollkommen lucides Intervall getrennt sind.

Die periodische Neurasthenie unterscheidet sich von den entsprechenden Formen des Irreseins ausser anderen Merkmalen noch durch die Dauer der einzelnen Phasen. Es giebt Fälle, in denen die einzelnen Phasen einige Wochen oder sogar einige Monate dauern, häufig aber dauert die Depressions- und die Excitationsperiode kaum wenige Stunden, so dass der ganze Cyclus binnen 1—2 Tagen verläuft. In dem periodischen Irresein sind die Phasen niemals von so kurzer Dauer; sie bestehen nie weniger als 10 Tage lang.

Ferner ist ein specielles Gewicht darauf zu legen, dass die Depressionsformen einander nicht immer ähnlich sind. Mauchmal können sie eine gewisse Aehnlichkeit mit der Melancholie haben; mitunter aber ist nichts Gemeinsames mit dieser vorhanden. Der Kranke ist nur apathisch, somnolent, arbeitsunfähig, wird jedoch weder von Furcht noch von Zwangsvorstellungen heimgesucht. Folglich ist als Merkmal dieser Neurasthenieform weniger die Qualität der nervösen Symptome zu betrachten als das cyclische Auftreten der einzelnen Phasen.

Von den Fällen periodischer Neurasthenie, die ich in den letzten Jahren beobachtet habe, führe ich hier einige an, über die mir etwas genauere Daten vorliegen.

Ich beginne mit der periodischen Depressionsneurasthenie.

I. Fräulein N. N., 37 Jahre alt. Vater (ebenfalls mein Patient) gestorben an Tuberculose, Mutter an Carcinom; ein Bruder der Pat. ist irrsinnig. Die übrigen Geschwister gesund; ein Stiefbruder soll jedoch nervös und ein Sonderling sein. Die Pat. hat keine organischen Leiden durchgemacht. Seit 15 Jahren kommen bei ihr Phasen vor, in denen sie sich nicht wohl fühlt. Ihr Kopf ist dann eingenommen — das Denken gehemmt, es ist ihr schwer eine Rechnung zu machen, das Selbstvertrauen ist herabgesetzt, sie hat die Ueberzeugung Alles schlecht gemacht zu haben. Am meisten klagt die Kranke über Eingenommensein des Kopfes, wie auch darüber, dass sie in den Augen und im Gesichte ein Gefühl von Starrheit habe, und dass es ihr scheine, als ob das ganze Gesicht mit einer Maske bedeckt wäre, oder als ob das Gesicht, die Augen und die Nase nicht ihr angehörten. Ein präcordiales unangenehmes Angstgefühl quält sie beständig. Während der ganzen Zeit schläft die Kranke fast gar nicht: eine oder zwei Stunden in der Nacht. Ferner ist Obstipation zu verzeichnen und vollkommene Appetitlosigkeit. Die Kranke magert sichtbar ab; an Kopfschmerzen leidet sie zu jener Zeit gar nicht; sie würde sogar irgend einen Schmerz vorziehen, der sie aus diesem Zustande der Stumpfheit herausrisse.

In diesem Zustande geht die Kranke ihren Beschäftigungen nach, zwingt sich sogar zum Lesen, ohne daran ein Interesse zu finden und ohne davon viel zu verstehen; besucht Gesellschaften, aber mit grosser Ueberwindung. Die Bewegung im Freien erfrischt sie etwas. Dieser Zustand dauert etwa 2—3 Monate, dann mitunter ganz plötzlich erwacht die Kranke nach einer

guten Nachtruhe in ganz anderer Stimmung. Es scheint ihr, als ob sie aus einem langen Schlaf erwacht wäre: sie ist heiter, interessirt sich für Alles, geht ihrer Arbeit nach, aber ohne Erregung. In erster Zeit schläft sie gern und viel, als ob sie sich dadurch für die schlaflosen Nächte der früheren Phase entschädigen wollte. Das Ermüdungsgefühl, die Schmerzen im Kreuz und in den Beinen, die sie in der Depressionsphase quälten (wahrscheinlich in Folge von Schlaflosigkeit) verschwinden; die Kranke fühlt sich wohl, der Appetit ist gut; nur die Obstipation besteht immer noch, und von Zeit zu Zeit kommen Kopfschmerzen, die in der früheren Phase fehlten. Der Uebergang von der Depressionsphase zu der Periode vollkommenen Wohlseins ist nicht immer so brüsk, wie oben erwähnt; mitunter tritt die Besserung allmählich, während einiger Tage, ein. Die Periode des Wohlseins dauert ebenfalls einige Monate. Die Verschlimmerung erfolgt ziemlich rasch, doch nicht so plötzlich wie die Besserung. Die Pat. bringt jede Verschlimmerung mit irgend einer körperlichen Anstrengung oder einer Gemüthsbewegung in Zusammenhang. Die Untersuchung zeigt keine objectiven Symptome.

Die Kranke hat nie eine systematische Cur durchgemacht. Alles, was sie jedoch bis jetzt angewandt hat, ist auf den Krankheitsverlauf ohne Erfolg geblieben.

Noch einige ähnliche Fälle habe ich beobachten können; einer darunter kennzeichnete sich dadurch, dass die Depressionsphase in erster Linie durch die sog. folie du doute charakterisirt wurde. Die Kranke klagte weniger über Depression, trübe Gedanken als über Unentschlossenheit: sie wusste nicht, ob sie aufstehen solle oder nicht, was für einen Hut sie aufsetzen oder welches Kleid sie anziehen solle, ob sie ausgehen solle oder nicht, was sie überhaupt thun soll, mit einem Wort — sie war beständig in Zweifel hinsichtlich jeder ihrer Handlungen. Dieser Zustand machte sie so befangen und ängstlich, dass sie allein, ohne Begleitung ihres Mannes oder einer anderen Person, keinen Schritt machen wollte, denn sobald sie auf der Strasse war, wusste sie nicht, wohin sie sich wenden sollte. Eine hypnotische Behandlung war in diesem Falle von grossem Erfolg.

In einem vor Kurzem beobachteten Falle charakterisirte sich die Depressionsphase nur durch Schwerfälligkeit, Leistungsunfähigkeit, Kreuzschmerzen und Gefühl von Athemnoth. Der Kranke lag den ganzen Tag und schlief am liebsten, hatte weder Kopfschmerzen noch Angstgefühle.

Die zwei folgenden Fälle bilden einen Uebergang von der periodischen zur circulären Neurasthenie, die Excitationsphase ist hier nämlich so undeutlich ausgesprochen, dass es überhaupt schwer festzustellen ist, ob sie vorhanden ist oder nicht.

II. N. N., 55 Jahre, verheirathet, kinderlos; Kaufmannsgattin. Der Vater lebt, ist höchst nervös, gelähmt; Mutter an Tuberculose gestorben. Schwester nervös, Brüder sind in der Kindheit gestorben.

In der Jugend will die Kranke längere Zeit hindurch an Darmkatarrh(?)

und Magendilatation(?) gelitten haben. Bereits von Kindheit an hatte sie Tage des Wohlbefindens und Tage des Unwohlseins. Dieser Zustand wurde von den Aerzten als Intermittens angesehen und Chinin verordnet. Ihr sich immer mehr verschlimmernder Gesundheitszustand veranlasste die Kranke bei mir Hilfe zu suchen. Die Kranke schildert ihren Zustand folgendermassen: Kaum aufgewacht, fühle sie sich nicht wohl; gleich des Morgens habe sie einige dünne Stühle, den ganzen Tag fühle sie sich arbeitsunfähig, aufgetrieben, traurig, sei von Angstgefühl und Herzklopfen heimgesucht; irgend ein Gedankenbild aus der Kindheit, woran sie nie denke, bemächtige sich ihrer, so dass sie es nicht mehr los werden könne. Mitunter habe sie Kopfschmerzen, doch nicht beständig. Die Kranke arbeitet zu jener Zeit, aber ungerne und ist froh, sich der Arbeit entziehen zu können. Das Rechnen wird ihr besonders schwer, auch ist es ihr schwer irgend einen Entschluss zu fassen; in Allem ist sie unentschlossen. Am liebsten wäre sie den ganzen Tag spazieren gegangen.

Dieser Zustand dauert gewöhnlich bis zum Abend. Abends fühlt sich die Kranke schon besser. Sie schläft gut und erwacht am nächsten Morgen vollkommen wohl; ist munter, thätig, vielleicht etwas excitirt, sieht Alles in den hellsten Farben, arbeitet zu viel. Was diesen letzten Umstand betrifft, so weiss jedoch die Kranke nicht genau anzugeben, ob die übermässige Arbeitsleistung eine Folge der Erregung ist, oder darin ihren Grund hat, dass sie sich bewusst ist, den nächsten Tag arbeitsunfähig zu sein. Das dauert wiederum meistens einen Tag, worauf eine schlechte Nacht mit gestörtem Schlaf folgt, und früh Morgens erwacht die Kranke wieder niedergedrückt. Selten geschieht es, dass die einzelnen Phasen länger als einen Tag dauern. Die Krankheit versetzt die Pat. in die höchste Verzweiflung; sie kann nie einen Plan machen, eine Reise vornehmen, und sagt, dass sie sogar einen beständigen Depressionszustand diesen fortwährenden Wechselstimmungen vorziehen würde.

Die objective Untersuchung weist nichts Besonderes nach.

Diese Kranke habe ich nur einmal gesehen und kann somit nichts Näheres über ihr weiteres Schicksal berichten.

III. N. N., ein 35 Jahre alter Ingenieur. Der Vater lebt, ist alt und leidet an Diabetes mellitus; die Mutter ist in Folge von Sarcoma uteri gestorben; eine Tante ist sehr jähzornig, sie ist im Stande mit verschiedenen Gegenständen nach Anderen zu werfen. Ausgesprochene Nervenkrankheiten sind jedoch in der Familie nicht vorhanden.

Der Kranke selbst ist geistig sehr begabt und sagt, er habe schon in der Kindheit gewisse Symptome des Zweifelwahnsinns (folie du doute) aufgewiesen, was er als Mangel von Selbstvertrauen bezeichnet. Uebrigens war er gesund, nur habe er stets eine Schwere in den Beinen gefühlt. Vor 8 Jahren litt er an Syphilis und applicirte sich in Folge dessen 90 Einreibungen.

Vor etwa 4 Jahren war der Kranke beim Eisenbahnbau thätig, wo er sehr viel geistig und körperlich gearbeitet hat. Schon damals beobachtete der Kranke einen gewissen Grad von Apathie an sich, was im Laufe der Zeit immer deutlicher hervortrat. Gegenwärtig äussert sich die Krankheit folgendermassen: Des Morgens erwacht der Kranke in apathischem Zustande, es ist ihm schwer aufzustehen und nach dem Aufstehen kann er sich mit keiner, besonders geistigen, Arbeit beschäftigen. Am liebsten setzt er sich auf einem Stuhl, legt die Füsse auf einen anderen und bleibt so Stunden

lang sitzen, ganz gedankenlos, „als ob er gar nicht da wäre“. Er möchte dann den ganzen Tag schlafen, obwohl er sich dessen mit grossem Willensaufwand erwehrt. Die Schwere in den Beinen steigert sich und es tritt ein Schmerz in den Waden hinzu. Eine Unterhaltung ist sehr beschwerlich für ihn; ungeachtet der Apathie ist der Appetit sehr gut. Dieser Zustand erreicht sein Maximum gegen 8—10 Uhr Abends; der Kranke ist dann einfach schläfrig. Plötzlich gegen 11 Uhr ändert sich der Zustand beinahe binnen wenigen Minuten: der Kranke wird heiter, excitirt, möchte beständig gehen, arbeitet, kann sogar sehr viel leisten, holt seine ganze Berufsarbeit ein, entwirft neue Pläne und Projecte. Die Nacht verbringt er sehr gut, doch erwacht er des Morgens wieder apathisch. Ist der Kranke auf der Eisenbahnlinie beschäftigt oder unternimmt er eine kurze Reise, dann lässt sich keine Spur von der Apathie bemerken, er ist im Gegentheil durchweg leicht excitirt. Im Sommer fühlt sich der Kranke stets besser als im Winter. Er behauptet, dass gleich den im Laufe des Tages stattfindenden Wechselphasen der Besserung und Verschlimmerung auch im Laufe des Jahres eine Periode zu verzeichnen ist, wo die Symptome deutlicher ausgesprochen sind, und eine andere, in der die Intensität des Leidens beträchtlich abnimmt.

Im Winter ist stets psychische Impotenz vorhanden, die im Sommer nicht nur vollkommen zurücktritt, sondern an deren Stelle sogar Excitation eintritt.

Objective Untersuchung: Linke Pupille viel enger als die rechte, reagirt weder auf Licht noch auf Accomodation. Rechte Pupille vollkommen normal. Die Ungleichheit der Pupillen ist dem Kranken seit $1\frac{1}{2}$ Jahren bekannt. Der Kniereflex sehr lebhaft. Ausstrahlende Schmerzen sind nicht vorhanden. Sensibilität ungestört. Harnabgabe etwas erschwert (der Kranke hat Gonorrhoe und Epididymitis durchgemacht). Andere Veränderungen nicht zu constatiren.

Der nächstfolgende Fall gehört entschieden der circulären Neurasthenie mit deutlich ausgesprochenen Depressions- und Excitations-symptomen an.

IV. N. N., 50 Jahre alt. Gutsbesitzer. Ausser einem Bruder, der nervös ist und mit einem ähnlichen Leiden behaftet ist wie Pat., nur in geringerem Grade, ist die Familie gesund. Der Kranke hat keine organischen Leiden durchgemacht; erst im letzten Jahre (1897) traten Symptome der Angina pectoris hervor.

Das nervöse Leiden des Pat. brach vor mehreren Jahren aus. Damals hatte er mit geringem Anzahlungskapital ein stark verschuldetes Landgut gekauft, wodurch er in bedeutende pecuniäre Schwierigkeiten gerieth. Um aus dieser Lage herauszukommen, fing er an sehr eifrig zu arbeiten und so brachte er einige Jahre zu, ohne sich Ruhe zu gönnen. Nach dem ersten, nur zwei Wochen dauernden Krankheitsparoxysmus verging ein ganzes Jahr; während dieser Zeit erfreute er sich vollkommenen Wohlseins. Die folgenden Paroxysmen kehrten dann häufiger wieder und waren auch von längerer Dauer: sie hielten einige Monate an. Der Kranke fasst nur den Depressionszustand als Anfall auf, für die Angehörigen aber war die Excitationsperiode noch beängstigender. Die Depressionsphase schildert der Kranke in folgenden Worten: „Physische Schmerzen habe ich nie gehabt, aber das peinlichste

aller Leiden waren die mich verfolgenden, immer gleichbleibenden qualvollen Gedanken, d. h. das Voraussehen von Ereignissen, welche die Landwirthschaft herunterbringen und dadurch den materiellen Ruin herbeiführen könnten. Aus diesem Grunde fühlte ich mich zu Hause am schlimmsten. Das Verlassen des Hauses brachte mir Erleichterung, doch wurde ich die Depression nicht vollkommen los. Ich konnte den Anblick meiner Frau und meines Kindes kaum ertragen, da er mir den Gedanken an ihre Zukunft bei meinem materiellen Ruin nahelegte; ebenso schwer war es mir mit Jemand von dem Verwaltungspersonal des Landgutes zu verhandeln, da ich dadurch auf noch schwärzere Gedanken kam. Eine Veranlassung zu dieser Verzweiflung lag thatsächlich nicht vor: in der Landwirthschaft stand Alles vorzüglich, und die finanzielle Verlegenheit wurde auch vollständig beigelegt. Ausserhalb des Hauses fühlte ich mich ruhiger, weshalb ich auch stets davon schwärmte, das Landgut zu verkaufen. Dieser Zustand dauerte einige Monate.“ Der Schlaf des Pat. war zu jener Zeit sehr gut; er schlief viel, vielleicht sogar zu viel; Kopfschmerzen belästigten ihn niemals, präcordiale wie auch andere Angstgefühle, ausser den mit der finanziellen Lage in Zusammenhang stehenden, fehlten bei dem Kranken. Allmählich gewann er die volle Gemüthsruhe wieder, die Depression verschwand und binnen wenigen Tagen verfiel der Kranke in einen Zustand der Erregung. Er dachte dann nicht mehr an den Verkauf des Landgutes; die ganze Zeit war er thätig, gönnte sich keinen Augenblick Ruhe, ass nicht, jede, sogar die geringste Arbeit wollte er selbst überwachen. Die Nächte brachte er fast schlaflos zu; er schlief höchstens 4—5 Stunden, die übrige Zeit ging er beständig hin und her und machte sich bald hier, bald da etwas zu schaffen. Es kam mitunter dazu, dass die Frau, um ihn Nachts zum Schlafen zu zwingen, das Zimmer abschloss, dann sprang er durch das Fenster und ging um 3 Uhr des Morgens auf das Feld oder auf die Viehweide hinaus. Dieser Excitationszustand dauerte wiederum einige Monate, doch stets kürzere Zeit als der Depressionszustand.

Nachdem die Krankheit einige Jahre gedauert hatte, verkaufte der Kranke nach einem letzten, mehrere Monate anhaltenden Depressionsanfall, das Landgut und zog nach Warschau. Seit nun der Kranke eingesehen, dass er materiell ausser aller Gefahr ist, da er sein Kapital in den Händen hat, beruhigte er sich sehr rasch und ist seitdem gesund. In der That beobachte ich den Kranken constant und habe seit jener Zeit keine nervösen Symptome mehr wahrgenommen.

Der letzte Fall ist ein typischer Fall von alternirender Neurasthenie. Er verdient deswegen Beachtung, weil er lange Zeit hindurch theilweise unter meiner genauen Beobachtung stand, noch mehr aber unter derjenigen des Coll. S. Markiewicz, dem ich auch die eingehenden Notizen über den Krankheitsverlauf zu verdanken habe.

V. N. N., 87 Jahre alt. Ein Christ, semitischer Abstammung; die organische Constitution bot nichts Abnormes dar; keine somatischen Degenerationsmerkmale. Eltern gesund, ohne Störungen der psychischen Sphäre. Mutter an Typhus abdominalis, Vater im 70. Lebensjahre an Gehirnnapoplexie verstorben. Bei den Geschwistern weder Psychose noch Kennzeichen von Degeneration vorhanden; dagegen leidet ein Sohn des

Kranken an sexueller Neurasthenie, der Sohn einer Schwester an Impotentia psychica, der Sohn eines Bruders an Chorea. Unser Pat. wurde unter sehr günstigen Umständen erzogen und weder physisch noch geistig angestrengt; er ist sehr begabt. Die Ausbildung ist einseitig (humaniora); es wurden nur die praktischen Lebensverhältnisse berücksichtigt, körperliche Uebungen vernachlässigt; ferner ist eine gewisse Verzärtelung zu betonen. Die Folge davon war eine Hyperästhesie der Sensibilität und der Schmerzempfindung. Der Kranke heirathete früh; hatte 8 Kinder, sein Familienleben war sehr glücklich. Sein ganzes Leben war ausschliesslich seinem Berufe gewidmet, bis zu seinem 60. Lebensjahre war bei ihm lebhaftes Interesse dafür vorhanden und seine Thätigkeit in finanzieller Hinsicht von sehr günstigem Erfolge gekrönt. Geistige Ueberanstrengung war nicht vorhanden; die Arbeit wurde ihm leicht und jeden Sommer suchte er Erholung. Nach dem 60. Lebensjahre blieb die Beschäftigungsart dieselbe, doch wurde sie beträchtlich reducirt. Seit 5 Jahren hat der Pat. keine bestimmte Beschäftigung mehr. Seine einseitige Bildung war die Ursache, dass der Kranke seine Zeit absolut nicht auszufüllen wusste, nachdem er seine Berufsarbeit zunächst reducirt und dann ganz aufgegeben hatte, woraus zweifelsohne eine übertriebene Selbstbeobachtung und Befriedigung der trivialsten vitalen Bedürfnisse resultirte.

Vor 50 Jahren machte der Kranke den Typhus abdominalis durch. Von Jugend auf war Neigung zu Diarrhoe vorhanden, die im späteren Alter zurücktrat. Nervöse Symptome (Kopfschmerzen, Schwindel, neuralgische Schmerzen, Krämpfe) waren niemals vorhanden. Die Ernährung ist gut, der Kranke sah immer jünger aus, als er wirklich war. Irgend welche Excesse werden in Abrede gestellt.

Das jetzige Leiden des Pat. entstand plötzlich vor 8 Jahren (im 79. Lebensjahre) anlässlich einer schweren Sorge. Die Institution, an deren Spitze er stand, war durch seine Unachtsamkeit einem grossen Verluste ausgesetzt, den er hätte decken müssen. Die Beängstigung dauerte mehrere Stunden. Während dieser qualvollen Zeit begann der Kranke äusserst rasch zu athmen, indem er behauptete, es wäre ihm unmöglich anders zu athmen, was sich aber als falsch erwies, da er vollkommen normal athmete, wenn seine Aufmerksamkeit durch die Unterhaltung abgelenkt wurde. Obwohl die Befürchtung jenes Verlustes sich als unbegründet erwies, dauerte die trübe Gemüthsstimmung (die bis dahin nie vorgekommen war) und auch die Respirationstörung noch zweimal 24 Stunden, wonach der Kranke wieder zum normalen Zustand zurückkehrte. Ein neuer Anfall von Gram und beschleunigter Respiration (Tachypnoe) stellte sich nach wenigen Wochen ohne Ursache ein und wiederholte sich seitdem immer häufiger.

Der cyklische Charakter der Krankheit besteht bei dem Patienten von Beginn der Krankheit an bis zum heutigen Tage, nur hat sich der Typus der Phasen nach den ersten 3—4 Jahren geändert. Früher wechselte nämlich der 24—36 Stunden dauernde Depressionsanfall mit der Excitationsphase, die sich durch ausserordentliche Heiterkeit auszeichnete und 12 Stunden dauerte, wonach eine längere, einige Tage anhaltende Phase des normalen Zustandes erfolgte. Die Dauer des ganzen Cyclus der drei Stadien variirte. Successive trat an Stelle dieses Typus ein anderer noch gegenwärtig bestehender Typus. Der Cyclus besteht aus zwei mehr oder weniger gleich langen (24—36 Stunden) Phasen, die unvermittelt in einander übergehen:

die der Depression und die der heiteren Excitation. Die Phase der „normalen Stimmung“ existirt entweder gar nicht oder ist von sehr kurzer Dauer; sie bildet vielmehr den Abschluss einer der beiden Hauptphasen. Der Kranke sagt: „Ich fühle, der Anfall — die Depressionsphase — geht vorüber, aber ist noch nicht ganz vorbei“, oder dann: „Ich bin gesund, fühle mich wohl, doch fühle ich die Annäherung des Anfalles und bin verstimmt.“

Die die beiden Krankheitsstadien kennzeichnenden Symptome änderten ihren Charakter im Laufe der Zeit nur wenig. Die Depressionsphase, die der Kranke selbst als Paroxysmus bezeichnet, wurde stets und wird auch jetzt noch durch den besonders charakteristischen psychischen Zustand gekennzeichnet. Der Kranke ist nicht trübsinnig, gleich den Melancholikern, er ist vielmehr geneigt sein Innerstes aufzudecken, zu sprechen, aber nur über seine eigene Person, über seinen entsetzlichen Zustand, seine Traurigkeit, die er durch alle möglichen Gründe zu erklären sucht; er untersucht sich beständig und will sich auch untersuchen lassen, klagt über seine Athemnoth, wie auch darüber, dass er nicht sprechen, nicht sehen, nicht hören, nicht essen könne. All dies ist entweder eine krankhafte Selbsttäuschung oder sogar Simulation, um Mitleid zu erwecken, woran dem Kranken viel zu liegen scheint. Er versichert ferner, der gegebene Anfall sei der intensivste, er werde sicher jetzt sterben und fragt: „Bin ich noch am Leben?“ bittet flehentlich den Arzt, seine Leiden zu beenden. Diese quasi selbstmörderischen Ideen stehen in grossem Widerspruch mit der beständigen Besorgniss für seine eigene Person: der Kranke isst viel, besichtigt fortwährend seinen Stuhl, verlangt, man solle ihm mehrmals täglich den Puls fühlen, die Zunge ansehen, den Bauch palpiren, verlangt mit einem Worte, dass sich seine Umgebung und insbesondere die Aerzte mit seiner Person beschäftigen.

Die Geisteskräfte des Kranken bieten in der Depressionsphase nichts Abnormes dar, sie scheinen jedoch zeitweise als unthätig. Der Kranke giebt an, weder lesen noch sich unterhalten zu können, bringt in der That den ganzen Tag zu, ohne das Geringste zu thun; die Versicherung bei jedem Anfalle — trotzdem er deren über hundert durchgemacht hat — er werde den Abend nicht erleben, lässt auf eine gewisse Kritiklosigkeit schliessen. Die ganze Krankheit schiebt er auf Verdauungsstörungen und zwar auf die Stuhlentleerung, obwohl zwischen diesen und den Anfällen keine Coincidenz existirt.

Das ganze Benehmen des Patienten macht auf Jeden den Eindruck einer absichtlichen Uebertreibung in der Manifestation gewisser vorhandener wirklich pathologischer Gemüthsaffecte.

Die ethische Gefühlssphäre des Patienten äussert sich in absolutem Fehlen des Altruismus, in der Gleichgültigkeit gegen seine Angehörigen, in Egoismus, der unangenehm berührt.

Die Willenskraft des Kranken ist erheblich herabgesetzt; er ist nicht im Stande die geringfügigste Arbeit zu vollbringen (Zerschneiden einer Speise, Zuknöpfen der Kleidung u. s. w.) und lässt Andere Alles für sich machen. In Zusammenhang damit steht eine ausserordentliche Empfindlichkeit für Suggestion, vornehmlich hinsichtlich der ärztlichen Anforderungen, obwohl sich dies weniger auf die Urtheils-, Denk- und Gefühlssphäre bezieht, als vielmehr auf bestimmte ärztliche Verordnungen, die er mit mechanischer Pünktlichkeit und krankhaftem Eigensinn ausführt.

Das Gedächtniss bietet nichts Besonderes dar. Das logische Denken und die kritische Urtheilbildung sind, in so fern sie die Krankheit nicht betreffen, erhalten. Sinnlose und Zwangsideen kommen nicht vor.

Der Schlaf ist etwas gestört; der Kranke schläft zwar häufig am Tage, hat aber dafür Nachts kaum 1—2 Stunden unterbrochenen Schlaf. Später erwacht er öfters und jedes Erwachen ist ihm sehr lästig, da es ihm vorkommt, als ob er nicht mehr lebe oder binnen Kurzem sterben müsse. Ueberdies hat er constant äusserst schreckhafte Träume (sicht Verstorbene, begeht Verbrechen, verliert sein Vermögen), von denen er in wachem Zustande immer mit Entsetzen spricht.

Der Tonfall ist beim Sprechen tief, schmerzlich und traurig, die Stimme wird leise und doch versetzt ein geringfügiges Ereigniss den Patienten in einen Excitationszustand, wobei er schreit, mit der Faust droht und mitunter schlägt. Der Gesichtsausdruck ist deprimirt, betrübt.

Die die Excitationsphase kennzeichnenden Symptome sind folgende: ein Gefühl von Zufriedenheit, optimistische Auffassung der Verhältnisse, was sich in dem Gesichtsausdruck, der Intonation der Stimme und in beständigem unmotivirtem Lachen äussert. Das subjective Gefühl ist vorzüglich; den hereintretenden Arzt begrüsst er mit erhöhter Stimme und fröhlichem Blick: „Heute kann der Doctor wieder fortgehen, ich bin wohl, ganz wohl.“ Zum Sprechen ist er sehr aufgelegt, spricht viel, geläufig, lebhaft. Seine Ausdrucksweise ist ausgesucht, er hört sich gern reden; er sagt nie etwas Sinnloses, seine Unterhaltung ist im Gegentheil geistreich, logisch. Allein sein Benehmen ist häufig tactlos, er sagt Dinge, die der Umgebung unangenehm sein könnten, stellt tactlose Fragen und findet Gefallen in unpassenden Erzählungen. Der Appetit ist, wie in der Depressionsphase, gut.

Beginnt die Excitationsphase gegen Mittag und dauert wie gewöhnlich 24—36 Stunden, dann schläft der Patient in der nächstfolgenden Nacht nur kurze Zeit, aber fest, was er den nächsten Tag mit Vergnügen erwähnt. Mitunter beginnt die Excitationsphase damit, dass der Kranke ganz verzweifelt zu Bette geht, ohne indessen in seinem Schlafe gestört zu sein. In diesen Fällen ist anzunehmen, dass die Excitationsphase in der Nacht beginnt. Im Stadium des Wohlseins vermeidet der Kranke an die Krankheitsphase zu denken, als ob er sich der hypochondrischen Stimmung schäme. Indessen bemerkt der Kranke zuweilen in der heitersten Stimmung der Excitationsphase: „Was wird morgen sein“, oder „jetzt bin ich wohl, aber ich glaube, die Depression ist bereits im Anzuge.“

Die objective Untersuchung weist nirgends, auch an den Verdauungsorganen Störungen nach; nur der Gang des Kranken verdient Beachtung; ursprünglich ging er nach vorne geneigt, auf den Zehen, er machte kleine Schritte; es war ihm unmöglich, sich ohne Stütze aufrecht zu halten. Seit 3 Jahren hat sich der Gang geändert, er tritt mit dem ganzen Fuss auf, doch ist der ganze Körper beim Gehen nach vorne geneigt.

Aus obigen Schilderungen ist ersichtlich, dass die periodische Neurasthenie, trotz ihrer Aehnlichkeit mit dem periodischen Irresein, dennoch, und zwar vom klinischen Standpunkte aus, nicht als solches betrachtet werden kann. Dagegen sprechen: die allzu schwach ausgeprägten Symptome, die für gewöhnlich viel zu kurze Zeitdauer der

einzelnen Krankheitsstadien, das vollkommen erhaltene Bewusstsein des Kranken, der Umstand, dass der Kranke sich seiner Krankheit und ihres cyklischen Verlaufes bewusst ist, schliesslich der Charakter der Depressionsphase an und für sich, der zuweilen durchaus nicht an die Melancholie erinnert. Insbesondere in meinem letztem Falle trat der hypochondrische Charakter der Depressionsphase besonders markant hervor, und die Angst- und Betrübnisgefühle sind einfach als Folgezustände der Sorge um die eigene Gesundheit aufzufassen. Bei diesem Kranken waren sogar in der Depressionsphase gewisse Excitationsmerkmale vorhanden, die ihren Ausdruck in den Zornausbrüchen fanden. In einem anderen, oben nur kurz angedeuteten Falle kennzeichnete sich die Depressionsphase weniger durch die Depression als durch einen Mangel an Selbstvertrauen, durch die sog. folie du doute. Dieses letzte Symptom ist fast in sämtlichen Fällen zu constatiren. Schliesslich äussert sich in noch anderen Fällen die Depressionsphase einzig nur in apathischem Zustande und Somnolenz.

Nahezu alle Autoren stimmen darüber überein, dass das periodische Irresein lediglich erblich belastete Individuen befällt und zu den Symptomen der sog. hereditären Degeneration zu rechnen ist. Dasselbe deutet Loewenfeld hinsichtlich der periodischen Neurasthenie an, und zwar bei Beschreibung der hereditären Formen dieser Krankheit. Aus meinen Fällen ergibt sich dies nicht so klar; besonders bei dem letzten Kranken (Nr. 5), dessen Familienverhältnisse uns gut bekannt waren, lässt sich die hereditäre Belastung fast mit Sicherheit in dieser Familie ausschliessen. Erst in der absteigenden Generation offenbarte sich eine neuropathische Disposition (Sohn: Neurasthenie, Neffe: Chorea). Im Falle Nr. 3 stellt der Kranke, ein sehr geistreicher Mann, eine neuropathische Disposition ganz entschieden in Abrede, obwohl dieser Fall mir hinsichtlich der Belastung etwas bedenklich erscheint, da der Kranke bereits von Kindheit an eine nervöse Anlage verrieth, während der Kranke Nr. 5 sein ganzes Leben vollkommen gesund war und die Krankheit erst in späterem Alter anlässlich einer erschütternden Gemüthsbewegung ausbrach.

Uebrigens genügt meiner Ansicht nach eine hereditäre Disposition noch nicht, um der Neurasthenie ein Gepräge zu verleihen, sie schafft nur den günstigen Boden zur Entwicklung der Krankheit; ähnlich aber wirken auch andere Factoren: Alkoholismus, verschiedenartige Excesse, Unglücksfälle, Gemüthsbewegung, langdauernde körperliche und geistige Ueberanstrengung. Es liegt kein Grund vor anzunehmen, wie die französischen Autoren dies hinsichtlich gewisser Symptome thun (Agoraphobie, Claustrophobie, folie du doute u. s. w.), dass dieselben lediglich auf hereditärem Boden zur Entwicklung gelangen, wenn

auch andere, hier angeführte Factoren denselben pathologischen Zustand der Hirnrinde herbeiführen können, der zur Grundlage der Neurasthenie und der ihr verwandten Zustände wird.

Es ist indessen kein Wunder, dass die auf hereditärem Boden zur Geltung kommenden Formen den schwersten Verlauf haben.

Bezüglich der Prognose stimmen meine Beobachtungen mit den bisherigen ebenfalls nicht ganz überein. Im Allgemeinen wird das periodische Irresein als unheilbar aufgefasst, was Sollier auch auf die periodische Neurasthenie bezieht. Für die Mehrzahl der Fälle bin ich damit einverstanden, allein es kommt unter Umständen auch Heilung vor. Im Nr. 4 erkrankte z. B. der Patient unter dem Einflusse der Sorge für die materielle Existenz seiner Familie. Sobald diese Sorge beseitigt war, verschwand auch die Krankheit, ohne zu recidiviren. Es ist mir noch ein Fall bekannt, wo bei einem jungen hereditär belasteten Mädchen die periodische Neurasthenie zurücktrat, als die Patientin von einer schweren, lebensgefährlichen Krankheit (Phlegmone brachii) befallen wurde.

Die Krankheit entwickelt sich zumeist allmählich, unmerklich, die einzelnen Phasen sind ursprünglich nicht so ausgeprägt und für den Kranken selbst nicht fühlbar; die ersten unklaren Krankheitssymptome datiren noch aus der Jugend und eben in diesen Fällen ist der Heredität wahrscheinlich eine wichtige Rolle beizumessen. In anderen Fällen dagegen entsteht die Krankheit im reiferen Alter und sogar im vorgerückten Alter (Fall 5) durch eine merkliche Ursache bedingt (Sorge, Befürchtung), bisweilen ganz plötzlich, momentan (Fall 5).

Der Verlauf der einzelnen Phasen ist unter Umständen vollkommen identisch und zwar nicht nur in Bezug auf das Wesen der Symptome, — da dies stets wahrzunehmen ist — sondern auch hinsichtlich der Dauer. Dies tritt besonders in denjenigen Fällen hervor, wo die einzelnen Phasen von sehr kurzer Dauer sind, nämlich wo sie nur wenige oder auch mehrere Stunden anhalten. In einem der oben angeführten Fälle war das typische Auftreten so deutlich und die Perioden so kurz, dass die Krankheit von den Aerzten als Intermittens aufgefasst wurde. Immerhin ist dieser Verlauf nicht der einzig zu verzeichnende: die Dauer der einzelnen Phasen wechselt bisweilen bei demselben Kranken. Es kommt auch vor, dass im Laufe der einige Monate dauernden Depressionsphase einzelne Tage vollkommenen Wohlseins vorhanden sind. In der Phase des Wohlseins kommen ebenfalls einzelne Tage der Depression vor. Während der Depressionsphase und zwar im Laufe eines Tages kommt es vor, dass in bestimmten Stunden der Patient sich besser, in anderen schlechter fühlt. Ich habe einen Kranken, bei dem die ausgesprochene Depressionsphase gewöhnlich den ganzen

Tag dauerte, erzählen hören, dass er sich bis 9—10 Uhr Morgens relativ gut fühlte, dann den ganzen Tag apathisch aufgelegt war und am Abend wiederum etwas heitere Stimmung und Willenskraft gewann. In der Phase des Wohlseins fühlte er sich den ganzen Tag vollkommen gut.

Jedesmal, wenn die Krankheit ziemlich plötzlich zum Ausdruck kommt, so dass der Kranke sich ihres Beginnes ganz genau bewusst ist, dann ergibt sich, dass als erstes Symptom die Depressionsphase auftrat. Dies ist nämlich im Falle 4 und ganz besonders im Falle 5 evident. Allerdings darf das nicht als Regel gelten. Wenn eine periodische Manie ohne Depressions Symptome existiren kann, dann wäre anzunehmen, dass auch Fälle periodischer Excitationsneurasthenie möglich sind; ich habe indessen keinen einzigen derartigen Fall beobachten können.

Das Auftreten der einzelnen Phasen ist gewissermassen fatalistisch, sua sponte, ohne besondere Ursachen. Sie verschwinden wieder ohne besondere Behandlung. Mitunter, wie von Lange richtig bemerkt wurde, hat der Kranke den Eindruck, als ob dies oder jenes, die eine oder die andere Oertlichkeit ihm helfe. Allein es erweist sich, dass es nur ein Zusammentreffen von Umständen war, die Depressionsphase war schon im Vergehen und wäre auch ohne die Reise oder die angewandten Mittel vorübergegangen. Was einmal geholfen hat, bleibt das andere Mal erfolglos. Immerhin mildert ein Wechsel des Ortes und der Umgebung die Depressionsphase einigermassen.

Die Ursachen des periodischen und insbesondere des eyklischen Auftretens der Excitation und Depression sind schwer zu erklären. Keine der Theorien, die zur Erklärung des periodischen Irreseins vorgeschlagen worden sind und die auch mutatis mutandis auf die Neurasthenie zu beziehen wären, ist allgemein anerkannt worden. Die psychologische Analyse der neurasthenischen Symptome weist, wie dies z. B. Binswanger so glänzend ausgeführt hat, darauf hin, dass alle Symptome dieser Krankheit ihren Urtypus im normalen Menschenleben zu haben pflegen; wichtig für ihre Entstehung ist auch der Umstand, dass der Kranke sich seines Leidens bewusst ist, d. h. dass seine Aufmerksamkeit auf sein Leiden gerichtet ist. Von der periodischen Neurasthenie liesse sich das kaum sagen: die einzelnen Phasen differiren zwar in keiner Beziehung von der Neurasthenie und können auch richtig als solche aufgefasst werden, allein ihr periodisches Auftreten hat etwas Fatalistisches, das weder von äusseren Umständen, noch davon abhängt, dass die Gedanken des Kranken auf seinen Zustand gelenkt sind; das erinnert vielmehr an Epilepsie, mit welcher auch das periodische Irresein häufig zusammengestellt wird. Dies

wäre vielleicht die wichtigste Ursache, weshalb das in Rede stehende Leiden nicht der Neurasthenie, sondern den Psychosen angereicht werden dürfte. Immerhin wiederhole ich nochmals, dass es aus vielen Gründen unzweckmässig ist, vom klinischen Standpunkte aus die periodische Neurasthenie den Psychosen anzureihen; diese Krankheit ist als Uebergangsform zu betrachten, die an der Grenze der Neurosen und Psychosen steht.

Wenn ich auch selbst über periodische, circuläre und alternirende Neurasthenie gesprochen habe, so muss ich doch bemerken, dass diese Eintheilung nur von relativem Werthe ist. Es giebt Uebergangsformen, die darauf hinweisen, dass zwischen ihnen kein wesentlicher Unterschied existirt. So haben wir gesehen, dass Fall 2 und 3 an der Grenze der periodischen Depressionsneurasthenie einerseits und der circulären Neurasthenie andererseits stand, da die Erregungssymptome sehr schwach ausgedrückt waren. Der Fall 5 präsentirte sich zwar anfangs als alternirende Neurasthenie mit deutlich ausgesprochenen Phasen des vollkommenen Wohlseins; im Laufe der Zeit wurde dieses Stadium jedoch von immer kürzerer Dauer, bis schliesslich nur noch Depressions- und Excitationsphasen vorkamen, was also beweist, dass die Krankheit eine circuläre Form angenommen hatte. Das wichtigste Merkmal ist somit das periodische Auftreten der Symptome.

Bereits nach Abschluss meiner Arbeit erschien eine Abhandlung von Dr. Hecker¹⁾ aus Wiesbaden unter dem Titel: „Die Cyklothymie, eine circuläre Gemüthserkrankung.“ Der Verfasser behandelt denselben Gegenstand, und auch seine Schilderung ist der meinigen mehr oder weniger ähnlich. Der Unterschied besteht darin, dass Hecker's Ansicht nach die rein periodische Form der Depression gar nicht existirt und dass wir es stets mit der circulären Form zu thun haben, dass aber die Excitationssymptome so gering sind, dass sie der Aufmerksamkeit des Arztes und sogar der Umgebung des Patienten entgehen. Ich muss darauf bemerken, dass ich stets nach den geringsten Excitationssymptomen gefragt habe und doch z. B. im Falle 1 ihr Vorhandensein entschieden in Abrede gestellt wurde. Im Falle 2 gab mir, wie erwähnt, die Kranke selbst an, sie wisse nicht, ob ihr Zustand als Excitation zu betrachten sei, oder ob es eine bewusste gesteigerte Leistung sei, motivirt durch die Aussicht auf die Phase der Unthätigkeit.

Hinsichtlich der von Kahlbaum eingeführten Bezeichnung „Cyclothymia“ bin ich der Ansicht, dass dies im Allgemeinen eine untergeordnete Frage ist; ich ziehe vor, die Bezeichnung „periodische Neurasthenie“ beizubehalten.

1) Die Cyklothymie, eine circuläre Gemüthserkrankung. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. Nr. 1. 1898.

Fig. I.

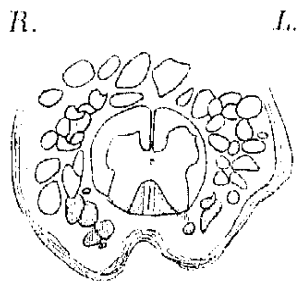


Fig. V.

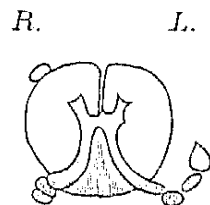


Fig. II.

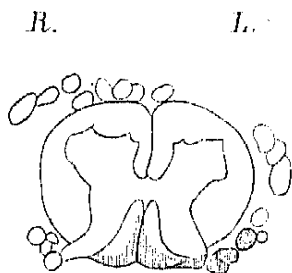


Fig. VI.

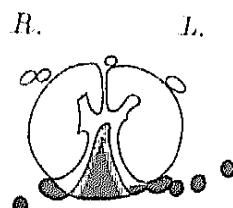


Fig. III.

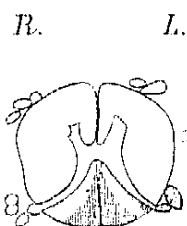


Fig. VII.

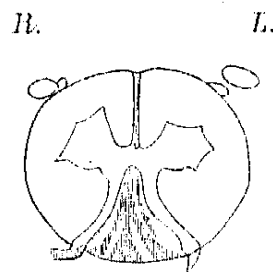


Fig. IV.

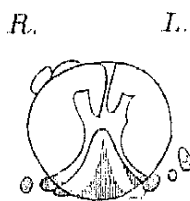


Fig. VIII.

