

Der

paralytische Grössenwahn.

Eine

medizinisch-psychologische Skizze

von

Dr. Godfried Wandin.



SD 71.

375

München 1859.

Druck von J. G. Weiss, Universitätsbuchdrucker.

Der

paralytische Grössenwahn.

Eine

medizinisch-psychologische Skizze

von

Dr. Godfried Wamher.



Dissertatio inauguralis.



München 1859.

Druck von J. G. Weiss, Universitätsbuchdrucker.

SD 71/375



70/213 R1
Sachsenburgische Bibliothek
Frankfurt a. Main

Seinem

theuren Onkel,

Herrn

Dr. Franz Joseph Schuch,

frühem griechischen Regimentsarzte, derzeit Direktor des städtischen Krankenhauses zu Regensburg und prakt. Arzte dasselbst, Mitglied des Medizinlausschlusses für die Oberpfalz, Ritter des griechischen Erlöserordens, des Verdienstordens vom hl. Michael, Mitglied mehrerer gelehrter Gesellschaften etc. etc.

in Liebe und Verehrung

der Verfasser.

Literatur-Nachweise.

(Chronologisch geordnet.)

- Haslam*, Observations on madness and melancholy. London 1798.
Esquirol, Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale. Paris 1805.
Bayle, Recherches sur les maladies mentales. Paris 1822.
Delzys, Considérations sur une espèce de paralysie, qui affecte les aliénés. 1824.
Cabmel, De la paralysie considérée chez les aliénés. Paris 1826.
Bayle, Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. Paris 1826.
Wachter, Considérations sur la paralysie générale des aliénés. 1837.
Gutstatin, Neue Lehre von den Geistesstörungen, übersetzt von Kaustat. Nürnberg 1838.
Esquirol, Des maladies mentales. Paris 1838.
Bellomme, Nouvelles recherches sur le cerveau des aliénés, affectés de Paralysie générale. Paris 1845.
Grisebach, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart 1845.
Battlanger, Note sur la Paralysie générale. 1847.
Lambert, Recherches sur la paralysie générale progressive. Paris 1849.
Zachler, Ueber Lähmungen des vegetativen Nervensystems im Gefolge der Psychosen. Inaug.-Diss. Kostok 1852.
Gutstatin, Leçons orales sur les Phénomènes ou traité théorique et pratique des maladies mentales etc. Gand 1852. (Deutsch von Lachr. Berlin 1854.)

- Falret*, Recherches sur la folie paralytique etc. Paris 1853.
- Zerlemeyer*, Die Gehirnatrophie der Erwachsenen. Newviad 1854.
- Leidesdorf*, Beiträge zur Diagnostik und Semiotik der primären Formen des Irreseins. Gießen 1855.
- Todd*, Clinical lectures on paralysis. London 1857.
- Snee, Davy*, Annual report of the Royal Edinburgh Asylum for the insane. 1857.
- Arztliche Berichte* über die k. k. Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Wien in den Jahren 1853, 54, 55, 56. Wien 1858.
- Neyer, L.*, Die allgemeine progressive Gehirnlahmung; eine chronische Monngitis. Berlin 1858.
- Unter den zahlreichen *Journalartikeln* verdienen vorzüglich Erwähnung:
- Brière de Boismont*, Recherches sur l'identité des paralysies générales progressives (Annal. méd. psych. 1851).
- Hoffmann, K.*, Anfänge der allgemeinen Parese (Günzburg, Zeitschrift 1850 D).
- Duchec*, Ueber Blutsinn mit Paralyse (Prager Vierteljahrsschrift 1851 D).
- Ausserdem minder bedeutende Artikel von *Fleminy, Goertke* (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie), von *Baltzger, Lantier, Bittad, Bignon* (Annal. méd. psych.), *Morvan* (Gaz. méd.); *Santaras* (L'Union méd.), *Joffe* (Zeitschrift der Ges. der Wiener Aerzte) und Andern.

Historisch-kritische Einleitung.

Unter den verschiedenen Formen von Geisteskrankheiten, welche mit deutlich nachweisbarer materieller Veränderung des Centralnervensystems einhergehen, gibt es wohl keine, welche höheres Interesse nicht bloß für den Spezialisten physischer Störungen, sondern auch für jeden praktischen, hierin gebildeten Arzt haben könnte, als die mit fortschreitender Paralyse verbundene Form, welche man gewöhnlich „Grössenwahn“ nennt.

Die bisherige Forschung hat ihre Ansichten über das Wechselverhältnis der körperlichen und geistigen Störung in genannter Krankheit noch nicht sehr beträchtlich über das schwankende Niveau der Hypothese zu erheben vermocht, so dass der Wissenschaft in dieser Beziehung noch ein ergebnisses Feld angestrengter Thätigkeit offen steht. Obgleich die Entdeckung der Combination von Geistesstörungen mit fortschreitender allgemeiner Lähmung nicht, wie vielfach angegeben wird, von Frankreich ausgeht, indem schon viele Jahre vorher, ehe dieses eine Ahnung hiervon hatte, der Engländer Haslam ein Werk herausgab, worin er eine ziemlich genaue Kenntniss dieses Processes an den Tag legt: so gebührt doch der französischen Schule die Ehre, die betreffende Krankheitsform zuerst streng wissenschaftlich und mit der Fackel gesunder nichtleerner Kritik erleuchtet zu haben. Ich

nenne hier die klassischen Werke eines Broussais, Bayle, Sc. Pinel, Calmeil, Guislain, Esquirol und Anderer. Esquirol will in seinem Werke: *Les maladies mentales* etc. Paris 1838 beweisen, daß er schon früher Kenntniss der „*Démence compliquée de paralysie*“ gehabt habe und beruft sich hierbei auf sein früheres 1805 veröffentlichtes Werk; doch finden sich in demselben über fraglichen Punkt nur so schwache Andeutungen, dass er jenen Beweis nicht aufrecht zu halten vermogt.

Während zu Beginn des 2. Decenniums unseres Jahrhunderts die Aufmerksamkeit der französischen Aerzte auf diese neue Krankheitsform eine wirklich enthusiastische war, ist es um so auffällender, wie wenig Interesse zu jener Zeit die deutsche medizinische Wissenschaft an genannter neuer Lehre nahm, wie sehr sie, die doch sonst alle Forschungen und Entdeckungen des Auslands mit mehr Begeisterung als die eigenen aufnimmt, — wie sehr sie, sage ich, hinter dem Eifer ihrer Nachbarn zurückblieb.

Selbst in unseren grösseren und gediegenen psychiatrischen Werken der Neuzeit ist die so interessante Geisteskrankheit meist nur mit kurzen Zügen angedeutet, hie und da ganz übergangen, aber fast nirgends der verdienten ausführlichen Berücksichtigung unterzogen worden. (Griesingers Werk über „*Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*“ macht eine rühmliche Ausnahme.) Erst die allerjüngste Zeitperiode hat über diesen Gegenstand einzelne kluge Monographien ins Dasein gerufen. Erwähnung verdient hier vorzüglich die Abhandlung Duches's, welcher in seinen *Anschlüssen* Bayle vielfach nachfolgt; ferner die Monographie Erlenmeyer's, sowie die erst kürzlich erschienene klinische Abhandlung L. Meyer's, welcher hauptsächlich die Temperaturverhältnisse hervorhebt und interessante

Krankengeschichten anführt. Ausserdem finden sich unter den Journablhandlungen manche brauchbare Notizen und Artikel zerstreut, sowie auch die Zusammenstellungen in „*Ganstat's Jahreshrichten*“ von Werthe sind. Der statistische, ätiologische und der pathologisch-anatomische Theil ist in den Wiener ärztlichen Berichten über die dortige Irrenanstalt auf eine ausgezeichnete Weise kultivirt. — Die englische Schule hat noch weniger Interesse an genannter neuer Erregungsschule der medizinischen Forschung genommen als die deutsche, Conolly rühmlich ausgenommen.

Man hat früher die zwei wesentlich zusammengehörigen Hauptcharaktere dieser Geistesstörung, nämlich die als fortschreitende Lähmung sich äussernde somatische Erkrankung und die als Grössenwahn bezeichnete Alienation der psychischen Sphäre häufig von einander getrennt, und je nachdem man auf das eine oder andere dieser beiden Momente oder richtiger Weise auf die Combination beider vorzüglich Rücksicht nahm, der Krankheit verschiedene Namen beigelegt: allgemeine Paralyse (Paralysie progressiva générale), Grössenwahn (Monomanie des grandsours — *M. d'ambition, d'orgueil*); Mania paralytica; Monomania superbiens etc. etc.

Die jüngste Zeit hat den Namen: *Dementia paralytica* oder *Anoia paral.* angenommen in Rücksicht auf den gewöhnlichen Ausgang der Krankheit, ich halte aber die Bezeichnung „*paralytischer Grössenwahn*“ für zweckmässiger und der Definition der Krankheitsform mehr entsprechend. Einer der Hauptgründe hierfür ist der Umstand, dass Fleming konstatiert hat, dass Krankheiten mit den verschiedensten Formen von Irrsinn, welche mit Exaltation verknüpft sind, mit Blödsinn und Paralyse endigen können, ohne den psychologischen Charakter der Monomanie des grandsours an sich zu tragen; desshalb glaube

ich die genauere Bezeichnung „paralytischer Grössenwahn“ zum Unterschiede von der mit verschiedenen andern Irnsinnsformen möglicher Weise verbundenen *Dementia paralytica* gerechtfertigt.

Definition und Wesen des paralytischen Grössenwahns.

Der paralytische Grössenwahn ist eine bald unter der Form von Wahnsinn, bald von Tobsucht auftretende Geisteskrankheit, die sich aber durch gewisse constante, bald früher, bald später im psychischen und somatischen Gebiete sich kundgebende Erscheinungen von jenen beiden Formen unterscheidet und als selbstständige Krankheitsgehung — als ein *Morbus sui generis* — mit bestimmtem Verlaufe und spezifischen Symptomen betrachtet werden muss.

Ihre zwei genannten Haupterscheinungen: die körperliche Erkrankung und die Alteration des Geistes (die im spätern Verlaufe des Krankheitsprozesses zur Depression herabgestimmt wird) gehören so innig zusammen, dass wenn man die eine von der andern trennt, wir es bloss mehr mit einem Symptome, oder aber auch mit einer ganz andern Krankheit zu thun haben; der Krankheitsbegriff „paralytischer Grössenwahn“ somit in solchen Fälle aufhört.

Es äussert sich zwar die psychische Störung des Grössenwahns bei keiner andern Geisteskrankheit auf dieselbe spezifische Weise, wohl aber tritt die fortschreitende Paralyse ohne Beeinträchtigung der Psyche bei verschiedenen centralen und peripherischen Nervenkrankungen auf.

Nach der Ansicht Calmeils und Meyers ist letztere Form von Paralyse nur eine unvollständige, indem voll-

ständige Paralyse stets mit Geisteskrankheit verbunden seien, und die das Gegentheil beweisen sollenden wenigen Fälle wohl grösstentheils auf ungenauer und mangelhafter Beobachtung beruhen.

Was das Verhalten der paralytisch afficirten Muskelpartien gegen Elektrizität betrifft, so stehen sich hier zwei grosse Partheien schroff gegenüber. Die eine Parthei, Briere de Boismont an der Spitze, nimmt an, dass bei derjenigen Form von Paralyse, die, von Gehirn-Atrophie entspringend, ohne Geistesstörung verlaufe, die elektro-muskuläre Contractilität geschwächt und nach kurzer Zeit — meist schon nach 2—3 Wochen — gänzlich aufgehoben wird, während die Irritabilität gegen Elektrizität bei der mit Geistesstörung einhergehenden Paralyse (also dem paralytischen Grössenwahne) normal oder wenigstens Jahre lang unverändert bleibt. Ersterer Form hat Briere de Boismont den Namen „Paralyse générale sans altération mentale“ gegeben.

Die andere Parthei, welche sich um das Böhner der Autorität Duchenne's schart, stellt den Satz auf, dass das Verhalten gegen galvanischen Reiz ein sicheres diagnostisches Hilfsmittel für Erkennung des centralen oder peripherischen Ursprungs der Lähmung sei. Bei Paralyse nämlich, die von der Peripherie ausgehen, werde die Irritabilität für Elektrizität schon nach wenigen Tagen vermindert und nach ein Paar Wochen gänzlich aufgehoben, während bei allen durch Affektionen des Centralnervens bedingten Lähmungen (also gleichviel mit oder ohne geistige Alienation) einhergehenden die Contractilität lange Zeit, selbst Jahre lang forbestehe. Zu den Vertretern dieser Parthei zählen Meyer, Erdmann, Ziemssen u. A.

Ich hatte Gelegenheit, einige hieher gehörige Fälle zu beobachten, welche mich bestimmen, mich ersterer

Parthie anzuschliessen, indem in ein Paar ohne Geistesstörung verlaufenden Fällen von fortschreitender Lähmung, die ausser Zweifel von einem Krankheitsprozesse des Gehirnes bedingt waren, die Reaktion der betroffenen Parthien gegen elektrische Reizung schon sehr kurze Zeit nach Entstehen der paralytischen Affektion fast gänzlich aufgehoben war.

Hingegen hat sich die Behauptung der letztgenannten Parthie Duchene's, dass die durch Gehirnleiden bedingten Lähmungen fast durchaus schmerzlos, die durch Krankheiten der Medulla spinalis hervorgerufenen aber meist mit Neuralgien verbunden sind, vollständig bestätigt.

Den Grundstein und das leitende Moment, worauf sich die psychischen Erscheinungen des paralytischen Grössenwahns zurückführen lassen, deren Aeusserungen im Stadium der Exaltation am grössten zu Tage treten, bildet das erhöhte Selbstgefühl, die Ueberschätzung des eigenen Ich's.

Wie durch ein in's Unendliche reichendes Vergrösserungsglas sieht der Kranke alle Radien seines geistigen Gesichtskreises um das Tausend- und Millionenfache vergrössert. Alle Beziehungen der Aussenwelt zu ihm werden durch die Einwirkung seiner überschätzten Persönlichkeit geradezu bis in's Absurde modificirt.

Die vorzüglichsten Punkte, um welche sich seine gestörte Psyche dreht, sind Glanz, Reichthum und Ansehen in Folge eingebildeter körperlicher oder geistiger Vorzüge.

Eintheilung.

Wir theilen die vorliegende Krankheit in zwei grosse Hauptstadien, in das Stadium der Exaltation und das

der Depression und Paralyse. Ausserdem nehmen wir ein Stadium prodromum an, das übrigens nicht konstant ist.

Das Stadium der Depression wird von verschiedenen Autoren in mehrere Abtheilungen zerlegt: 1) Beginn der Paralyse der Zunge, ausgebildetes Stimmeln. 2) Paralyse der untern Extremitäten, der die der übrigen Muskelparthien nachfolgt; maniakalische Paroxysmen. 3) Vollständige allgemeine Paralyse; Motilität und Sensibilität fast gänzlich erloschen letzaler Ausgang (Duchoc, Goerke). Es wird bei diesen Autoren auf das Stadium der Exaltation wenig oder gar keine Rücksicht genommen, vielmehr die denselben zukommenden Erscheinungen dem Vorläuferstadium eingereihet.

Andere theilen das Depressionsstadium in 2 Abschnitte: den der beginnenden und den der vollkommenen Paralyse.

Ich glaube, dass die Trennung unsres zweiten Hauptstadiums in mehrere Abtheilungen keine so wichtigen differentiellen Anhaltspunkte findet, dass sich eine bestimmte Grenze zwischen denselben ziehen liesse, wesshalb ich auch eine solche Theilung für nicht nothwendig erachte. Calmeil und Esquirol machen überhaupt gar keine Eintheilung, indem sich die einzelnen Stadien nicht streng genug von einander abgrenzen lassen. Doch bietet sich auch hierfür keine genügende Rechtfertigung.

Bayle berücksichtigt bei seiner Eintheilung hauptsächlich die psychische Seite des paralytischen Grössenwahnes und theilt denselben in folgende 3 Stadien: 1) Periode des chryzeigen Wahnsinns (entsprechend dem von uns angenommenen Vorläuferstadium); 2) Periode des ausgebildeten Wahnsinns (analog unsrem ersten Stadium); und 3) Periode des Bildsinns mit allgemeiner

Paralyse (identisch mit dem von uns als Depressionsstadium bezeichneten zweiten Hauptabschnitte).

Aetiologie.

Nähere bestimmte Causaverhältnisse des Entstehens des paralytischen Grössenwahn's hat die Wissenschaft bisher nicht aufzufinden vermocht. Die wenigen konstatirten Momente sind: das häufigere Vorkommen in den höheren Schichten der Gesellschaft, unter den gebildeten Ständen, als unter den niederen Volksklassen; ferner's das viel öftere Auftreten beim männlichen als beim weiblichen Geschlechte. In letzterer Beziehung finden sich alten Herkommen und Brauche getreu in den Berichten der Statistiker sehr verschiedene Verhältniszahlen. Nach Esquirol trifft auf 7 bis 8 Paralytische 1 weibliches Individuum, nach FoVILLE auf 7 solcher Kranken 2 weibliche; nach Hofmann ist das Verhältniss der männlichen Kranken zu den weiblichen 3:1, nach Conolly 5:1, nach Erlenneyer, welcher in den verschiedensten Irrenhäusern selbst-Erkenntnigungen und Nachforschungen anstellte, 50:1. In Charonton in Frankreich befanden sich nach Esquirol in den 3 Jahren 1826—28 unter 619 Geisteskranken (nämlich 366 männlichen und 253 weiblichen) 109 mit paralytischem Grössenwahn, hievon gehörten 95 dem männlichen, 14 dem weiblichen Geschlechte an. Was die Behauptung Lunier's betrifft, dass bei Frauen, die bereits die klimakterischen Jahre angetreten haben, dasselbe Häufigkeitsverhältniss wie bei den Männern stattfindet, enthält alles Grundes. Auch Du ches, gestützt auf reiche Erfahrung, spricht sich dahin aus, dass das Auftreten oder Verschwinden der monatlichen Reinigung durchaus nicht von ätiologischer Bedeutung sei. Den Grund des häufigeren Vorkommens beim männlichen als beim weib-

lichen Geschlechte setzt Goorike mit Recht in das Vorwalten der fortdauernden Anstrengung und Spannung des Geistes beim Manne, während beim Weibe hauptsächlich die Gefühls-Sphäre cultivirt wird.

Meyer führt hingegen bei den meisten seiner weiblichen Krankenfälle eine Störung der Menstruation an (sowie bei Männern häufige Anomalie des Hämorrhoidalflusses).

Was das Alter betrifft, so kommen vor dem 20. Lebensjahre fast gar keine, vor dem 30. nur wenige Fälle vor, mehr finden sich zwischen dem 30. und 40. Jahre, die meisten zwischen dem 40. und 50., von welchem Zeitabschnitte an die Häufigkeit wieder abnimmt. —

Ob übermässiger Genuss geistiger Getränke (nach Leisdorf) ist der chronische Alkoholismus sehr häufig die Quelle des Zustandekommens des Grössenwahn's, sexuelle Ausschweifungen, besonders alzuhäufige oder widernatürliche Ausübung des Beischlafes, Masturbation, ferner Verheirathung in späten Jahren mit jungen tipptigen und geschlechtlich schwer zu befriedigenden Frauen prädisponirend wirken; hiefür liegen zu wenig Beweise vor, ebenso für die Annahme der Heredität oder eines Reflex- und Combinationserhältnisses mit andern Krankheiten, vorzüglich der Epilepsie.

Baillarger theilt einige Fälle von „paralytischem Blödsinn“ mit, die er von einem kurz vorher aufgetretenen Erysipel des Gesichts und der behaarten Kopfhaut ableitet.

Wohl glaube ich, muss man annehmen, dass eine fortdauernde übermässige Geistesanstrengung, sowie heftige Gemüthsaffekte, verbunden mit der anezogenen Gewohnheit der noblen Welt, ihren Leidenschaften die vol-

ten Zügel zu lassen, zum Zustandekommen der Krankheit von bedeutendem Einflusse ist.

Verschiedene Gegenden scheinen von dieser Krankheitsform ganz besonders heimgesucht zu sein.

Was den Zusammenhang mit früheren Krankheiten betrifft, so lässt sich zwar ein solcher, wie eben gesagt wurde, nicht bestimmt nachweisen; doch spricht Manches für seine Annahme. Hauptsächlich von früher vorhandenen syphilitischen Affektionen, Merkuralkachexien, sowie von Typhus, Rheumatismus und Arthritis ist man geneigt, sie in Beziehung mit dem später auftretenden paralytischen Grössenwahn zu bringen.

Ich erlaube mir, hier einige von Dr. Hussel, Assistenzarzte zu Karlsruhe, mir mitgetheilte statistische Notizen schliesslich anzureihen.

In der seit jüngster Zeit in voller Blüthe stehenden Kreis-Irrenanstalt zu Karlsruhe-Prühl bei Regensburg befanden sich unter 293, innerhalb 5 Jahren aufgenommenen Kranken 21 am paralytischen Grössenwahn leidende Individuen; hierunter gehörten 19 dem männlichen und 2 dem weiblichen Geschlechte an.

Unter 9 von Dr. Hussel beobachteten Fällen (Männern) standen 5 zwischen dem 40—50. Lebensjahre, 4 zwischen dem 30—40. Jahre; unter diesen waren 3 dem Militärstande, 2 dem Beamten-, 2 dem Handwerker- und 2 dem Bauernstande angehörig, und von 6 derselben waren vorhergehende Excesse in Baccho et Venere, no-torisch nachgewiesen.

Da uns, wie wir gesehen haben, das Leben so wenig das Räthsel über das Entstehen und Wesen der uns vorliegenden Geistesstörung zu lösen vermag, so wollen wir die Erscheinungen des Lebens vorerst bei Seite stellen und uns um Auskunft fragend an die Leiche wenden.

Pathologisch-anatomische Aufschlüsse.

Die Resultate der Obduktion bieten uns die Garantie für zwei während des Lebens stattgehabte wichtige Prozesse: chronische Meningitis und mehr oder minder unmittelbar hierauf folgende Gehirnatrophie.

Dem Auftreten dieser beiden Prozesse im Leben entspricht wahrscheinlich auch der Eintritt der zwei Hauptstadien des paralytischen Grössenwahns, nämlich der Exaltation und des darauf folgenden Depressionszustandes.

Denn dass die Meningitis es ist, welche dem ersten Hauptstadium dieser Krankheit zu Grunde liegt, kann nicht bezweifelt werden, indem ja auch bei geistig gesunden Individuen psychische Aufregung, selbst Delirien und Convulsionen ein sicheres Zeichen von Entzündung der Membranen sind, wie jede spezielle Pathologie es lehrt; auch ist Meningitis der pathologische Befund aller anderen in Form von Exaltation auftretenden Geistesstörungen, z. B. des Wahnsinns.

Ebenso muss angenommen werden, dass die Hirnatrophie das pathologische Moment für Zustandekommen des zweiten Hauptstadiums, des Stadiums der Depression, der Abnahme körperlichen und geistigen Kraftgefühls abgibt. —

Woher es aber kommt, dass beim paralytischen Grössenwahn die Meningitis gerade auf so spezifische Art der Selbstüberschätzung sich äussert, während derselbe pathologisch-anatomische Prozess ein andres Mal als Manie sich kundgibt, so dass also ein und derselbe Vorgang verschiedene Formen von Irrsinn hervorruhen kann, woher es ferner kommt, dass die durch die Atrophie bedingte Paralyse gerade bei vorliegender Krankheitsform so bestimmten Verlauf hat, zuerst die Zunge, dann un-

tere Extremität etc. ergreifend, das vermögen wir uns nicht zu erklären.

Gleich unerklärlich ist es, wie es kommen kann, dass in einzelnen Fällen zwischen den durch beide genannte Prozesse hervorgerufenen Aeusserungen der reinen Exaltation und dem Auftreten der Paralyse Jahre dazwischen liegen, so dass jene somatischen Prozesse ausser allem Zusammenhange mit einander zu stehen scheinen.

Was die genauere Detailirung des Sektionsbefundes betrifft, so sehen wir in der Regel folgendes: Die Knochen des Schädeldgewölbes sind in einzelnen seltenen Fällen verdünnt, in anderen mehr oder minder verdickt; hie und da finden sich an der innern Schädelswandung (vorzüglich an den Nähten) Osteophyten von verschiedener Grösse. Die Hirnhäute bieten die allerwichtigsten pathologischen Veränderungen dar, indem fast in allen Fällen der von Bochdalek und Rokitan'sky in den Journalen der Prager und Wiener Irrenanstalten veröffentlichten Obduktionsberichte bei unsren hieher bezüglichen Kranken als hervorragende Befunde Hyperemie Exsudate und Extravasate in den Meningen bezeichnet werden. Die Dura mater ist gewöhnlich verdickt, mit Blut überfüllt und in der Regel nur locker mit der Schädelsdecke zusammenhängend und leicht abzurheilen, zuweilen jedoch auch abnorm adhärent. Auch die Arachnoiden ist stellenweise verdickt, injicirt und mit trüben milchigen Flocken bedeckt (hauptsächlich in der Mitte der Gehirnoberfläche). Im Arachnoidensacke finden sich in der Regel beträchtliche seröse Ansammlungen, aber auch Eierheerde, Blutextravasate u. s. w. in den verschiedensten Memorphosen kommen vor, und zwar ebenfalls häufiger an der convexen Oberfläche des Gehirns als an seiner Basis. Pacchionische Granulationen finden sich in häufiger An-

zahl vor, ebenso auch sehr oft Eechylosen (sowie auch an der Dura mater) in Folge des häufigen Fallens der Kranken. Gutslain macht auf das nicht seltene Vorkommen dieser Eechylosen noch während des Lebens (vorzüglich um die Augen und Ohren herum) aufmerksam.

Durch die Menge der Extravasate wird die Arachnoiden von der Dura mater entlernt und ein bedeutender Druck auf die Gehirnsubstanz selbst ausgeübt. Unter den von Dav. Skae (Annual report etc. for the year 1856) zusammengestellten 5 Fällen von Gevichtsmonungen am Gehirne von Personen, die an paralytischem Grüssenwahn litten, ergab sich als höchstes Mass 5 Unc. 4 dr. Flüssigkeit des Arachnoidensackes und der Pia mater bei einem 44jährigen Manne und 1 Unc. 2 dr. Flüssigkeit in den Ventrikeln bei einem 35jährigen Manne.

Die Pia mater ist ebenfalls mehr oder minder injicirt, milchig getrübt und verdickt und häufig mit der Corticalsubstanz des Gehirns verwachsen; dagegen sind seröse Infiltrationen seltener, da die Pia mater in den Fällen, wo sie nicht mit dem Gehirne verwachsen ist, sehr leicht zerreislich ist und deshalb keine Ausdehnung durch Ansammlung von Flüssigkeit erträgt. Die Venen der Hirnhäute sind oft varikös.

Die Gestalt des Gehirnes selbst wird durch die eben beschriebenen Zustände der Häute, wie leicht einzusehen, vielfach verändert. Die Abnahme seines Volumens tritt meist gleich beim Oeffnen des Schädels sichtlich zu Tage durch den ungewöhnlichen Abstand des Gehirns vom Schädeldache, welche Atrophie sowie die vielen muldenförmigen Vertiefungen an der Oberfläche des Gehirnes durch den Druck des Meningalextravasates zu Stande kommen musste. Die Consistenz seiner Substanz ist fast immer beträchtlich vermehrt; und nur sehr selten wurde Gehirnweichung beobachtet.

Die Corticalsubstanz wird verhältnissmässig am intensivsten von der Atrophie befallen; sie erscheint dünn, besitzt meistens eine hellere Farbe und ist häufig wie die Hirnhäute serös infiltrirt. Sämmtliche Ventrikel sind erweitert und mit Wasser angefüllt. Das kleine Gehirn bietet selten eine pathologische Veränderung dar. Das Rückenmark mit seinen Hüllen verhält sich in Bezug auf Hypertrophie, Exsudation und Atrophie analog dem Gehirn und seinen Häuten.

Das Mikroskop hat die so eben beschriebenen pathologisch-anatomischen Befunde bisher nur um wenig zu erhellen vermocht; die Resultate hierauf bezüglich der histologischer Studien finden sich spärlich in der Journalliteratur zerstreut und betreffen hauptsächlich Grössen- und Zahlenverhältnisse der Nervenfasern in der Peripherie der Corticalsubstanz. —

Von milderer Wichtigkeit als die Veränderungen im Cerebrospinalsysteme sind die Erscheinungen, welche die andern Organe zeigen. Am meisten Beachtung verdient das öftere Vorkommen von Tuberkulose der Lungen, und noch häufiger von Emphysem derselben, sowie lobären Hepatizationen; ferner Atrophie des Herzens (hie und da auch der Leber), Hyperämie der Nieren; chronischem Catarrh der Magen- und Darmschleimhaut, und die von allen diesen Erscheinungen am häufigsten sich vorfindende Haut- und Höhlenwassersucht.

Bei längerer Dauer der Krankheit, hauptsächlich wenn der Kranke einen grossen Theil derselben im Bette zubringen musste, zeigte sich öfter Decubitus, welcher Umstand übrigens weit eher dem unruhigen Verhalten desselben als einer besondern Disposition zuzuschreiben ist.

Krankheits-Verlauf.

I. Capitel.

Das Stadium der Vorläufer.

Die dem wirklichen Ausbruche der Krankheit mehr oder minder lange Zeit vorhergehenden Erscheinungen beziehen sich, einen hie und da auftretenden exzessiven Kopfschmerz abgerechnet, fast ausschliesslich auf Alteration der Gemüthslage und Beeinträchtigung der Willensfreiheit. Die meisten dieser Vorläufer gehören deutlich dem Gebiete der Melancholie an (wesshalb manche Autoren dieses Stadium als *Stad. melancholicum* bezeichnen), sind aber in Bezug auf die Art und Weise sowie die Reihenfolge ihres Auftretens sehr verschieden.

Bald während sie ununterbrochen von der ersten leisen Andeutung einer psychischen Alienation bis zum Eintritt des 1. Stadiums in ihrer Intensität sich allmählich steigend fort, bald stellen sich während genannten Zeitraumes kürzere oder längere Intervallen, oft sehr lange andauernde, irriger Weise Heilung versprechende Pausen ein, um hierauf die Symptome mit um so grösserer Heftigkeit wieder in das Tageslicht treten zu lassen.

Ich versuche hier, folgend ein allgemeines Bild dieses Vorstufenstadiums zu geben, worauf sich alle verschiedenen Arten des Auftretens mit mehr oder minder erheblichen Modifikationen zurückführen lassen. — Der Familie oder sonstiger näherer Umgebung eines auf unsere Abhandlung bezüglichen Individuums, das sich bisher der ungetrübtesten körperlichen und geistigen Gesundheit erfreut haben mag, fällt auf einmal oder allmählig das sonderbare ungewohnte Benehmen desselben auf. Ein Mann, der früher der pedantischste Geschäftsmann, der pflichtgetreueste Beamte war, gibt mit einem Male merkwürdige Beweise von Vergesslichkeit, Unachtsamkeit und

Nachlässigkeit: Der sonst geistreiche Gesellschafter wird langweilig und unliebenswürdig. Es stellen sich Anfangs leichte Anfälle von Kopfschmerz und Schwindel ein, die bald vorübergehen, aber auch bald wiederkehren und heftiger, drückender werden, so dass sie den Kranken oft mitten in seiner Arbeit innezuhalten zwingen.

Im Gespräche, hauptsächlich aber in schriftlichen Arbeiten gibt sich ein mehr oder minder auffällender Mangel an Urtheilsschärfe kund.

Der Kranke wird ernst, verschlossen, weicht dem gewohnten Umgange aus und gibt immer grössere Beweise von Zerstreuung und mangelnder Ueberlegungskraft ab. Er nimmt aus Gesellschaften, Gasthäusern fremde Gegenstände: Mantel, Hut, Stock u. s. w. statt der eigenen mit sich fort, auch wenn sie von minderen Werthe sind als seine eigenen; er geht an Bekannten vorüber, ohne ihren Gruss zu erwidern, schlägt ganz andere Wege ein als zu dem vorgenenommenen Ziele führen, geht in eine fremde Wohnung und glaubt sich im eigenen Hause zu befinden u. s. w.

Stumpf brüht der Erkrankte vor sich hin, grosse Traurigkeit umdüstert seine Züge. Manchmal aber wird er auch übermässig guthüthig und in Rührung zerflüssend; jede geringste Gelegenheit entlockt ihm dann einen Strom von Thränen.

Oft irt er ohne Zweck und Ziel herum und verliisst ohne äussere Veranlassung sein Haus und seine Berufsgeschäfte.

Mit Fragen über sein gegenwärtiges vorfindertes Benehmen bestrimt, und ob ihm etwas fehle, antwortet er den besorgten Angehörigen und dem Arzte entweder gar nicht oder mitrirsch und in gereizter Stimmung (die sich überhaupt bei allem seinen jetzigen Thun und Treiben kund gibt): es fehle ihm Nichts, man möge ihn mit Fra-

gen verschonen. Die Kranken sind in dieser Periode ungemein leicht in Aufregung zu versetzen, lassen sich aber eben so leicht wieder beschwichtigten — auch nur durch blosser Scheingründe — sie zeigen den Charakter ethischer Schwäche. Diess Moment erhöhter Gefühlserregbarkeit tritt immer mehr in den Vordergrund. Der Kranke kann allmählig nicht mehr den geringsten Widerspruch ertragen, ohne in heftigen Zorn zu gerathen; er kommt aus den unbedeutendsten Veranlassungen mit seiner Umgebung in Streit. Im Gegensätze zu früher scheint der Kranke alle Lust und Liebe zu seinem Berufe, allen Sinn für Häuslichkeit, Familienleben und Freundschaft verloren zu haben. Er geht nunmehr gewöhnlich allen möglichen Exzessen nach, wird ein Trinker und Spieler und sucht vergebens Befriedigung im Arme der Wollust. Alle diese Erscheinungen können, wie oben erwähnt, entweder mit verschiedenen Intensitätsgraden ununterbrochen fortdauern, oder nach einiger Zeit wieder in den Hintergrund treten, um bald wieder neu aufzutreten.

In der Minderzahl der Fälle treten während dieses Zeitraumes auch schon leise Andeutungen der später sich entwickelnden Paralyse auf.

Die Dauer des Vorbotenstadiums ist sehr verschieden, es währt zuweilen nur wenige Tage, manchmal ein Jahr und darüber, geht überhaupt, wie ich früher angegeben, nicht immer dem Ausbruch des eigentlichen Grössenwahnes voraus, oder fassert sich nie und da bloss als hypocondrische Gemüthsversimmung ohne alle weiteren auffallenden Veränderungen im Benehmen, so dass es der Umgebung des Kranken gar nicht auffällig wird.

Zu Ende des Vorbotenstadiums kommt plötzlich ein Anfall von Tobsucht, nach welchem der Kranke von plötzlicher Starrheit des ganzen Körpers befallen wird; er stürzt zu Boden wie ein von Apoplexie oder Epilep-

sio Befahrer, und hat gänzlich alles Bewusstsein verloren. Diese Anfälle sind bald vorübergehend, wiederholen sich aber oftmals und lassen jeder Zeit einen Zustand vermehrter psychischer Schwäche zurück.

Mit Eintreten dieser Anfälle (dem Stadium maniacum mancher Autoren) verschwindet alles ängstliche Gefühl und die tiefe Stimmung, die dem Kranken vorher eigen war, um dem Gefühl gesteigerten Wohlseins Platz zu machen und hiermit beginnt zugleich das

I. Hauptstadium.

Stadium der Exaltation.

Es geht dieses Stadium Hand in Hand mit der Hyperämie und chronischen Entzündung der Meningen; seine Dauer hängt ab von ihrer Intensität und der Masse des gesezten Exsudates.

Die Erscheinungen dieses Stadiums theilt Guislain in zwei Reihen: in permanente und transitorische; zu ersteren zählt die graduelle Schwäche der Geisteskräfte, sowie die in diesem Stadium beginnende und stetig fortschreitende Muskelparalyse, zu letzteren gehörten die apoplektischen convulsivischen Anfälle.

Ausserdem unterscheiden sich die Symptome als psychische und somatische. Die psychische Erkrankung trägt theils den Charakter der Manie, theils den des Deliriums und gibt sich kund einerseits als Störung des Vorstellungsvermögens und andererseits — hervorgerufen durch diese — als Alienation des Selbstgefühls und der Willenskraft. In einzelnen seltenen Fällen bildet auch in diesem Stadium die Melancholie die Basis der psychischen Störung. Die Aeusserungen dieser beiden Faktoren von Geistesstörung kreisen wie ein Rad um seine Welle fortwährend und

vorzüglich um die Idee: Grösse und Reichthum. Die Pervertirtheit des Vorstellungsvermögens tritt zu Tage dadurch, dass der Kranke in seiner Ausdrucksweise stets die höchsten, kaum denkbaren Zahlen, die kräftigsten Worte gebrauchet, indem sich in den Aeusserungen seiner übersprudelnden Phantasie die strahlendsten Bilder, die reichsten Vorstellungen zeigen, bei deren Kundgebung der Kranke eine enorme Ideenucht verrieth. Ohne allen logischen Zusammenhang springt die Erzählung von einem Thema auf ein anderes ganz ferne liegendes über. Hierdurch unterscheidet sich eben das als Grössenwahn sich äussere akute Delirium von der als Hochmuthswahn sinn bezeichnenden Form. Dieser geht von einer einzelnen bestimmten falschen Idee aus, die er mit einer gewissen Logik verfolgt und nur dann ausbeutet, wenn Beziehungspunkte dieser Idee ins Gespräch geflochten werden, wenn von fremder Hand die krankhaft verstimmete Satie seines Gemüthslebens berührt wird. Der Grössenwahn sinn hingegen zieht alles Mögliche in den Kreis seines Deliriums und handelt, ohne auf seine Ideen Rücksicht zu nehmen, während der Hochmuthswahn, als reine Monomanie, mit einer gewissen Consequenz seiner Idee gemäss lebt, an ihrer Verwirklichung arbeitet.

Vorzüge, die je einem Gotte oder Menschen zugeschrieben wurden, vereinhigt das Selbstgefühl des an Grössenwahn leidenden Kranken in seiner Person, alle Reichtümer der Erde gehören ihm, alle Geschöpfe sind ihm unterthänig und erhalten von ihm Würde und Auszeichnung zugeheilt.

Kann solch ein Kranker Leidliches in der Musik, Malerei u. s. w. leisten, kann er mittelmässige Verse machen, so ist er seiner Ueberzeugung nach ein grosser Künstler, ein ausgezeichnete Dichter (ein Umstand, der übrigens auch bei Gesunden häufig anzutreffen sein soll).

Der Kranke wird gleichzeitig gegen alle früheren Interessen und Persönlichkeiten, oder hast letztere, wenn sie seine Wohnvorstellungen zu bekämpfen suchen.

Hört man hingegen seinen Erzählungen ohne Einrede geduldig zu, so macht diess gewöhnlich einen bedeutenden Eindruck auf ihn. Er spricht von Tausend Millionen und Billionen Thalern, die er besitzt, von den Städten, Ländern, Welten, die ihm eigen sind. Je mehr der Kranke in Emphase geräth, um so höher steigert sich das Maass seiner Ausdrucksweise. Er gibt eine unglaubliche Ueberschätzung des körperlichen und geistigen Kraftgefühls kund, fühlt sich der schwierigsten und gefährlichsten Unternehmungen fähig, nennt uns schriftstellerische Werke, die er herausgegeben, Opern, die er componiren, Gemälde, die er anfertigen, Kriege und Revolutionen, die er führen und leiten will. Ganz besonders dünkt sich jeder in dem Berufe, dem er angehört, der Erste zu sein, der Soldat hat sich zum General und Anführer zahlloser Armeen, der Geistliche zum Bischofe und Papste, der Dilettant zum Künstler und Gelehrten emporgeschwungen; ich habe in einer Irrenanstalt einen Paralytiker getroffen, der mir allen Ernstes versicherte, er sei republikanischer Kaiser über das ganze Erdrreich und wolle mir aus Freundschaft einige Welttheile abtreten.

Aber nicht bloss auf irdische Dinge und Ideen beschränkt sich die Vorstellungs- und Willenskraft solcher Individuen, sie erstreckt sich vielmehr über das ganze Weltall, über alle sichtbaren und unsichtbaren, wirklichen und eingebildeten Existenzen in demselben. In dieser Art von Wohnvorstellungen bewegen sich hauptsächlich frühere Pietisten und Aszetten. Ich habe einen an Grössenwahnsinn leidenden Priester gekannt, der Jedermann behauerte, er sei Gottes Sohn, habe Himmel und Erde

erschaffen und beglücke die Anstalt durch seine Gegenwart nur in der Absicht, dieselbe zu bekahren und zu verbessern. Von einem andern wird erzählt, er glaubte mit der Mutter Gottes schwanger zu gehen, und suchte man ihm die physische Unmöglichkeit zu beweisen, so behauptete er, Hunderte und Tausende heiliger Kinder im Leibe zu tragen. Die Variationen solcher Beispiele sind unzählige. Um nicht missverstanden zu werden, muss ich übrigens erwähnen, dass die angeführten Wohnvorstellungen zwar die hauptsächlich vorherrschenden bilden, durchaus aber nicht die einzig ausgesprochenen Beweise von Selbstüberschätzung bilden, indem wir es sonst, wie vorher angedeutet, mit einer reinen Monomanie zu thun haben würden.

Als letztes Beispiel erlaube ich mir noch einen interessanten Fall anzuzuehen, den ich in der grossen Irrenanstalt zu Erlangen durch die Güte des Hrn. Dir. und Prof. Dr. Solbrig zu beobachten Gelegenheit hatte. Es betrifft derselbe einen früher in seinem Fache tüchtigen Lithographen, einen Mann in Mitte der 30er Jahre, welcher, als ich ihn das erste Mal sah, schon deutliche Spuren eingetretener Paralyse, wie sie in Kurzen zur Sprache kommen werden, zeigte.

Er war von sehr sanftmüthigen Charakter und sprach, wenn auch unangefordert, doch mit ziemlich grosser Schüchternheit seine Grössenideen aus. Sein Gedächtnissvermögen hatte bereits bedeutend gelitten, er wusste kaum die jüngst gehaltenen Vorstellungen und Pläne in der Erinnerung fest zu halten. So hat er täglich bei der Visite den Hrn. Direktor, er möge ihn heute entlassen, da er sich ganz wohl und kräftig zur Arbeit fähle. Sagte man ihm nun, er dürfe morgen oder in ein paar Tagen die Anstalt verlassen, so bezeugte er die grösste Freude und Dankbarkeit, ohne sich zu erinnern, dass er schon

Wochen oder Monate lang dieselbe Bitte täglich vorbrachte und mit derselben Hoffnung getrübtet werde. Mit grosser Freude zeigte er uns nun seine Zeichnungen vor, machte auf die Vortrefflichkeit derselben aufmerksam und setzte uns seine grossartigen Pläne für die Zukunft auseinander. Sehr merkwürdig war der Umstand, dass der sonst geübte Zeichner bei seinen gegenwärtigen Produkten alle Gesetze der Perspective, alle Grössenverhältnisse aus dem Gedächtnisse verloren zu haben schien. So sah ich eine Bleistiftzeichnung von ihm, Madonna mit dem Jesuskinde vorstellend, woran der Kopf, die Hände und Füsse des Kindes viel grösser waren als die der Mutter und verhältnissmässig viel grösser als der übrige Leib — ein auffallender Contrast zu der nicht übel gedachten Composition, sowie der säubern und hübschen Durchführung jedes einzelnen für sich betrachteten Theiles der verschiedenen Objekte. Suchte man ihm die Fehler seines Bildes zu beweisen, so ward er traurig und missmuthig und suchte die Richtigkeit seiner Auffassung zur Geltung zu bringen.

Ein sehr gewöhnliches Symptom dieses Stadiums sind die Hallucinationen, besonders des Gehörs, die den Kranken bei Tag und mehr noch bei Nacht beunruhigen. Er hört seinen Namen rufen, ohne Jemanden zu sehen, hört und sieht Gespenster, Verfolger u. s. w. Patient sieht sich selbst in vielfacher Gestalt, hört göttliche Eingebungen, sieht den Himmel offen, oder auch die Hölle mit Ungelohern so furchtbar und schreuslich, als nur je die Prediger einer längst verschollenen Zeit sie ausmalen konnten.

Tobsuchtsanfälle treten im Verlaufe dieses Stadiums oftmals auf; unter den zahlreichen Formen von Tobsucht, die ich zu sehen Gelegenheit hatte, hat die bei Grössenwahnsinn aufretende den heftigsten und erschüt-

terndsten Charakter. Der Kranke muss während derselben fortwährend in der Zwangsjacke festgehalten und meistens auch an das Bett geschnallt werden, um ihm jede freie Bewegung zu hemmen, die er nur im Sinne seines masslosen Zerstörungs- und Vernichtungstriebes gegen sich selbst und die Umgebung gebrauchen würde. Zum Glücke sind diese akuten Anfälle nur sehr kurz dauernd und im Allgemeinen seltener wiederkehrend als in andern Wahnsinnsformen. Genannte Hallucinationen bilden meiner Ansicht nach ein bedeutendes ursächliches Moment der Tobsuchtsanfälle.

Was die Beeinträchtigung der somatischen Sphäre betrifft, so finden sehr häufige Congestionen gegen den Kopf statt, in Folge deren sich das Gesicht geröthet und lungesirend, der Puls voll und beschleunigt zeigt. Im Verlaufe dieses Stadiums treten gewöhnlich die ersten leiseren Vorzeichen (selten schon im Vorbestadium) und allmählig deutlichere Symptome der fortschreitenden Paralyse ein.

Der Kranke gibt bei raschem Sprechen ein leises Zittern der Zungenmuskeln und dadurch bedingte Unsicherheit der Stimme zu erkennen; meist gleichzeitig hiermit verliert derselbe die Sicherheit des Tastgefühles, er vermag kleine Gegenstände z. B. Nadeln, kleine Münzen nicht mehr so sicher aufzuheben wie vordem.

Besonders bezeichnend sind in diesem Stadium das häufige Auftreten von Schwindel, Ohnmacht die apoplexie-ähnlichen Anfälle und Krämpfe welche in ihrem Auftreten ein der Epilepsie ähnliches Gepräge zeigen. Diese Anfälle und Krämpfe sind meist im Gefolge der Tobsuchtsanfälle und bilden eigentlich die gewisse Einleitung der fortschreitenden Paralyse. Nach solchen Anfällen erholt sich der Kranke anscheinend schnell, aber es bleibt in der Regel eine Lähmung dieser

oder jener Muskelpartie sowie ein deutlicher Fortschritt der Geisselschwäche zurück.

Die Kranken haben ein eigenthümliches Gefühl von Müdigkeit und Eingeschlafensein und Zusammenziehen der Glieder, besonders der Füsse. Sie sehen Funken vor den Augen, geben Schwere und Eingenommensein des Kopfes sowie Gefühl von Bluthandrang gegen denselben an. Die Pupillen sind gewöhnlich erweitert, und zwar, wie auch Baillarger angibt, nicht selten die eine mehr als die andere.

Die häufigen Convulsionen sind wohl eine Folge des permanenten Gehirnreizes; der Kranke streckt und beugt gewaltsam seine Extremitäten, schlägt um sich, verzerrt seine Gesichtszüge, knirscht mit den Zähnen, rollt die Augen in ihren Höhlen umher, beugt den Kopf stark rückwärts und gelangt so zu jenen bei Beschreibung der Störung der physischen Sphäre angedeuteten Tobsuchtsanfällen. Die Patienten sind dabei, wie erwähnt äusserst unruhig, brüllen, schlagen und heissen um sich, so dass sie dem sorgfältigsten Verwahrsam überwiesen werden müssen. Auf dem gerötheten Anlitze tritt reichlicher Sch weiss hervor, der Kranke blickt starr um sich und bietet das Schreckbild eines Verzweifelnden. Nach jeder solchen vehementen Erregung folgt grosse Abspannung.

Diese Anfälle cessiren hie und da für längere Zeit so dass der Kranke seiner Besserung entgegenzugehen scheint; doch treten sie in der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle über kurz oder lang mit verstärkter Intensität wieder auf. Mit der Zunahme der durch die akuten Anfälle bedingten Körperschwäche schwindet die Intelligenz; die bisher mit Ausnahme des Gedächtnisvermögens noch gut erhaltenen intellektuellen Kräfte sinken

immer mehr und nähern sich dem unausbleiblichen Ausgange in Blödsinn.

Was das Auftreten und Berechnen der Kranken gegen aussen hin in den von akutem Delirium freien Zwischenphasen betrifft, so entspricht solches ihren Selbstübersetzungs-Ideen. Sie suchen meist gegen ihre Mitkranken sowie die Besuchenden der Anstalt zu imponiren, gestikuliren gewaltig, halten Reden, gleichviel ob Jemand zuhört oder nicht, zeigen eine stolze Haltung, stolzen Blick u. s. w.

II. Hauptstadium.

Stadium der geistigen Schwäche, der fortschreitenden und vollendeten Paralyse.

Von nun an macht der körperliche und geistige Verfall des Kranken ungemein rasche Fortschritte. Der paralytische Grössenwahn hat eine Stufe erreicht, dass man diesem Stadium mit gutem Rechte den für das ganze Krankheitsbild gewöhnlich gebrauchten Namen: Dementia paralytica belegen könnte. Von dem Beginne der Paralyse der Zunge ist die Reihe der Morbiditätsstörungen unhaltsam fortgeschritten; auch die sensitive Sphäre des Nervensystems erfährt von jetzt an seine Beeinträchtigung. Die Lähmung der Zunge tritt in stärkstem Masse zu Tage, die Stimme wird zitternd und unverständlich; der Kranke muss oft mitten in seinem Gespräche innehalten und vermag nicht, dem überstürzenden Sprudel seiner Ideen mit Worten zu folgen, obwohl sich das Motiv der Selbstüberschätzung noch durch alle seine Worte und Gebarden hindurchzieht. Die Lippen werden schwerer beweglich, die Oberlippe hängt bei geschlossenem Munde ungewöhnlich weit über die untere hervor. Lässt man den

Kranken die Zunge zum Munde heraussrecken, so sieht man ein convulsivisches Zittern und Vibrieren derselben, dem der Wille des Kranken keinen Einhalt zu thun vermag. In Folge fortwährender Steigerung dieser Krampfbewegungen, die hauptsächlich nach den in diesem Stadium sehr häufigen Tobstuchanfällen in bedeutend gesteigerter Intensität auftreten, geht die Sprache in ein vollständiges Stadium über; ein Moment welches bei der Stadium-Einheilung der meisten Autoren einen wichtigen Anhaltspunkt bietet. Der deutlich ausgesprochenen Paralyse der Zungenmuskeln folgt in der Regel die der untern Extremitäten, wovon sich die ersten leisen Anfänge hier und da auch schon im vorhergehenden Stadium zeigen. Die Schritte des Kranken werden unsicher, sein Gang schwankend, welchen Umstand übrigens derselbe meist gar nicht fühlt. obwohl er überhüll, an Tischecken etc. ansässigt, öfters auf ebennem Boden hinfällt u. s. w., oder wenn er ihn fühlt, ihn des Stoches als unentbehrlicher Stütze sich bedienen heisst. Der Kranke zieht den einen Fuss schleppend hinter dem andern nach, ohne ihn viel über den Boden zu erheben, so dass sein Gang einen ganz eigenthümlichen charakteristischen Anblick bietet.

Zu Anfang dieser Lähmung besitzt der Patient wohl noch soviel Willensenergie, dass er vermittelst dieses der beginnenden Schwäche noch einigen Einhalt zu thun vermag, verliert sie aber gar bald im weiteren Verlaufe dieses Stadiums.

Das Gesicht verliert allen geistig'n Ausdruck, erhält ein blaßes Aussehen, die Augen liegen tief und glanzlos in ihren Höhlen. Durch die enormen physischen und psychischen Aufregungen nehmen jetzt die Kräfte des Kranken rasch und sichtlich ab; er wird mager oder hat ein gedunsenes bleiches Aussehen. Gleichzeitig mit die-

ser Intelligenz geht ein immer mehr über Hand nehmender geistiger Schwächezustand einher, namentlich erleidet das Gedächtnissvermögen eine beträchtliche Verringernng. Der Kranke weiss sich nicht mehr zu erinnern, was er wenige Augenblicke vorher gesprochen und gesagt hat. Er vermag weder Faktoren der jüngsten Vergangenheit, noch auch solche, die der Zeit nach lerner liegen, in seinem Geiste zu reproduziren. In seltenen Fällen bleibt das Gedächtniss noch längere Zeit unversehrt, doch das Coordinationsvermögen der verschiedenen Zeitelemente unter sich ist immer getrübt.

Der Kranke erkennt Personen nicht mehr, die ihm lieb waren, aber auch, die er früher glühend hasste, sind ihm gleichgültig geworden; er vergisst selbst auf seine lieblichgewohnheiten, und scheint völlig willenlos und folglich auch leidenschaftlos geworden zu sein. Daher kommtes, dass solche Individuen entweder hartnäckig alle Nahrung von sich weisen, oder anderseits eine thierische Gefrissigkeit zeigen, ihren Körper vernachlässigen, alle Reinlichkeit ausser Acht setzen, vor den Augen des Arztes und der Besuchenden sich unanständig entblößen, sich nicht scheuen, offen Masturbation zu treiben, wenn man sie nicht durch Zwangsmassregeln daran verhindert. Der Kranke weiss wirklich nicht mehr, wer er ist, und was er thut, weiss nicht, in welcher Tages- und Jahreszeit er sich befindet, sagt einen und denselben Satz oder pflegt ein und dieselbe Melodie den Tag über unzählige Male, und glaubt so oft er wieder von vorne anfängt, Etwas Neues zu produziren, so dass die Rede für ihn zum blossen Schall, zu leeren Worten herabgesunken ist. Unartbalsam schreiet nun auch die Paralyse weiter fort, nach jedem neuen tobstüchtigen Anfälle ist in der Regel eine neue Muskelparalyse von der Lähmung ergriffen. Es werden die Muskeln des Gesichts, der obern Extremitäten

len, der Blase, des Mastdarmes in unbestimmter Aufeinanderfolge paralytirt. Zu Ende des Stadiums treten Schlund- und Respirationstätimmungen hinzu.

Die Grössenwahn-Vorstellungen verschwinden jetzt allmählig und in dem Masse als die Exaltation abnimmt, nimmt die Dementia zu. Die meisten Kranken sind im spätern Verlaufe dieses Stadiums so unweithin in Rücksicht auf ihre Leibesentleerungen, dass man sie in dieser Beziehung strenge überwachen, ihre Betten in gesonderten Lokalen anbringen lassen muss. Diese Unweithigkeit hat ihren Grund theils in der Willenslosigkeit des Kranken, theils in der bereits eingetretenen Lähmung der Sphinkteren. Die Kranken legen die sonderbarsten Launen an den Tag; spielen mit ihren eigenen Extremitäten, stecken sie in den Mund und zeigen dabei eine ausserordentliche Freude; oder sie vollführen automatische Bewegungen, krüpfen beständig ihre Kleider auf und zu, trommeln, unathörlich mit den Fingern auf dem Tische; oder sie breiten dunnf und starr vor sich hin, gequält von Hallucinationen aller Art. Dieser apathische Zustand wechselt hier und da mit Tobsuchtsanfällen ab, die jetzt übrigens viel seltener geworden und viel weniger intensiv sind; dagegen treten zu Ende des Stadiums häufig Epileptie-ähnliche Anfälle auf; das bleiche Gesicht ist hierbei geröthet, die sonst kühle Hauttemperatur bedeutend erhöht.

Selten durchläuft ein Kranker die Symptomeneihe dieses Stadiums bis zu Ende, er geht meist schon früher zu Grunde, häufig an Dysenterie, an Tuberculose u. s. w.

Der Kranke verliert bald gänzlich die Fähigkeit zu gehen und zwar nicht bloss in Folge von Schwäche, sondern von wirklicher Contraction in den Gelenken, ebenso das Tastvermögen und die Receptivität für alle Sinnesindrücke.

Man kann ihn stark drücken oder kneipen, ohne irgend eine Schmerzempfindung zu vernehmen. Auch die Stimme verliert immer mehr an Gehalt, wird zuletzt ein blosses Lallen, oder äussert sich nur in unarticulirten thierischen Tönen. Der Kranke bietet jetzt das Bild des vollendeten Blödsinns, und es ist keine Spur des früheren exaltirten Wesens mehr an ihm zu bemerken. Wenn der Kranke in den Zustand der allgemeinen Paralyse eingetreten, so ist er nur mehr eine blosse rohe Körpermasse, aus welcher alle Seelenfähigkeit, selbst der thierische Instinkt verschwunden ist. Sein Kopf ist gesenkt, seine Extremitäten hängen schlaff und leblos vom Stize herab, von welchem er oftmals herabfällt. Wo man ihn hinlegt, bleibt er ruhig liegen. Von nun an kann man den Kranken nicht mehr ausser Bette lassen; auch in diesem verändert er sehr selten seine Lage, daher gewöhnlich bedeutender Decubitus auftritt, lässt Koth und Harn unter sich gehen und muss künstlich geflüthert werden. Es sind Fälle bekannt, dass Kranke vom Feuer ergriffen wurden und sich heftig verbrannten, ohne dass sie es zu fühlen schienen. Die Respiration geht sehr langsam von statten, man sieht die Bewegungen des Thorax fast gar nicht, da ja auch die Muskeln des Rumpfes von der Paralyse ergriffen sind. Der Puls ist sehr klein und fadenförmig; die Hauttemperatur eine sehr verminderte. Es kommen oft Flüssigkeiten in die Luftwege, ohne dass dadurch die geringsten Reflexerscheinungen hervorgerufen würden. Selbst gegen grössere Substanzen reagirt die Tracheal- und Bronchialschleimhaut nicht, so dass oft der Kranke in Folge von Speiseresten in den Luftwegen, oder in Folge von Compression des Kehlkopfes durch hinter der Zunge eingeklemmte Bissen asphyktisch zu Grunde geht.

Das Individuum magert zum Skelette ab, oder ist

Hydropisch aufgetrichen und gewährt einen bedauerenswerthen Anblick.

Nachdem dieses Stadium mehr oder minder lange gedauert, tritt der Tod ein, als kein plötzliches, fremdes Ereigniss, sondern blosse Fortsetzung der zuletzt stattgehabten Symptome, wo jedes einzelne Organ schon nach und nach für sich vom Tode befallen war.

Prognose.

Schon Esquirol sagt: *La demence compliquée est incurable*, und die meisten Schriftsteller stimmen in ihren Ansichten mit diesem Ausspruche überein. Desseungeachtet ist aber dennoch die Prognose nicht so absolut ungünstig, und nicht jedesmal der lethale Ausgang unvermeidlich.

Zu Anfang der Krankheit, beim Eintritt der ersten Symptome wurde öfters Heilung oder wenigstens Stillstand beobachtet. Viele der von Meyer aufgeführten Krankenfälle haben einen günstigen Ausgang genommen. Wenn freilich die Paralyse schon weite Fortschritte gemacht hat, ist an Heilung nicht mehr zu denken. Billod erzählt einen Fall (*Annal. med. psych. par-Baillarger 2. Serie; Tome II*), wo die Paralyse durch Eintritt der Cholele geheilt wurde.

Die Dauer der Krankheit beträgt nach Duchesne's Erfahrungen nie unter 9 Monaten, selten über 2—3 Jahre; doch sind mir Fälle aus der Literatur bekannt, welche eine viel längere Krankheitsdauer nachweisen.

Therapie.

Diese kann, wie aus dem bisher Gesagten ersichtlich, nur symptomatisch sein. Specifien gibt es natürlich weder für die Gehirnatrophy und die daraus entstandene

Paralyse, noch für die psychische Alienation. Wenn der Arzt im Stande ist, die Krankheit gleich im Anfange des Vorbotenstadiums richtig zu erkennen, so glaube ich, dass von der methodischen Anwendung der Faradisation günstige Erlolge zu hoffen wären. Ebenso glaube ich, dass die von Meyer angewandten Chloroform-Inhalationen (bis zu einer bestimmten Grenze) näherer Berücksichtigung und Versuche würdig seien und für die Therapie günstiges zu leisten vermögen.

Gegen die der Meningitis eigenthümlichen Congestiven zieht man mit dem bekanntesten antiphlogistischen Wurzelpflanze zu Felde, ohne dass man aber dadurch den Eintritt der Atrophie zu verhindern vermöchte. Ebenso kommt die Antiphlogose in Anwendung bei den akuten tobsichtigen und convulsivischen Anfällen. Kalte Befegungen, Purganzen, Blutentziehungen, die Nothwendigkeit der Regelung der Diät, des Stuhles und der Harnentleerung; sowie Abhaltung von körperlicher und geistiger Anstrengung und von geschlechtlichen Exzessen ist von selbst verständlich. Gegen die Tobsuchtfälle sind die geeigneten Zwangsmassregeln anzuwenden.

Gleichzeitig interkurrende somatische Erkrankungen, als Pneumonie, Tuberculose etc. sind nach den Lehren der speciellen Therapie zu behandeln.

