

# Mischung endogener und exogener Symptome im Krankheitsbilde.

Von

**J. van der Torren,**

Nervenarzt in Hilversum (Niederlande).

*(Eingegangen am 7. Dezember 1912.)*

Nachfolgende zwei Krankengeschichten dürften eine allgemeinere psychiatrische Bedeutung beanspruchen:

Patient, 56 Jahre alt, in kinderloser Ehe verheiratet, war, obgleich ein tüchtiger Kerl, ein Sonderling, der mit seiner Frau sehr abgesondert lebte und fast niemals Besuche empfing. Immer sehr regelmäßig lebend, fast ohne Tabak und ganz ohne Alkohol, war er auch sehr besorgt um die Gesundheit seiner Frau, und bestand auf eine sehr hygienische Lebensführung. So sollte sie z. B. des Staubes wegen die Kleider immer kurz tragen usw. In fast 20jähriger Ehe nie ernstlich krank, war er aber schon wegen einer Kleinigkeit leicht beunruhigt, und „so ein bißchen hysterisch“, wie er selber und auch die Frau es nannten. Während der letzten 4 Tage war es nun nicht ganz richtig mit ihm; er hatte etwas Kopfweg, war unruhiger, ließ verschiedene Sachen aus den Händen fallen. Vor ein paar Tagen bekam er nach dem Genuß einer Tasse Schokolade Magendarmstörungen, es fror ihn, und am Montag morgen war er nach dem Erwachen „verwirrt“, und seine Frau wünschte, er solle einen Arzt holen lassen. Davon wollte er aber nichts wissen; er sei nicht krank, er wolle zu seiner Arbeit gehen. Pat. kam denn auch aus seinem Bette, konnte sich aber die Strümpfe und Beinkleider nicht anziehen, ließ die Lade seines Waschtisches zu Boden fallen, fiel selber zu Boden und konnte, ins Bett zurückgebracht, die Bettdecken nicht über sich ziehen.

4. Nov. Als ich den Pat. sah, lag er herzlich lachend im Bette, die Angst und Nervosität seiner Frau verspottend. Es ginge ihm doch ganz gut, aber sie, seine Frau, sei krank. Er selber wollte aufstehen und hinausgehen. Bei der Untersuchung ergibt sich, daß die linke Nasolabialfalte leicht verstrichen ist, der Händedruck auf der linken Seite weniger kräftig als auf der rechten Seite, was aber auch die Folge davon sein kann, daß Pat. im Gegensatz zur rechten Seite, nicht kräftig und stetig, sondern in Absätzen drückt. Das Öffnen der Klappen eines Portemonnaies mit der linken Hand gelingt, jedoch sehr unbeholfen. Der Zeigefinger-Nasespitzeversuch beiderseitig mit Tremor (Fieberkälte?). Der linke Arm wird spontan nicht benutzt, der rechte über den Kopf gelegt. Der Plantarreflex links < rechts; kein Babinski, kein Oppenheim. Ausgenommen die langsame Sprache, wobei es scheint, als müsse Pat. die richtigen Worte suchen, keine aphasischen Symptome. Um Pat. nicht zu reizen, wird von einer genauen Untersuchung Abstand genommen; es gelingt nach einiger Überredung, ihn versprechen zu lassen, zu Hause und im Bette zu bleiben, und darauf sagt er, daß er mir dann mal erzählen will, was er meint, daß es ist. Nach der Tasse Schokolade ist er krank geworden und schon gestern war es ihm deutlich, daß der Diensthote ihn vergiftet habe. Die Diensthoten machen dies öfters; sie sind heute so fremd-

artig, so ... ja, ich wisse schon, was er meine. Vorige Woche hat auch einer seiner Bekannten, der aus Indien zurückgekehrt war, ihm noch erzählt, wie dies auch in Indien geschieht. Nach dieser Erzählung betrachtet Pat. mit Interesse die mit Figuren versehene Bettdecke und gibt auf Befragen an, daß er dort allerlei absonderliche Figuren erblicke, die ihm sehr verdächtig vorkommen. (Nach der Frau hat Pat. schon gestern die Signale des Eisenbahnzuges halluziniert. Er hat eine Stellung bei der Eisenbahn inne.) Pat. erklärt sich damit einverstanden, daß er eine Pflegerin bekommt, aber es soll eine junge und hübsche sein.

Montag abend: Pat. deliriert, sieht an der Wand allerlei Sachen, mit welchen er tagsüber bei der Eisenbahn zu tun hat und beschäftigt sich auch jetzt damit. Seine Erzählungen sind aber unbegreiflich und verwirrt, ab und zu hört man ein paraphasisches Wort, z. B. Woelder oder so etwas für Woensdag = Mittwoch. Er ist zeitlich desorientiert (Donnerstag), produziert eine phantastische Erzählung über das, was er gestern gemacht hat, meint auch heute nicht den ganzen Tag über zu Hause gewesen zu sein. Er meint, mich und auch die Schwester früher schon gesehen zu haben, weiß aber nicht, daß ich heute früh schon bei ihm war und weiß auch nicht, daß die Schwester den ganzen Tag über an seinem Bette gesessen hat. Bauchreflexe = 0. Temperatur 40° C rectal.

5. Nov. Pat. ist während der ganzen Nacht sehr ruhig gewesen. Heute morgen Temperatur 39,5°. Somnolent; reagiert fast nicht auf Anrufen und Nadelstiche. Macht auf Befehl die Augen nicht auf, steckt die Zunge nicht heraus. Murmelt ab und zu mit starkem Tremor ganz und gar unverständliches Zeug vor sich hin. Das Schlucken ist erschwert. Die linke Nasolabialfalte ist verstrichen. Plantarreflex links < rechts, kein Babinski, kein Oppenheim; Patellarreflexe positiv (rechts > links?). Im Abdomen nichts Abnormes. Herz nicht dilatiert, Herztöne schwach. Kopf, nicht aber die Augen, meistens nach der linken Seite. Pupillen gleich, ziemlich eng. Kleiner, blauer Fleck in der linken Glutäalgegend.

Abends: Temperatur 40,8°. In der linken Glutäalgegend ein tellergroßes, rotes, hartes Infiltrat mit geplatzten, viel Serum sezernierenden Blasen. Puls und Respiration leicht unregelmäßig. Benommenheit. Eiweiß im Urin.

6. Nov. morgens: Temperatur 40°. Puls 120, sehr schwach und unregelmäßig. Leichte Cyanose. Auf ein paar Fragen reagiert Pat.: Ob er trinken will, antwortet er leise: „ja“, und trinkt äußerst schwierig ein wenig Wasser; ob er Kopfweh hat, scheint er bei dreimaliger Wiederholung der Frage so etwas wie „nein“ zu schütteln. Therapie: Ol. camphorat. subcutan.

Abends: Temperatur 40,6°. Die Somnolenz scheint etwas weniger tief.

7. Nov. Morgens 11 Uhr in Agone; linke Pupille ziemlich eng, rechte weit. Dreiviertel Stunden später Exitus.

Im März dieses Jahres war dem Pat. ohne direkte Folgen ein schwerer Blumentopf auf den Kopf gefallen.

Welche Diagnose sollen wir in dem Falle stellen? Ob Blutung oder Erweichung, läßt sich wohl nicht mit Sicherheit sagen; in bezug auf das Kopftrauma konnte man sogar noch an eine posttraumatische Erweichung + Blutung denken (traumatische Spätblutung), besonders wo alle sonstigen ätiologischen Momente fehlen und der Mann bis dahin eigentlich kerngesund schien. Auf der anderen Seite scheint aber ein Zeitraum von fast 8 Monaten zwischen Trauma und Apoplexie doch wohl etwas zu lange dauernd, um jetzt noch eine traumatische Spätblutung annehmen zu dürfen.

Was die Lokalisation betrifft, so weisen die ziemlich engen

Pupillen nach dem Oppenheimschen Lehrbuch auf den Pons hin (wenn sie hier nicht die Folge der Somnolenz waren, was mir wahrscheinlicher ist); das gleiche gilt bei der nur leichten Somnolenz, vielleicht auch von den Störungen der Artikulation und der Deglutition, und von dem schnellen und hohen Ansteigen der Temperatur. Für den Pons erscheint aber auffallend die geringe Intensität der Lähmung, ja ich möchte sogar meinen, daß die Bewegungsstörung in erster Linie nicht die Folge einer Lähmung, sondern einer Apraxie war. Und ist diese letzte Meinung wirklich die richtige, so werden wir damit wohl zum Großhirn verwiesen und damit wird auch sogar die Seite ungewiß, obgleich, um das leichte Verstrichensein der linken Nasolabialfalte und den fast totalen Mangel aphasischer Symptome (es bestand nur eine leichte Paraphasie), die rechte Seite die größte Wahrscheinlichkeit für sich hat, wenn wenigstens nicht eine Balkenblutung mit doppel-seitigen Ausläufern bestand. Wenn jemand behaupten will, es lag eine Infektion vor mit Infektionsdelirien und leichten Lokalsymptomen, so ist auch diese Behauptung ohne Obduktionsbefund nicht zu widerlegen. Weist denn die enge linke Pupille bei erweiterter rechten kurz vor dem Tode vielleicht noch auf die rechte Seite hin? Klippel und Weil<sup>1)</sup> haben im Koma bei Hemiplegikern öfter eine Verengung der Pupille auf der dem Herde entgegengesetzten Seite beobachten können, während außerhalb des Komas diese Pupille bei vielen Hemiplegikern im Gegenteil unter dem Einfluß des krankhaften Reizes erweitert war. Wie im Schläfe, in Zuständen der Somnolenz usw. beide Pupillen verengt sind, so erklären Klippel und Weil die Verengung der dem Krankheitsherde entgegengesetzten Pupille damit, daß die kranke Hirnseite gleichsam früher einschläft, als die gesunde Seite.

Nun handelt es sich in unserem Falle aber nicht um eine Verengung der linken, sondern um eine Erweiterung der rechten Pupille. Man sollte deshalb meinen, daß sogar in der Agone der Reiz in der kranken Hirnhälfte noch fortbestand und dieser statt eine Erweiterung eine Verengung der linken Pupille hervorrief. Auch hierbei hat man aber zu bedenken, daß schon öfter kurz vor dem Tode, in der Agone, Ungleichheit der Pupillen beobachtet worden ist, auch in Fällen ohne krankhaften Hirnherd.

Somatisch ist in der Krankengeschichte noch auffallend das Auftreten des akuten Decubitus, gleichwie die fast stetig sich vertiefende Somnolenz (Apoplexia ingravescent) ein *Signum mali ominis*. Strümpell gibt, wenigstens in der Auflage seines Lehrbuchs vom Jahre 1896, dem Zweifel Ausdruck, ob der akute maligne Decubitus von Charcot wirklich eine rein trophische Störung ist und ob er nicht

<sup>1)</sup> Klippel, M. et M. Pierre-Weil, L'inégalité pupillaire au cours de l'hémiplégie cérébrale. La Sem. méd. 32, 541. 1912.

von dem Druck und dem Eindringen septischer Stoffe in die Haut abhängig sei. Meines Erachtens weisen nun doch Beobachtungen, wie die meinige, fast mit Gewißheit darauf hin, daß es einen besonderen Einfluß des Gehirns auf die gelähmte (apraktische?) Seite gibt, in welcher Weise man sich diesen sog. „trophischen“ Einfluß denn auch klar zu machen hat, und daß es sich bei einem Decubitus nicht immer einfach um Druck und Infektion handelt. Man denke sich nur: ohne Inkontinenz entwickelt sich schon am zweiten Tage äußerst rasch innerhalb weniger Stunden ein ausgebreiteter Decubitus, obwohl ich die erfahrene Pflegerin schon am ersten Tage auf die Decubitusgefahr aufmerksam gemacht, und sie auch selber schon die gewöhnlichen Maßregeln getroffen hatte.

Daß ich diese Krankengeschichte einer Publizierung wert halte, dazu ist aber nicht der körperliche, sondern der psychische Status die Ursache. Dieser psychische Status läßt sich gleichsam in drei Perioden einteilen: Am Montag morgen die mangelnde Krankheitseinsicht, die Euphorie, die leichten Halluzinationen und besonders die Vergiftungswahnideen; am Montag abend der amnestische Symptomenkomplex (Störung der Merkfähigkeit, zeitliche Desorientierung, Konfabulationen), kombiniert mit Berufsdelirien, aber ohne stärkeren Bewegungsdrang; und noch später drittens die Somnolenz. Lassen sich diese drei Perioden nun auch nicht scharf voneinander abgrenzen, ist besonders der Übergang von der zweiten zur dritten Periode uns geläufig, und lassen auch die Halluzinationen, die Euphorie und die mangelnde Krankheitseinsicht der ersten Periode ohne Schwierigkeit bei dem amnestischen Symptomenkomplex der zweiten Periode sich unterbringen, so nehmen doch die Vergiftungswahnideen der ersten Periode eine besondere Stellung ein. Das Ganze ist mal wieder kein einheitliches Bild, das in einem bestimmten Fach unterzubringen ist. Offenbar bringt die Hirnläsion im Anfang, wenn ihre Intensität noch eine geringe ist, endogene Faktoren zur krankhaften Äußerung. Aus klinischen Untersuchungen der letzten Zeit wissen wir, wie unter den verschiedensten Einflüssen es bei den Psychopathen zur raschen Entwicklung von Wahnideen kommt, in casu bei unserem wohl psychasthenischen Patienten zur Bildung von Vergiftungswahnideen. Mit der Zunahme der Intensität der Hirnläsion, mit welcher auch wohl eine lokale Ausbreitung dieser Läsion vergesellschaftet ist, werden dann die Symptome aus endogener Ursache verwischt und kommen solche aus exogener Ursache reiner zum Vorschein. Das Bestehen einer chronischen Psychose mit Wahnideen vor der jetzigen Erkrankung anzunehmen, dazu liegt kein Grund vor.

Bonhoeffer<sup>1)</sup> weist in seinem Buch über symptomatische Psychosen

<sup>1)</sup> K. Bonhoeffer, Die symptomatischen Psychosen. Leipzig u. Wien 1910.

S. 124 auf die Tatsache hin, daß man bei letzteren „allenthalben individuelle endogene Faktoren die Symptomgruppierung und das Krankheitsbild beeinflussen“ sieht, „und es ist damit naturgemäß auch mit einer gewissen Variabilität der exogenen psychischen Reaktionsformen zu rechnen“. Es kann deshalb nur vorteilhaft und dem endgültigen Erlangen einer harmonischen, mit den klinischen Tatsachen in Übereinstimmung stehenden Einteilung der psychotischen Krankheitsbilder förderlich sein, wenn wir die Folgen dieser endogenen Einflüsse von denen der exogenen Ursachen abzutrennen erlernen werden. Und für unseren Fall liegen nun, wie ich meine, die Verhältnisse dazu sehr günstig. Zwar sagt Bonhoeffer auf S. 16, daß flüchtige Wahnbildungen ängstlichen Inhalts sich oft an Halluzinationen von Schatten, von Grabgesang u. dgl. (bei den Infektionspsychosen) anschließen, und ist dies auch aus einigen seiner publizierten Krankengeschichten ersichtlich. Bonhoeffer weist sogar (S. 17) auf das Persistieren residuärer Wahnideen bei den Infektionspsychosen hin, wie dies auch von den alkohol-deliranten Prozessen her bekannt ist. Er läßt es aber dahingestellt, ob solche residuäre Wahnideen als Ausdruck einer stärkeren psychischen Schädigung aufzufassen oder ob hierbei individuelle Momente ausschlaggebend sind.

Solche endogene, individuelle Momente scheinen mir nun in unserem Falle im Anfang zur Hervorrufung der Vergiftungswahnideen ganz sicher zu sein. Zur Zeit, als Patient diese geäußert hat (am Sonntag und am Montag morgen) standen Halluzinationen noch ganz im Hintergrunde und waren äußerst elementar und wenig zahlreich, war das Bewußtsein eigentlich noch gar nicht getrübt, und ist eine psychogene Wurzel als Ursache ihres Entstehens, nämlich die Erzählung seiner aus Indien zurückgekehrten Bekannten vor einigen Tagen, daß solch eine Vergiftung durch Dienstboten in Ost-Indien häufig sei, recht deutlich.

Diese Meinung, die Dienstboten in Ost-Indien betreffend, ist überdies in den Niederlanden eine recht weit verbreitete. Man kann es dem Patienten mit seiner ängstlichen Natur nun sehr gut nachfühlen, wie er unter dem Einfluß dieser Erzählung seiner Bekannten dazu gekommen ist, seine leichten Magen-Darmstörungen nach dem Genuß der Tasse Schokolade einer Vergiftung zuzuschreiben, besonders wenn man noch berücksichtigt, daß er mir auch noch erzählt hat, daß seiner Meinung nach den heutigen Dienstboten im allgemeinen recht wenig zu trauen ist und sie so eigentümlich sind. „Sie (das war ich) verstehen das schon.“

Mit der Zunahme der Intensität und auch wohl Ausbreitung der Hirnläsion wird der endogene Faktor nun gänzlich überwuchert, werden im klinischen Bilde die Symptome, zu deren Entstehen die Anlage

kräftig mitgeholfen hat, gänzlich verwischt, und kommt der exogene Faktor im deliranten Korsakoffähnlichen Zustande und noch später in der Benommenheit immer deutlicher zum Vorschein. Es ist diese Mischung oder Aufeinanderfolge endogener und exogener Symptome, welche die Einteilung so schwierig macht, auf deren Vorkommen und Wichtigkeit, insbesondere im Zusammenhang mit der bekannten Meinung Hoches über die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie<sup>1)</sup>, Bornstein<sup>2)</sup> vor kurzer Zeit noch hingewiesen hat, sei es auch nur soweit es die kombinierten Psychosen betrifft.

Man glaube nun aber nicht, daß nur in der Psychiatrie diese Schwierigkeit besteht.

Auch die interne Medizin z. B. kennt sie. Man denke nur an das Krankheitsbild des Typhus abdominalis. Es entwickelt sich bei ihm eine leichte Bronchitis, als deren Ursache man noch die Typhusbacillen ansehen kann, ohne daß man aber andere Bakterien mit Sicherheit ausschließen darf, und besonders nicht, wenn die Bronchitis im weiteren Verlauf noch zunimmt und vielleicht sogar eine Bronchopneumonie aus ihr resultiert. Und doch nennen wir auch dann noch immer die Krankheit einen Typhus und dies wohl deshalb, weil es die Typhusbacillen sind, welche für unser praktisches Handeln am wichtigsten sind, d. h. soweit es die soziale Hygiene betrifft, denn für den Patienten selbst kann unter Umständen die sekundäre Infektion weit gefährlicher sein, als die ursprüngliche mit den Typhusbacillen. Und gleiche Schwierigkeiten treten in der internen Medizin bei allen Misch- und Sekundärinfektionen auf.

Und wie mit einer Zunahme der Intensität der Krankheitsursache die Symptome sich ändern, ist auch außerhalb der Psychiatrie schon längst bekannt. Man denke nur an die verschiedenen Stadien der Verbrennung. Oder man fasse nur die Pleuritis ins Auge, wie mit der Zunahme des Exsudats ganz andere Symptome auftreten wie im Anfang, und doch nennt man es nach wie vor Pleuritis, eben weil die Pleura ein einheitliches Organ ist. Und können nicht die Symptome ganz andere werden, sobald bei einer Nephritis z. B. die Entzündung an Intensität zunimmt, und statt nur etwas Eiweiß und Leukocyten im Urin erscheinen, es endlich sogar zur hämorrhagischen Nephritis kommen kann.

Beim Gehirn oder vielleicht besser noch beim Zentralnervensystem, welches letztere Hirn und Rückenmark beide umfaßt, wachsen aber die Schwierigkeiten ins Ungeheuer. Für die Symptome einer Nierenläsion ist es gleichgültig, ob diese Läsion den unteren oder oberen Pol der

<sup>1)</sup> Diese Zeitschrift, Orig. 12, 540. 1912.

<sup>2)</sup> Bornstein, M., Zur Frage der kombinierten Psychosen und der pathol. Anatomie der Landry'schen Paralyse. Diese Zeitschrift, Orig. 13, 1. 1912.

Niere trifft, denn wenn auch die Niere kein einheitliches Organ ist, wie die Pleura, und es recht gut möglich sein dürfte, daß die Symptome andere sind, je nachdem die Glomeruli, die Tubuli contorti oder die Tubuli recti stärker betroffen sind, so ist die Mischung der verschiedenen Bestandteile der Niere doch eine gleichmäßige.

Wie ganz anders steht es in der Beziehung aber mit dem Zentralnervensystem. Das Gehirn-Rückenmark ist ein einziges Organ oder, wenn man will, es sind zwei Organe, gewiß; aber besser könnte man es eine Sammlung verschiedener Organe nennen, welche zwar innig untereinander zusammenhängen, von welchen aber jedes seine eigene Funktion ausübt. Welche kolossale Verschiedenheit zwischen Occipitalhirn oder Präzentralwindung, um nur eine einzige recht deutlich in die Augen springende Verschiedenheit zu nennen.

Offenbar ist die Arbeitsteilung innerhalb des Zentralnervensystems viel weiter vorgeschritten, als innerhalb irgendeines anderen Organsystems, und nur diese äußerst komplizierte Verschiedenheit, ohne daß, wie dies z. B. in der Niere wohl der Fall ist, die verschiedenen Träger der Funktion gleichmäßig untereinander gemischt sind, macht es möglich, daß mit der Zunahme der Intensität des krankhaften Reizes und damit auch wohl des Ausbreitungsbezirks der Läsion, die verschiedensten Symptome auftreten können, ohne daß man einen langsamen Übergang von dem einen Symptom in das andere nachweisen kann. Und dazu kommt dann noch die individuelle Anlage.

Wie man in letzter Zeit der alten Konstitution, in welcher gewiß auch ein wichtiger nervöser Faktor steckt, wieder mehr Beachtung schenkt, so könnte man gewissermaßen auch eine psychische Konstitution unterscheiden. Wenn die Konstitution dann nur kein leeres Wort bleibt, sondern zukünftig einen reichen Inhalt bekommen wird.

Jedenfalls aber beweist unser Fall, daß nur bei einer gewissen Intensität des krankhaften Reizes endogene Symptome auftreten können, während sie bei der Zunahme der Intensität verwischt werden und die rein exogenen in den Vordergrund treten.

Zum Beweise kann ich nicht umhin, noch kurz einen zweiten Fall anzuführen (welchen ich leider nicht von Anfang an selber beobachten konnte, weshalb ich, was diesen Anfang betrifft, auf die Anamnese des Arztes und der Patientin selber angewiesen bin), und welcher Fall uns den gleichen Verlauf, nur in umgekehrter Reihenfolge, zeigt.

Patientin, eine 32jährige Dame, immer ein wenig an Zweifelsucht leidend, einige Tage vor der Menstruation immer ein wenig reizbar, und nach der Menstruation, ich möchte fast sagen, leicht hypomanisch, erleidet, nachdem sie vorher durch Krankheit ihres Mannes eine recht ernste Zeit mit vielen psychischen Traumen durchgemacht hat, in der Nachgeburtsperiode des vierten Partus eine kolossale Blutung, so daß Lebensgefahr daraus entsteht. Vom ersten Tage an entwickeln sich nun bei der Pat. die psychotischen Symptome, welche im weiteren Verlauf

zur Entstehung einer Melancholie führen, mit vielen Angstattacken und besonders auch vielen Zwangsvorstellungen, hauptsächlich die Vorstellung betreffend, die Kinder mit einem Messer töten zu müssen. Ab und zu werden im Verlauf die depressiven Symptome auf kurze Zeit unterbrochen von mehr manischen Erscheinungen, und hört man Pat. z. B. sagen, daß sie heute auf ganz kurze Zeit etwas froh gewesen ist, oder daß es ab und zu in ihr jubelt und jauchzt. „Ein fremdartiges Gefühl doch, wenn man alles wieder mit ganz anderen Augen betrachtet. Es ist gerade, als ob man alles viel mehr schätzt und würdigt.“ Oder es war Pat. zuweilen, als ob sie vieles reden möchte, „und doch fühlt man, daß dies nicht möglich ist, daß es eine zu große Anstrengung sein und man dadurch wieder verwirrt werden würde. Man kann einfach seine Gedanken nicht beisammen halten.“

Diese Depression ist mit leichten Remissionen und Exacerbationen verlaufen und innerhalb  $2\frac{1}{2}$ —3 Jahren langsam abgeheilt. Auffallend ist nun, daß Patientin nach der Blutung im Anfang sehr vergeblich war. „Wenn der Arzt hingegangen war, wußte ich nicht mehr, was er gesagt hatte, obgleich ich doch gut aufgemerkt hatte.“ Würde man die Aufmerksamkeit anzweifeln und meinen, daß die Vergeblichkeit wohl mit dem Mangel an Interesse zusammenhängen wird und deshalb nicht einen Beweis für die Abnahme der Merkfähigkeit darstellt, so hängt sicher nicht mit der Depression zusammen die Tatsache, daß Patientin nach der Blutung sogar absolut vergessen hatte, daß in ihrem Hause, wo sie doch schon fast 2 Monate wohnte, ein Keller sich befand. Es bestand also auch eine retrograde Amnesie. Leider habe ich, wie schon gesagt, Patientin selbst innerhalb der ersten Zeit nicht beobachten können, kann deshalb auch nicht sagen, ob Störungen der Orientierung und eventuell auch Konfabulationen bestanden. Wohl kann ich aber sagen, daß ungefähr 2 Monate nach der Blutung, als ich Patientin zum erstenmal und später noch oftmals sah, nur depressive und keine amnestischen Symptome weiter bestanden, und daß die Melancholie langsam in ihrer Entwicklung fortschritt.

Also auch hier wieder im Anfang, als die Anämie und damit auch die Läsion am intensivsten war, Symptome aus dem Bereich des amnestischen Symptomenkomplexes, während im weiteren Verlaufe diese letzteren verschwinden und mit der Besserung der Anämie die Depression vielleicht erst auftritt und jedenfalls sich langsam weiter entwickelt, sich darauf einige Zeit auf der Höhe hält, um erst danach wieder langsam in Heilung überzugehen.

Wir sahen also, daß die Krankheit die Folge der Zusammenwirkung exogener und endogener Ursachen ist. Letztere zerfallen nun offenbar noch in zwei verschiedene Teile, einen physischen und einen psychischen, und zwar die körperliche Anlage, gleichsam der Prädisposition für eine körperliche Erkrankung analog, und die psychische Anlage, wie sie unter dem vielzusammenfassenden Begriff des Charakters zur Entwicklung und Äußerung gelangt. Und hierbei sind, auch soweit sie das

Zentralnervensystem, ja nur das Großhirn betreffen, körperliche und Charakteranlage nach vielen Jahrhunderten Physiologie, Psychologie und Philosophie noch immer nicht zur Deckung gebracht. Man kann also sagen: Krankheitsbild = exogene Ursache + endogene körperliche + endogene psychische Anlage. In dem einen Fall wird der eine, in dem anderen Fall der andere Faktor mehr in den Vordergrund treten, und es kann nur Sache der klinischen Erfahrung sein, die Gesetze zu bestimmen, welche hier walten. An dieser Stelle habe ich nun zu beweisen versucht, wie unter diesen Gesetzen auch die Intensität der exogenen Ursache eine Rolle spielt; daneben wird es aber gewiß noch viele andere Faktoren geben. Viel ist auf diesem Gebiete noch nicht gearbeitet, wohl weil erstens die Psychiatrie sich bis auf heute in einem zu hohen Grade abseits von den anderen klinischen Unterabteilungen der Medizin entwickelt hat, und weil vorläufig die größte Ausbeute wohl gerade auf dem Gebiete der leichteren sog. symptomatischen Psychosen in den inneren usw. Kliniken zu finden sein wird.

Es ist nun bekannt, daß Tiling den Standpunkt vertritt, daß die natürliche Charakterbeschaffenheit sich auch in der Psychose erhalte und offenbare, und daß Cl. Neißer in seinem Vortrag „Individualität und Psychose“, gehalten am 29. September 1905 in der allgemeinen Sitzung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran, den entgegengesetzten Standpunkt vertritt. Beide Psychiater dürften in ihrer bestimmten Richtung übertreiben. An Neißers Ansichten auf diesem Gebiete konnten wir an dieser Stelle sogar vorübergehen, weil er in seinem Vortrag „jene große Gruppe von Fällen“ von seinen Betrachtungen ausscheidet, „welche unter dem Namen der Dégénérés nach dem Vorgange französischer Autoren zusammengefaßt zu werden pflegen, und deren gemeinsame Eigenart darin besteht, daß sie Besonderheiten, Abnormitäten und pathologische Qualitäten schon in ihrem gewöhnlichen Zustande an sich tragen, welche auch den bei ihnen auftretenden psychischen Störungen ein besonderes Gepräge verleihen“, und weil es sich in unseren beiden Fällen gerade um solche Dégénérés handelt. Ich möchte dann aber doch fragen, wo die Grenze zwischen degeneriert und nicht degeneriert liegt, und ob für die wissenschaftliche Betrachtung keine Wahrheit steckt in der Laienfrage „Wer denn eigentlich heute noch ganz und gar psychisch gesund ist“, sei es auch, daß von den Laien diese Frage meistens nur in ironischer Weise gestellt wird, um ihrer Ablehnung Ausdruck zu verleihen. Aber wie schon gesagt, nur die klinische Untersuchung und Erfahrung, nur die von Fall zu Fall mühsam analysierende Arbeit des ärztlichen Klinikers kann uns hier Auskunft geben.