



No. 45.

Donnerstag, den 9. November 1905.

31. Jahrgang.

Die Therapie der funktionellen Psychosen.¹⁾

Von E. Mendel.

Unter den prädisponierenden Momenten wie unter den direkten Ursachen der Geisteskrankheiten spielt die erbliche Anlage weitaus die hervorragendste Rolle.

Eine prophylaktische Therapie der Psychosen würde demnach in erster Reihe die Fortpflanzung von Familien, damit auch die Eingehung einer Ehe in denjenigen Fällen zu bekämpfen haben, in denen eine erhebliche erbliche Belastung besteht. Auf dem Wege der Gesetzgebung etwa ein Eheverbot unter den bezeichneten Verhältnissen herbeizuführen, erscheint ausgeschlossen, um so mehr, als gewichtige soziale Gründe gegen Erschwerung der Bedingungen der Eingehung einer Ehe sprechen. Und daß gerade in dem hier in Betracht kommenden Punkte die neueste Gesetzgebung in Deutschland die weitgehendsten Konzessionen für die Eheschließung macht, geht daraus hervor, daß selbst ein Geistesschwacher, welcher entmündigt worden ist (§ 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches), mit Einwilligung seines gesetzlichen Vormundes heiraten darf (§ 1304 des Bürgerlichen Gesetzbuches). Aber auch dann, wenn eine größere Geneigtheit bei den gesetzgebenden Faktoren vorhanden wäre, der Prophylaxe in bezug auf die Vererbung von Geisteskrankheiten Rechnung zu tragen, würde es zurzeit noch an sicheren und widerspruchsfrei anerkannten wissenschaftlichen Tatsachen fehlen, welche die notwendige Grundlage für ein gesetzgeberisches Eingreifen abgeben könnten.

Es bleibt demnach übrig, durch Belehrung und Warnung seitens des Arztes die Eingehung von Ehen bei erheblicher hereditärer Belastung möglichst zu verhindern.²⁾ Man soll dabei den Begriff der erblichen Belastung nicht zu weit fassen. Eine geisteskranke Großtante oder eine geisteskranke Cousine, welche blutsverwandt sind, können, wenn sie die einzigen Fälle von Geisteskrankheit in der Familie darstellen, als bedenklich für die Eingehung einer Ehe nicht erachtet werden. Um so weniger, als in der Regel nicht einmal festzustellen ist, ob jene Geisteskrankheiten nicht etwa

durch eine exogene Ursache hervorgerufen worden und somit überhaupt nicht als Ausdruck einer bestehenden Familien disposition zu betrachten sind.

Diese letztere Frage des exogenen Ursprungs (Infektionskrankheiten, Puerperium, Trauma) wird aber auch da in Erwägung zu ziehen sein, wenn Geisteskrankheit in der direkten Aszendenz vorgekommen ist. Sind beide Eltern psychisch krank, oder besteht bei Vater oder Mutter eine jener schweren, in der Regel unheilbaren Formen von Geisteskrankheit, welche meist schon ein Ausdruck erheblicher erblicher Belastung sind, dann wird die Prophylaxe für die Nachkommenschaft das ärztliche Verbot der Eingehung einer Ehe rechtfertigen.

Zu den letzteren psychischen Erkrankungen sind die periodischen und zirkulären Psychosen vor allem zu rechnen, sodann aber auch die chronischen Formen der Paranoia. Zu einer Warnung vor Eingehen der Ehe wird man auch in denjenigen Fällen kommen müssen, in welchen sowohl auf väterlicher als auch auf mütterlicher Seite mehrfach Fälle von Geisteskrankheiten oder Fälle von schweren zentralen Neurosen (speziell Epilepsie) oder Alkoholismus, Morphinismus oder Selbstmord vorgekommen sind. Ist progressive Paralyse bei der direkten Aszendenz vorgekommen, so ist die hereditäre Belastung nicht in dem Grade wie bei den erwähnten funktionellen Psychosen zu fürchten. Besonders hervorzuheben ist, daß Kinder, welche sehr lange Zeit vor Auftreten der deutlichen Zeichen der progressiven Paralyse bei dem Vater oder der Mutter geboren wurden, viel seltener abnorm werden als die während der Krankheit geborenen.

Von noch größerer Bedeutung als die Erwägung der erblichen Verhältnisse ist selbstverständlich für die Prophylaxe der Psychosen die Beantwortung der Frage, ob eine Person, welche tatsächlich geisteskrank, oder eine solche, welche geisteskrank gewesen, aber geheilt ist, heiraten darf. Die erstere Frage ist zu verneinen. Sie ist zu verneinen nicht bloß mit Rücksicht auf die Kranken, sondern auch mit Rücksicht auf die etwaige Nachkommenschaft. Mit den außerordentlich seltenen Fällen, in welchen eine chronisch geisteskranke Person in der Ehe gesund geworden ist, ist nicht zu rechnen. Anders liegt die Sache in dem zweiten Fall. Wenn auch die Ansicht vieler Laien und mancher Aerzte nicht richtig ist, daß die Ehe ein Schutzmittel gegen die Wiederholung vor-

¹⁾ Erweiterter Abdruck aus dem binnen kurzem erscheinenden Bd. III des Ebstein-Schwalbeschen Handbuchs der praktischen Medizin. 2. Aufl. 1905.

²⁾ cf. meinen Aufsatz in „Krankheiten und Ehe“ von Senator und Kaminer. München 1904.

handen gewesener Geisteskrankheit sei, so erscheint es doch andererseits nicht gerechtfertigt, jemanden, welcher geisteskrank gewesen und von der Krankheit geheilt ist, von der Eingehung einer Ehe auf jeden Fall auszuschließen.

Es wird zu erwägen sein, ob und inwieweit die überstandene Geisteskrankheit Ursachen zuzuschreiben ist, welche außerhalb des Organismus lagen, und inwieweit die erblichen Verhältnisse und die Form der überstandenen Krankheit eine größere oder geringere Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr der Psychose in sich schließt.

Zur prophylaktischen Therapie gehört auch die sorgfältige Ueberwachung jener Kinder, welche, hereditär belastet, ihrem ganzen Verhalten nach die Besorgnis rechtfertigen, daß sich bei ihnen die Disposition zur Krankheit fortschreitend entwickeln könnte. Da, wo Vater oder Mutter oder beide nervös sind, entferne man das krankhafte Disposition zeigende Kind frühzeitig, etwa mit dem sechsten oder siebenten Jahre, aus dem schädlichen „Milieu“, jedenfalls aber vor dem Beginn der unter solchen Verhältnissen besonders gefährlichen Pubertätszeit. Der Aufenthalt auf dem Lande oder in einer kleinen Stadt in einer in einfachen Verhältnissen lebenden Familie ist besonders zu empfehlen. Zu vermeiden ist die gerade bei derartigen Kindern so oft von den Eltern beliebte „kräftige Nahrung“, d. h. viel Fleisch oder gar Alcoholica. Milch, Gemüse, Obst werden die zweckmäßigste Diät bilden. Bei der Wahl des Berufs wird auf die Eigenart der hereditär Belasteten besondere Rücksicht genommen werden müssen. Von solchen Berufen, welche anstrengende geistige Beschäftigung, viele Examina notwendig machen, wird abzuraten sein.

Ist das Bestehen einer Geisteskrankheit festgestellt, dann ist die erste Frage, welche sich der Arzt vorzulegen hat, die, ob der Kranke zu Haus behandelt werden kann oder in eine Irrenanstalt gebracht werden muß. Die geringste Schwierigkeit in bezug auf die Entscheidung über diese Frage bieten in der Regel diejenigen Fälle, in welchen der Kranke tob-süchtig ist. Der Kranke gefährdet in augenscheinlicher Weise sich und seine Umgebung, er kann nur mit Gewalt davon zurückgehalten werden, alles in seiner Umgebung zu zerstören, durch das Fenster zu gehen, unbekleidet aus der Wohnung zu stürzen etc. Die Einrichtungen in der Wohnung genügen nicht, um den Kranken und die Umgebung vor Schaden zu bewahren. Der Kranke ist unmöglich, außer unter den speziell für solche Kranke eingerichteten Verhältnissen einer Irrenanstalt. Zu berücksichtigen ist aber, daß es schnell vorübergehende Anfälle von Tobsucht, epileptischer, hysterischer, alkoholistischer Natur, gibt, welche ablaufen, ehe noch der Kranke in der Irrenanstalt anlangt, oder bald nach seiner Aufnahme daselbst. Besteht der Verdacht, daß es sich um eine solche vorübergehende Tobsucht handelt, so versuche man zuerst eine Einspritzung von Scopolaminum mit Morphinum (cf. unten) und warte deren Wirkung ab, ehe man die Ueberführung vornimmt.

Hat sich die Tobsucht nach dem Ergebnis der Anamnese auf dem Boden und im Verlauf einer Psychose entwickelt, stellt sie demnach nur eine ihrer Phasen dar, so zögere man nicht, die Ueberführung des Kranken ins Werk zu setzen.

Die Aufnahme in eine Anstalt ist ferner erforderlich in denjenigen Fällen, in welchen der Selbstmord des Kranken zu befürchten ist, sei es, daß der Kranke schon Selbstmordversuche gemacht hat, sei es, daß die Form der Geistesstörung und die Äußerungen des Kranken Selbstmord befürchten lassen. Vor allem kommen hier in Betracht die Melancholischen. Jeder Geisteskranke, bei dem die Diagnose „Melancholie“ gestellt worden, ist selbstmordverdächtig, und der Arzt soll in jedem solchen Falle den Angehörigen erklären, daß er keine Verantwortung übernehme dafür, daß der Kranke sich ein Leid antue. Man beruhige sich nicht bei den Äußerungen der Angehörigen, daß der Kranke zu „feige“ oder zu „religiös“ ist, als daß er Selbstmord begehen könnte. Der Affekt überwindet jene Eigenschaften. Solche Kranke sollten auch offenen Anstalten nicht überwiesen werden, da diese bei ihren Einrichtungen einen wirksamen Schutz nicht bieten können. Eine dringende Indikation für die Aufnahme in eine Irrenanstalt bietet ferner die Nahrungsverweigerung des Kranken, da

nur in einer Anstalt die Behandlung dieses Symptoms in entsprechender Weise durchgeführt werden kann. Es kann zwar volle Karenz 12–14 Tage und Karenz mit Genuß von Wasser drei Wochen und länger ertragen werden, immerhin soll man mit der Behandlung nicht so lange warten, bis eine erhebliche Schwäche des Organismus eingetreten ist, welche für das Leben Gefahr bringen kann oder doch die Genesung von der Geisteskrankheit erschwert.

Abgesehen von den erwähnten Momenten wird der Zweck der Heilung der Krankheit die Ueberführung in eine Irrenanstalt notwendig machen. Der Maniacus muß ruhig gestellt werden, er muß daran gehindert werden, herumzulaufen, Exzesse in Baccho et Venere zu begehen und dadurch die Krankheit zu steigern. Dies ist nur möglich, wenn er seiner Freiheit beraubt wird. Der Melancholicus muß dem Einflusse seiner bisherigen Umgebung entzogen werden, aus den Räumen und von den Personen entfernt werden, deren Anblick ihm Schmerz bereitet oder den vorhandenen Schmerz steigert. Die Entfernung vom Hause bildet eine Indicatio morbi. Dazu kommt, daß bei dem Widerstreben dieser Kranken, welche sich nicht für krank halten und daher jede Behandlung zurückweisen, irgend ein zweckmäßiges Regime im Hause nicht durchgeführt werden kann.

Die Beschränkung der Freiheit des Kranken in einer Irrenanstalt wird ferner überall da notwendig sein, wo Gefahr vorhanden ist, daß der Kranke infolge seiner krankhaften Vorstellungen sich oder andere schädigt. Ein Kranker mit Größenideen, welcher durch Verschwendung, durch pekuniäre und geschäftliche Verbindlichkeiten, die er eingeht, sich und seine Familie materiell zu ruinieren imstande ist, wird ebenso wie der sequestriert werden müssen, welcher auf Grund von Verfolgungsvorstellungen das Leben, die Gesundheit oder die Ehre seiner angeblichen Verfolger gefährdet. In letzterer Beziehung erscheinen halluzinierende Paranoiker besonders dann gefährlich, wenn eine geistige Schwäche, welche die Handlungsfähigkeit lähmt, noch nicht vorhanden ist.

Auch ohne daß eine der genannten Indikationen für die Ueberführung in eine Irrenanstalt vorhanden ist, kann eine solche bei Geisteskranken deswegen notwendig werden, weil die sozialen Verhältnisse eine Pflege und Ueberwachung des Kranken im Hause überhaupt nicht gestatten. Auf der andern Seite lassen sich ausnahmsweise bei besonders günstigen äußeren Verhältnissen die Einrichtungen einer Anstalt auch außerhalb derselben, in einer Villa etc., herstellen und dort auch die notwendige ärztliche Aufsicht und Behandlung durchführen.

Ist die Ueberführung in eine Irrenanstalt beschlossen, so setze man sie möglichst sofort ins Werk. In vielen Fällen ahnt der Kranke, wenn ihm nichts mitgeteilt worden ist, daß etwas Besonderes vor sich gehen, auch wohl, daß er in eine Irrenanstalt gebracht werden soll, und flüchtet oder begeht Suicidium. Dies gilt besonders von Melancholikern und Paranoikern. Vor der Ueberführung sage man dem Kranken offen, daß er in ein Krankenhaus gebracht werden soll, und halte die nötigen Kräfte bereit, um seinen etwaigen physischen Widerstand zu überwinden. In der Regel fügt sich bei verständigem Zureden der Kranke, zuweilen aber erst, wenn er die Uebermacht gesehen hat. Fügt er sich nicht, so ist es für den Kranken besser, daß Gewalt, d. h. Wärterhände, angewendet werden, als abzustehen und ihn in dauernder Erregung und Befürchtung vor neuem Ueberfall zu lassen.

Nur ausnahmsweise darf unter Berücksichtigung äußerer Verhältnisse, der Notwendigkeit, einen Auflauf im Hause oder auf der Straße, welcher durch das Schreien des Kranken entstehen würde, zu vermeiden, List angewendet werden, bei deren Ausführung Beamte der Anstalt, in welche der Kranke gebracht werden soll, unbeteiligt bleiben sollen. Die Anwendung von Betäubungsmitteln zum Zwecke der Ueberführung in eine Anstalt ist zu verwerfen.

Die Behandlung der Psychose hat auf den Zustand der Organe der Brust- und Bauchhöhle sorgfältige Rücksicht zu nehmen und auch den etwaigen ätiologischen Zusammenhang zwischen der Erkrankung eines dieser Organe und der Psychose in Betracht zu ziehen. Dies gilt auch für die Erkrankungen

des weiblichen Sexualapparates. Doch ist die operative Entfernung der Organe desselben als Heilmittel der Psychose zu verwerfen, und sie ist nur dann vorzunehmen, wenn sie, abgesehen von der Psychose, durch die Erkrankung des betreffenden Organes erfordert wird. Dagegen sind Einspritzungen in die Vagina, Pessarien etc. in geeigneten Fällen zu empfehlen.

Symptomatisch kommen bei der Therapie folgende Zustände in Betracht, welche bei den verschiedensten Psychosen beobachtet werden:

1. Angst und Unruhe. Dagegen sind zu empfehlen: die Brompräparate, mehrmals täglich zu 1—1,5—2 g pro dosi, auch in Verbindung mit Aqua lauroc. und Extr. hyoscyam. (Solut. natr. bromat. [12—18] 150,0, Aqua lauroc. 6,0, Extr. hyoscyam. 1,0, Syr. simpl. 30,0, dreimal täglich ein Eßlöffel); Antipyrin 0,5—1, 2—3mal täglich; Phenacetin 0,5, 2—3mal täglich, beides auch eventuell mit Codein. phosphor. 0,03—0,05. Versucht kann auch werden Trional in refracta dosi, 3—4mal täglich 0,5 g. Weitaus am wirksamsten ist das Opium (entweder in Substanz oder als Extr. opii in Dosen von 0,05 früh und mittags, abends 0,10, steigend oder Tr. opii, 3mal täglich 15 Tropfen, steigend bis auf 40 Tropfen). Die Stuhlverstopfung bekämpfe man durch reichlichen Genuß von Obst, durch salinische Abführmittel, Kurella, Faulbaumrindentee, Feigensirup $\frac{1}{2}$ —1 Eßlöffel etc. In manchen Fällen, in denen Opium keine Beruhigung schafft, erreicht man diese durch Morphinum, am besten in subcutaner Injektion (0,01—0,015). Auch die Verbindung von kleinen Dosen Scopolaminum hydrobromicum (0,00075—0,0001) mit Morphinum (0,01) ist zweckmäßig. Wo nach Morphinuminjektionen Erbrechen auftritt, füge man dem Morphinum kleine Dosen Atropin bei (0,0001—0,0002).

Beruhigend wirkt ferner Bettruhe (Klinotherapie, Guislain, Neißer), welche vor allem bei allen anämischen und schlecht genährten Personen zu empfehlen ist und jetzt bei akuten Psychosen allgemein in ausgedehnter Weise angewendet wird. Die Bettruhe wirkt günstig auf die Zirkulation (die Pulsbeschleunigung läßt nach), sie verlangsamt die Respiration und befördert die Gewichtszunahme, resp. hemmt die Gewichtsabnahme. Mit Vorsicht ist sie da anzuwenden, wo Onanie besteht, und auch hypochondrische Zustände erheischen, daß die Bettruhe öfter unterbrochen wird. Zu lange Fortsetzung der Bettruhe macht die Kranken apathisch und energielos. Nicht durchzuführen ist die Bettruhe da, wo die Kranken im Bett allerhand Tollheiten treiben, Burzelbäume schießen etc.

Beruhigend wirken ferner feuchte Einwicklungen. Man schlägt den ganzen Körper (der Kopf bleibt frei) in ein Laken, welches in Wasser von 30—22° C getaucht ist, und hüllt ihn dann in eine wollene Decke. So bleibt der Kranke ein bis zwei Stunden oder länger liegen. Die Prozedur kann mehrmals täglich wiederholt werden.

Ferner sind protrahierte Bäder von einer gleichmäßigen Temperatur von 35—36° sehr zu empfehlen. Sie können viele Stunden, auch einen Tag und länger fortgesetzt werden; doch ist Vorsicht bei längerer Dauer geboten, da manche Kranke im Bade kollabieren.

2. Schlaflosigkeit. Wenn auch eine andauernde Schlaflosigkeit unzweifelhaft den Kranken schädigt und ärztliches Einschreiten nötig macht, so ist auf der andern Seite vor der übermäßig häufigen Anwendung von Schlafmitteln, welche für den Kranken und speziell auch für die Ernährung des Kranken nicht indifferent sind, zu warnen. Jedenfalls versuche man erst mit den erwähnten Beruhigungsmitteln Schlaf zu erzielen, außer den Vollbädern am Abend können auch Sitzbäder von 35° C eine halbe Stunde lang, Aufziehen von nassen Strümpfen, nasses Handtuch auf den Leib, Massage eine Stunde vor der Nachtzeit angewendet werden, ehe man zu Schlafmitteln übergeht. Die letzteren gebrauche man dann auch nicht jede Nacht. Als Schlafmittel kommen in Betracht: Morphinum, subcutan 0,02—0,03 (!); Dionin 0,01—0,015, ebenso wie Heroin 0,01 bis 0,02 subcutan; Sulfonal (1—2 g), am besten fein gepulvert, in viel warmer Flüssigkeit. (Vergiftungserscheinungen zeigen sich im Urin als Verminderung der Menge mit Rotfärbung, welche durch Hämatoporphyrin bedingt ist. Der rotgefärbte Urin dunkelt beim Stehen nach.) Trional und Tetronal (1—2 g), Hedonal (1,5—2,5 g), Urethan (2 g), Dormiol (2 g), Bromidia

teelöffelweise, Amylenhydrat (3—4 g in Kapseln oder als Klistier mit Mucil. Gummi arab.), Veronal 0,5, Isopral 0,5—1,0, Neuronal 1,0, das sehr zu empfehlende Paraldehyd 5—10 g (macht aber die Ausatemungsluft widerlich riechend und wird deswegen von manchen Kranken zurückgewiesen), mit Zuckerwasser oder Himbeersaft (bei allen Reizungen der Magenschleimhaut und des Respirationsapparates zu vermeiden). Im Klysma kann Paraldehyd als Oleulsion gegeben werden. Bei den manisch Tobsüchtigen zeigt sich Chloralhydrat noch da wirksam, wo die erwähnten Mittel versagen. Dosis 2—3 g in Lösung mit Syr. cort. aurant., eventuell auch im Klysma. Beim Genuß selbst kleiner Mengen alkoholischer Getränke tritt öfter nach Chloralgebrauch Rash auf (Rotwerden des ganzen Körpers, besonders des Oberkörpers), welcher in der Regel nach 24 Stunden wieder verschwindet. Bei Herzkranken ist Vorsicht geboten.

Endlich kann man bei sehr großer Unruhe und da, wo dem Kranken weder per os noch per anum ein Mittel beizubringen ist, eine subcutane Injektion von Scopolaminum hydrobrom. 0,0005—0,001 (!) oder von Duboisin sulf. (0,0008 bis 0,001 bis 0,0015) machen. Nach fünf bis zehn Minuten pflegt Beruhigung einzutreten, welche aber in der Regel nur wenige Stunden dauert. Die häufigere Anwendung als zweimal in 24 Stunden und eine längere Fortsetzung des Gebrauchs dieses Mittels ist zu widerraten, da es nachteilig auf die Ernährung wirkt und die Kranken leicht zusammenklappen. In manchen Fällen bleiben alle die genannten Mittel wirkungslos; man verzichte dann darauf, die Dosis immer weiter zu erhöhen, da man sich der Gefahr aussetzt, bei Ueberschreitung einer gewissen Grenze Kollapserscheinungen hervorzurufen. Zuweilen schläft der Kranke dann ohne Schlafmittel besser als mit diesen. Bei sehr heruntergekommenen Individuen wirkt zuweilen ein Glas echtes Bier, ein paar Gläser schweren Weines, ein Eierpunsch besser als alle Schlafmittel.

3. Nahrungsverweigerung. Bei Kranken, welche die Nahrung verweigern, unterlasse man nie, auf ihren Nachttisch einen Topf mit Milch oder Bouillon, einige Kakes oder Semmeln zu legen. Oefter kommt es vor, daß sie davon nehmen, wenn sie sich nicht beobachtet glauben, während sie sonst jede Nahrungsaufnahme verweigern. Nimmt der Kranke aber auch auf diese Weise Nahrung zu sich und ist es auch nicht möglich, ihm mit dem Löffel oder der Tasse (Schnabeltasse) Nahrung beizubringen und erstreckt sich die Abstinenz auch auf den Genuß von Wasser, so muß man zur Fütterung mit der Schlundsonde schreiten. Zuweilen genügt die Drohung mit dieser Fütterung, ihre Vorbereitung, um die Kranken zur Nahrungsaufnahme zu bewegen.

Je nach dem Kräftezustand des Kranken kann man bei absoluter Abstinenz drei bis vier Tage nach der letzten Nahrungsaufnahme warten; findet sich der chloroformähnliche Acetongeruch in der Expirationsluft, dann zögere man nicht, die Schlundsonde zu gebrauchen. Dem Kranken wird entweder in der Rückenlage mit mäßig erhöhtem Kopf oder auch, während er auf dem Stuhl sitzt, das Rohr durch den unteren Nasengang oder, wenn dies nicht geht, unter Anwendung des Heisterschen Spekulum durch den Mund langsam eingeführt. Man gibt dann in zwei Portionen geteilt täglich 1500 ccm Milch, 300 g Zucker, sechs Eier mit Zusatz von Wasser und ein Glas Wein. Mehr als ein Liter Nährflüssigkeit soll auf einmal nicht gegeben werden.

Mit der Sondenfütterung kann man Nährklistiere verbinden, eventuell sie in geeigneten Fällen ihr vorausgehen lassen: zuerst ein Reinigungsklistier, dann ein Opiumstuhlzäpfchen (Extr. opii 0,05—0,075) und nach etwa 15 Minuten das Leubische Fleischpancreasklistier oder Ewalds Eierklistier oder nach Riegel: 200 g Milch, ein Glas Rotwein, zwei Eier, etwas Kochsalz oder nach Ziehen: $\frac{1}{2}$ Liter Wasser, zwei Eier, zwei Eßlöffel Stärkemehl, eine Messerspitze Kochsalz. Dadurch, daß die Kranken die Klistiermasse schnell wieder herausdrängen, wird der Zweck oft vereitelt.

Den infolge mangelnder Nahrungsaufnahme zu befürchtenden oder eingetretenen Kollaps bekämpfe man durch Kochsalzinfusionen. Man nimmt am zweckmäßigsten 9 g Kochsalz auf einen Liter abgekochtes Wasser, erwärmt die Flüssigkeit

auf 40° und spritzt davon am Rücken oder auch am Oberschenkel mehrmals täglich 200 ccm ein. Die Spritze ist vorher auszukochen.

4. Gegen Schwächezustände und Kollaps sind außer den erwähnten Kochsalzinfusionen Coffeino-Natrium salicylicum (enthält 62,5 % Coffein), ein bis zwei Spritzen einer 20 %igen Lösung, subcutane Injektionen von Aether (am Rücken oder an der Brust, nicht an den Extremitäten wegen zu befürchtender Paralysen) oder subcutane Injektionen von Ol. camphoratum in Dosen von einer Pravazschen Spritze, nach Bedürfnis wiederholt, zu empfehlen.

5. Gegen die Verunreinigung mit Urin und Stuhlgang wie gegen das Kotschmieren ist neben andauernder Ueberwachung (häufiges Führen auf das Klosett) Einrichtung der Diät in der Weise erforderlich, daß die die Diurese befördernden Nahrungsmittel wie überhaupt flüssige Nahrung beschränkt und daß auch eine wenig Fäkalien bildende Kost verwendet wird. Gegen das Hervorholen des Kotes aus dem Mastdarm und Schmieren mit jenem wende man eine mehrfach täglich zu wiederholende Ausspülung des Mastdarms an.

6. Gegen tobsüchtige Zerstörungswut ist, wenn alle anderen Mittel, den Kranken zu beruhigen, fehlschlagen, die Isolierung in einer Isolierzelle notwendig. Es ist diese Isolierung dem andauernden Festhalten des Kranken durch Wärterhand und dem Kampf mit dem Wärter vorzuziehen. Eine Anwendung mechanischer Zwangsmittel (Zwangsjacke, Festbinden der Hände, Zusammenbinden der Füße etc.) ist nur gestattet, wenn gewisse Verletzungen oder die zu deren Heilung gemachten Verbände die absolute Ruhe des Kranken erheischen.

7. Gegen Selbstmord schützt sicher nur die unausgesetzte Ueberwachung des Kranken. Selbstmordverdächtige Kranke dürfen weder Tag noch Nacht einen Augenblick unbewacht bleiben.

8. Decubitus kann man durch sorgfältige Reinlichkeit, faltenloses Lager, Wasserkissen in der Regel, aber durchaus nicht immer (Decubitus acutissimus) vermeiden. Ist er aufgetreten, so wende man Zinksalben, Lanolin, Borvaselin (zehnprozentig) an, der Brandjauche ist freier Abfluß zu ermöglichen, schlaffe Granulationen sind mit essigsaurer Tonerde, Kampferwein, Alkohol (20prozentig) zu behandeln. Nach der Spülung trockne man öfters sorgfältig die umgebende Haut ab.

Die Nahrung der Geisteskranken soll, wenn nicht besondere Indikationen (z. B. Diabetes, Anämie etc.) es anders bestimmen, aus einer gemischten Kost bestehen, bei welcher besonders Milch und Obst reichlich zu geben sind. Alkoholhaltige Getränke sollen nur zum Zweck der Erfüllung besonderer Indikationen verordnet werden. Der Arzt muß an den Geisteskranken mit einem von Milde durchdrungenen Ernst herantreten. Er hat ebenso Drohungen zu vermeiden wie etwa ein Lächerlichmachen des Wahns oder des Benehmens des Kranken. In Gegenwart des Kranken soll ebensowenig wie bei einem nicht psychisch Kranken über die etwa ungünstige Prognose oder überhaupt über Dinge, welche den Kranken, wenn er eine normale Auffassungsgabe hätte, verletzen könnten, gesprochen werden. Der scheinbar abwesende und völlig teilnahmlose Kranke erzählt zuweilen nach seiner Genesung zum Schrecken der Aerzte und des Wartepersonals, was er alles während seiner Krankheit in seiner Nähe habe hören müssen. Ebensowenig wie der Arzt das völlig aussichtslose Beginnen unternehmen soll, dem Kranken seine Halluzinationen und Wahnvorstellungen ausreden zu wollen („Vernunftgründe“ tun ihm weh), ebensowenig soll er etwa das Begründetsein derselben oder die Möglichkeit eines solchen Begründetseins konzedieren. Wenn er es nicht vorzieht, den Kranken reden zu lassen, ohne ihm zu antworten, so handelt er am zweckmäßigsten, dem Kranken immer zu wiederholen, „das sind Produkte einer krankhaft erregten Phantasie“. Sobald es irgend angeht, beschäftige man den Kranken mit Gartenarbeit, Holzsägen, mit Zusammensetzspielen, Frauen mit früher gewohnten Handarbeiten etc. Für die ruhig Dementen hat die Kolonisation mit Ackerbaubetrieb, um welche sich in Deutschland Paetz (Alt-Scherbitz) besonders große Verdienste erworben hat, großen Segen gebracht.

In bezug auf die einzelnen Krankheitsformen sei hier noch erwähnt, daß man bei den periodischen Geistesstörungen in der intervallären Zeit Brom (früh und abends 2—3 g), subcutane Ergotininjektionen (0,1 pro dosi et die), Atropininjektionen in sehr kleinen Dosen (0,1—0,3 mg, Hitzig) anwenden kann.

Die typische Melancholie erfordert neben der Bettbehandlung und einer kräftigen Diät ohne Alcoholic vor allem eine Opiumbehandlung. Das Opium ist in steigender Dosis entweder in Substanz oder in der Form der Tinctura opii anzuwenden. Man beginne mit 0,05 Opium früh und mittags, gebe abends 0,1 und steigere, wenn erforderlich, die Tagesdosis bis auf 1 g. Es gibt Fälle, in denen das Opium nicht wirkt oder sogar die Erregung steigert. Man versuche es dann mit Morphininjektionen. Man beginne mit 0,015 pro dosi dreimal täglich und steige dann schnell auf 0,03—0,04, selbst 0,06. Die Besorgnis, daß aus einer solchen Behandlung Morphinismus hervorgehen könne, ist, wenn man unter ärztlicher Aufsicht das Morphin allmählich wieder abgewöhnt, durchaus grundlos. Ich habe nie bei solchem Verfahren eine Morphiumsucht sich entwickeln sehen. Zuweilen wirkt das Codein besser als das Opium oder Morphin. Die Verstopfung, welche man bei dem Gebrauch dieser Mittel fürchtet, tritt zuweilen garnicht ein, im Gegenteil wird die frühere Obstipation der Melancholischen öfter durch das Opium oder seine Präparate beseitigt. Besteht aber Obstipation, so wende man Klistiere, Oeleingießungen etc. an. Zuweilen treten bei der Opiumbehandlung hartnäckige Diarrhöen ein, welche man mit Tannalbin in Dosen von 1,0 g bekämpft. Die Verminderung der Salzsäuresekretion im Magen, welche durch die Opiumbehandlung entsteht, beseitigt man durch einige Tropfen Salzsäure nach jeder Mahlzeit. Erreicht man mit dem Opium oder dessen Alkaloiden keine Besserung, so wird die große Reihe der übrigen Mittel, welche gegen Melancholie empfohlen worden sind, Digitalis, Phosphor, meist ebenfalls vergeblich angewendet werden.

Es darf übrigens zum Schlusse dieser Betrachtung die Mahnung nicht unterbleiben, vor einem vielgeschäftigen Eingreifen mit therapeutischen Maßnahmen bei den funktionellen Psychosen zu warnen. Ein erheblicher Prozentsatz dieser Krankheiten geht bei einer exspektativen Behandlung in Heilung über, und Mittel zur Abkürzung des Verlaufes besitzen wir nicht.

Die Entlassung aus der Anstalt soll in der Regel erst dann geschehen, wenn der Kranke gesund ist oder in dem Falle der eingetretenen Unheilbarkeit die Momente weggefallen sind, welche eine Ueberwachung oder Pflege in der Anstalt notwendig erscheinen ließen. Manche Kranke versuchen, die fortbestehenden Wahnvorstellungen und Halluzinationen zu dissimulieren. Die Angehörigen, dadurch getäuscht, nehmen sie aus der Anstalt. Gewalttätige Handlungen gegen die eigene Person oder andere zeigen dann das Fortbestehen der Krankheit. Nur in seltenen Fällen, besonders bei der Melancholie, ist der Drang, nach Haus zu kommen, so stark, daß er die Bedenken gegen eine etwaige Entlassung zurückdrängen kann; hier tritt zuweilen dann zu Hause schnelle Heilung ein.