

XXII.

Aus der Provinzial-Irren-Anstalt Leubus.

Ein Fall von Dipsomanie.

Von

Dr. W. Alter,

Assistenzarzt.

(Mit Abbildungen.)



Durch Kräpelin und Aschaffenburg ist die Auffassung der periodischen Trunksucht als einer Aeusserung der Epilepsie begründet und ausgebaut worden. Die ausgezeichnete Monographie von Gaupp¹⁾ hat diese Auffassung zu einer Lehre erhoben, die heute kaum noch irgendwo auf ernstlichen Widerstand stossen wird. Seine Ausführungen gipfeln darin, dass die Dipsomanie ein wohlcharakterisirtes Krankheitsbild darstellt, „gekennzeichnet durch anfallsweises Auftreten eigenthümlicher Zustände, in welchen nach Vorausgehen einer gemüthlichen Verstimmung der unwiderstehliche Trieb nach Genuss berauschender Getränke erscheint, zu heftigen Ausschweifungen treibt, mit einer leichten oder tieferen Bewusstseinstrübung einhergeht oder zu einer solchen allmählig führt, bis nach wenigen Stunden oder Tagen, selten erst nach Wochen und Monaten, der Anfall von selbst ein Ende findet und nun nach Ueberwindung der Vergiftungserscheinungen einem mehr weniger gesunden Zustande Platz macht. Die periodischen Verstimmungen, welche ohne erkennbare Ursache eintreten und die wichtigste Theilerscheinung der Dipsomanie darstellen, sind epileptischer Herkunft und treten in ganz gleicher Weise auch bei anderen Formen der Epilepsie auf. Die Dipsomanie ist also . . . eine der Aeusserungsformen, unter denen die Epilepsie in Erscheinung tritt“.

Die Casuistik, durch die Gaupp diese Auffassung stützen konnte,

1) Jena, Gustav Fischer. 1902.

ist eine so umfangreiche, dass neues Material nur dann noch von Werth erscheint, wenn sich aus ihm neue Gesichtspunkte in pathogenetischer Beziehung ableiten lassen. Das ist meines Erachtens bei der im Folgenden geschilderten Beobachtung der Fall und rechtfertigt ihre ausführliche Mittheilung.

K. W., J.-N. 785 (P.-A.). Geboren 1868, als einziges Kind sehr wohlhabender Eltern, die noch leben und kerngesund sind. Mutterschwester seit Jahren geisteskrank, sonst über Heredität und familiäre Disposition nichts zu eruiren. W. selbst litt im ersten Lebensjahre an Krämpfen. Als Kind eigenthümlich, scheu, mied jeden Verkehr. Seit frühester Jugend bis in die Pubertätsjahre Anfälle von jäh und unmotivirt ausbrechendem Lachen bei stärkeren gemüthlichen Erregungen auch ernstester Art. Bettnässen bis ins 10. Lebensjahr. In der Schule faul, verlogen, unordentlich. 1882 (Tertianer) erbricht er die Casse des Vaters, stiehlt 1300 Mk. und geht durch; wird noch am selben Tage, völlig betrunken, wieder aufgegriffen, giebt an, er sei durchgegangen, weil er „die schlechte Behandlung jetzt nicht länger habe ertragen können“. Getrunken habe er, um sich von vornherein das Heimweh zu vertrinken. Frühjahr 1885 geht er wieder aus Kummer über schlechte Behandlung durch, bestiehlt dazu seinen Pensionsvorsteher, kommt aber nur bis zum nächsten Gasthaus, in dem er sich total betrinkt. Er wird jetzt in ein sehr strenges Erziehungshaus gebracht, reisst aber, im Sommer 1886, auch da wieder unter Mitnahme eines grösseren Geldbetrages aus. Acht Tage darauf erscheint er, total verwahrlost, in verzweifeltster Stimmung bei den Eltern. Er wird nun als Schiffsjunge untergebracht, fährt auf verschiedenen Schiffen bis Frühjahr 1888, ist während dieser Zeit mehrfach in fremden Häfen desertirt und hat dann nach eigener Aussage tagelang „herumgesoffen“, auch wiederholt wegen „betrunkenen Geschichten“ in Gefängnissen gesessen. Sommer 1888 wird er nach Amerika spedirt, um sich dort eine Existenz zu gründen. Er brachte in kurzer Zeit das mitgegebene Capital durch und kehrt schon im Herbst als Schiffsheizer zurück. December 1888 Eintritt in die Marine zur Ableistung der Dienstpflicht. Wird nach vier Wochen wegen Varicen als dienstuntauglich entlassen. Tritt jetzt in das Geschäft des Vaters, muss aber nach 18 Monaten wegen zahlreicher Unterschlagungen und Veruntreuungen ausscheiden, denen jedesmal schwere Alkoholexcesse, mehrfach auf unmotivirten Reisen, gefolgt waren. Auch von einem Gute, auf dem er die Landwirthschaft lernen sollte und immerhin 2 Jahre aushielt, wird er schliesslich aus dem gleichen Grunde wieder fortgeschickt. Dann beschäftigungslos bei den Eltern: wieder einige schwere Excesse, in denen er „wie tobsüchtig“ war, wiederholt seinen Vater thätlich angriff, einmal sogar mit einem Bowiemesser verletzte. October 1894 wieder in einem Geschäft. Anfang Januar, Mitte Februar, Ende April geht er wieder stets nach Veruntreuung grösserer Summen durch, macht ohne jede Vorbereitung, einmal sogar ohne Hut und Mantel, ziel- und planlose Reisen, auf denen er ununterbrochen enorme Alkoholmengen consumirt; kehrt dann jedesmal spontan, voller Reue, ganz gebrochen zurück. August 1895 wird er, reichlich ausge-

stattet, nach Transvaal geschickt, um dort eine Farm zu erwerben. Nach eigener Schilderung ist er da das Opfer einer geriebenen Gaunerbande geworden, jedenfalls kehrte er im April 96 völlig mittellos und heruntergekommen als Schiffsfeuernachmann nach Hamburg zurück. Er wurde von neuem auf einem ganz isolirt gelegenen Gute untergebracht, hielt sich da auch einige Wochen sehr gut. Ende Juni bekam er wieder seinen „Raptus“, er lief ohne Hut zwei Stunden weit in die nächste Kneipe, kehrte dann spontan in schwerstem Rausche zurück, drohte mit Brandstiftung, Mord und Todtschlag und musste mit List in eine Scheune gelockt und dort eingeschlossen werden; er schlief 20 Stunden ensuite, brach wieder aus und lief in Hemd und Hose in eine 3 Meilen entfernte Stadt. In der Gutskasse wurde jetzt ein Fehlbetrag von 1000 Mk. entdeckt. Patient wurde — ob mit Recht, ist nie eruiert worden — für den Dieb gehalten, verfolgt und in schwerer Betrunktheit gefunden. Bei der ihm ins Gesicht geschleuderten Beschuldigung schwerste Eruption. Er schlug ein paar Leute zu Boden, „brüllte wie ein Stier“, zertrümmerte Tische, Fenster, Stühle und Thüren. Schliesslich überwältigt, wird er auf Betreiben des Vaters in eine Privat-Irrenanstalt gebracht, von wo er aber nach wenigen Tagen auf Veranlassung des revidirenden Kreisarztes als nicht geisteskrank entlassen werden muss. Er bleibt, da sein Vater nichts mehr von ihm wissen will, am Orte, verschafft sich durch allerlei Manöver Geld und vertrinkt es. „Ich musste trinken, weil ich immerfort verzweifelt war, ich bin nie so oft verrückt gewesen wie damals!“ Im Rausch stets brutal, mehrfach schwer gewaltthätig. Durch Angehörige wird er zur Aufsuchung eines „Sanatoriums“ bestimmt, knüpft dort mit einer verheirateten Frau ein Verhältniss an, die ihn erst freiwillig unterstützt, dann von ihm, sobald der „Raptus“ über ihn kommt, durch Drohungen dazu gezwungen wird. Nach ihrer Abreise erpresst er von verschiedenen anderen weiblichen Personen unter den infamsten Drohungen grössere und kleinere Beträge. So versucht er einmal ein 65jähriges Fräulein zu vergewaltigen und droht ihr dann, er werde überall ausposaunen, dass er in ihr keine intacte Virgo mehr gefunden habe, wenn sie ihm nicht soviel Geld gebe, als er brauche. Daneben noch allerhand Hochstapeleien, nennt sich Hauptmann W., Prinz K., Graf Y., bramarbasirt und renommirt überall. In den Rauschzuständen äussert er schwere Drohungen gegen seine Angehörigen, die Umgebung. Manchmal „wie tobsüchtig“, dann wieder in „Angstzuständen“, oft delirant und hallucinirt. Vielfach schwer aggressiv und rücksichtslos, gewaltthätig; wird schliesslich durch Vermittelung der Polizeiverwaltung in die Privatanstalt P. gebracht, wo er sich nach kurzer anfänglicher Erregung über seine gewaltsame Einlieferung fügsam und ruhig beträgt, „im Verkehr aber durch seine Vorliebe für rohe und pikante Themen lästig wird“. In der Nacht vom 25./26. December 1896 entflohen er aus der Anstalt; am nächsten Morgen kehrte er freiwillig, schwer berauscht, aber in deprimirtester Stimmung zurück. Nach wenigen Stunden brach dann ein ziemlich schwerer „maniakalischer Erregungszustand“ aus, der nach einigen Tagen dem früheren ruhigen und bescheidenen Wesen Platz machte. In der Nacht vom 10./11. Februar 97 entwich der Kranke wieder: er lief nach dem nahen B., vertrank dort, was er

besass, fuhr mit einer Droschke nach der Anstalt zurück, trommelte den Assistenzarzt heraus, beraubte ihn seines Portemonnais, brannte sofort wieder durch und wurde erst am Abend schwer berauscht von der benachrichtigten Polizei wieder eingeliefert. Anfänglich gewaltthätig, tobsüchtig, klappte er dann plötzlich zusammen und schlief 20 Stunden. Am nächsten Tage sehr erregt, dann rasches Abflachen des Affectes zur Norm.

15. März 1897 Aufnahme in Leubus. Aus dem damals erhobenen Status: Abflachung des Hinterhauptes, ausgesprochene Asymmetrien im Schädelbau, Wildermuth'sche Ohren. Leichter Strabismus divergens. Gross; sehr kräftig gebaut, hochrothes Gesicht, unauffällige Physiognomie. Keine Narben. Pupillenreaction und Motilität überhaupt intact. Kein Tremor der Zunge oder der Hände. Reflexe normal. Innere Organe ohne Besonderheiten. Sensibilität intact. Kein Romberg, Sprache und Gang frei. Kenntnisse entsprechen dem Bildungsgang. Ohne Einsicht; er sei nicht geisteskrank, überhaupt nicht krank. Er gebe ja zu, es in letzter Zeit ein bisschen toll getrieben zu haben, er sei aber auch verleumdet worden und habe deshalb seine Stellung aufgeben müssen. Aus Längeweile habe er da Dummheiten gemacht, das sei alles; motivirt aber dann doch seine Excesse pp. mit „seinem alten Fehler der Genussucht, seinem alten Dämon, dem bösen Gewissen, das ihn betäubt habe“. In guter Stimmung, höflich, bescheiden, in seinem ganzen Verhalten der Situation angemessen.

21. April. Gestern bei einem Souper unter Alkoholwirkung völlig verändert. Ueberlebhaft, äusserst hastig im Sprechen, gesteigerte Activität mit ungestümen Bewegungen, aber ohne Ungehörigkeiten. Bei einem Versuch auf dem Clavier vorzuspielen (Pat. ist sehr musikalisch), völliges Fiasco, das W. selbst empfindet. Will dann sitzen bleiben, verlangt noch zu trinken, geht aber auf Zureden des Arztes ohne Schwierigkeiten auf sein Zimmer und zu Bett. Heute wie sonst, nur etwas verlegen.

21. Januar 1898. W., der sonst dauernd anspruchslos, heiter und manierlich ist, sich angemessen beträgt und auch bei den geselligen Unterhaltungen in Alcoholicis sehr temperent und ganz unverändert bleibt, begeht heut nach Verführung durch einen anderen Kranken einen leichten Alkohol-Excess, nach dem er leicht berauscht, aber tief deprimirt zurückkehrt.

2. März 1898. Spontaner schwerer Excess, muss in die Anstalt zurückgeholt werden. Im Anfall hochgradig ängstlich erregt, nachher in gehobenem Affect, dann einige Tage sehr deprimirt.

15. März 1898. Verfällt nach Genuss einiger Gläser Wein in einen ganz unverhältnismässig schweren Rauschzustand.

5. December 1898. Fühlte sich am 30. November angeblich von früh an nicht wohl. Ein anderer Kranker verschaffte ihm auf seinen Wunsch Rum, mit dem sich W. schwer berauschte. Verwirrt, hochgradig erregt, gewalthätig gegen die Umgebung. Am 1. December gedrückt und unzugänglich, am 2. December in veränderter Stimmung, reizbar, raisonnirend, einsichtslos, ganz untraintabel. Seit vorgestern deprimirt, voller Reue.

30. Mai 1900. Erster Excess seit dem 30. November 1898. Patient, der später angiebt, dass er sich schon den ganzen Tag „unglücklich“ gefühlt

habe, geht nachmittags ins Gasthaus, trinkt von vornherein Schnaps. Weigert sich dann in die Anstalt zurückzukehren, muss durch den Arzt geholt werden. Zustand des Kranken bei seinem Eintreffen: Gesicht hochroth, Augen vorgequollen, stier, vermehrte Athmung, Bewegungen nicht ganz coordinirt. Anfänglich in rasonnirender Exaltation, schimpft auf die Anstalt, die Aerzte, seine Eltern. Schwankt dann im Affect, bejammert sein verpfushtes Leben, äussert Selbstmordideen. Geht schliesslich mit, macht unterwegs einen Versuch, wieder fortzulaufen und schlägt auf den verfolgenden Arzt blind ein. Im Zimmer renommirt er noch viel, rühmt sich raffinirter sexueller Excesse etc. Unruhig bis gegen 12 Uhr, wird dann plötzlich müde und schläft bald ein.

31. Mai. Schläft bis in den Tag hinein, zeigt dann ausgesprochene Amnesie für die Ereignisse des gestrigen Tages. Gedrückt, hält sich im Zimmer weil er sich schäme.

3. Juni. Früh wie sonst, in bester Laune. Gegen Mittag entweicht Patient aus der Anstalt, läuft nach der nächsten Bahnstation und fährt von da nach D. zu den Eltern, bei denen er abends, angeblich nüchtern eintrifft. Er motivirt die Reise damit, dass er mit dem Vater über seine Zukunft habe sprechen wollen, ist dann aber ausser Stande irgend etwas darüber vorzubringen und sehr verlegen. Er wird am

5. Juli wieder hier eingebracht, immer noch sehr verlegen und in gedrückter Stimmung.

27. Juli. Hatte in der Nacht Diarrhöe, sollte deshalb Vormittags nicht ausgehen. Wird ohne jeden Grund bei der entsprechenden Anordnung sehr unangenehm und erregt, fordert den Arzt auf, ihn schleunigst zu verlassen, sonst stehe er für nichts, er habe die ewigen Chicanen satt. Nach einigen Stunden ruhiger, sogar recht deprimirt. Er ärgere sich über seine blödsinnige Heftigkeit, er wisse garnicht, wie er dazu gekommen sei, das gehe ihm aber manchmal so.

26. September. Gestern vom Morgen an sehr schlechter Stimmung, schimpft viel auf die zu Besuch anwesenden Eltern. Gegen 10 Uhr entfernt er sich heimlich, ohne Hut, aus der Anstalt, wird von einem der nachgesandten Pfleger auf dem Wege nach L. getroffen, kehrt nach einigem Widerstreben mit ihm um. Lässt sich dabei von ihm führen, er fühle sich so elend, dass er kaum laufen könne. Will dann im Vorbeigehen durchaus im Gasthaus einkehren und „nur einen Schnaps trinken“ damit ihm wieder etwas wohler werde. Blieb den ganzen Tag über verstimmt, mürrisch und wenig zugänglich, gab keine Auskunft über die Motive seines Fortlaufens. Ebenso heute früh. Gegen Abend dagegen sehr heiter, wenn er auch allen Fragen über den gestrigen Tag verlegen ausweicht.

23. November. Wurde durch fremde Personen zum Alkohol verführt, kehrte zur gewöhnlichen Zeit mässig angetrunken zurück. Grob und handgreiflich gegen den Pfleger, durch Zuspruch aber bald zu beruhigen.

14. Januar 1901. Gleicher Excess aus dem gleichen Grunde und mit denselben Folgen.

15. Januar sehr deprimirt.

4. Juni. Ging gestern beim Nachmittagsspaziergang trotz Warnung des begleitenden Pflegers ins Gasthaus, trank Bier und Cognak, entfernte sich dann heimlich und wurde schliesslich schwer berauscht im Gasthaus eines Nachbardorfes gefunden. Hochgradig erregt, hallucinirt, will jeden, der ihm nahekommt, erschlagen. Musste im Wagen nach der Anstalt gebracht werden, schlief hier aber bald ein und schlief bis heute Mittag durch. Jetzt sehr zerknirscht.

20. August bis 20. September mit seinen Eltern auf Reisen, hielt sich dabei gut.

5. Februar 1902. Von früh an sehr verstimmt, raisonnirt viel. Geht auf dem Spaziergang dem Pfleger durch und betrinkt sich in verschiedenen Gasthäusern stark. Schwerer deliranter Rauchzustand, muss nach der Anstalt zurücktransportirt werden.

Anfang August bis 18. September wieder mit den Eltern auf Reisen, hielt sich auch diesmal nach jeder Richtung hin gut. Bei der Rückkehr in Begleitung der Eltern ist Patient von der Reise sehr befriedigt; er macht auch sonst einen sehr günstigen Eindruck, ist in seinem ganzen Auftreten recht manierlich und zusammengerafft.

19. September. Von früh an verstimmt und schlecht gelaunt, raisonnirt etwas, beklagt sich in ziemlich heftiger Form, dass er nie länger die Freiheit geniessen dürfe, wenn er sich auch noch so gut führe. Sein Leben sei verpuscht, was habe er noch zu erwarten. Ging dann zu den Eltern und mit ihnen spazieren, dabei still, in sich gekehrt, mürrisch. Mittags 1 Uhr will er zum Essen nach der Anstalt zurückkehren, geht auch drei Viertel des Weges, kehrt dann plötzlich um und läuft schnurstracks in die nächste Kneipe, in der er sofort Cognac trinkt. Gegen 3 Uhr wird er von einem der nach ihm ausgesandten Pfleger schwer berauscht in einem anderen Local gefunden. Er sass mit rothem Kopf und stierem Blick hinter mehreren Tischen verbarrikadirt, hatte eine Schnapsflasche und einen Holzprügel neben sich und erklärte, er gehe auf keinen Fall nach der Anstalt zurück, eher nehme er sich das Leben. Wer ihm zu nahe komme, den schlage er todt. Für alles Zureden unzugänglich, wirft schliesslich dem Pfleger ein Kaffeetablett mit Geschirr an den Kopf. Bevor eine nachgesuchte Unterstützung aus der Anstalt eintraf, kam der Vater des Patienten dazu. Sehr heftige Scene zwischen Vater und Sohn, Ohrfeigenaustausch. Der Vater verlor jede Beherrschung, rief dem Sohn zu, er solle sich fortscheren und ihm nicht mehr unter die Augen kommen. W. läuft auch wirklich fort, geht aber direct in eine nahe gelegene Brauerei. Der Pfleger folgt, sobald er näher kommt, bedroht ihn Patient mit dem Knüppel. In der Brauerei verlangt W. Cognak und macht, als ihm nicht sofort gewillfahrt wird, einen furchtbaren Skandal, so dass der Wirth aus Angst das Gewünschte bringt. Der Pfleger sandte noch eine Meldung nach der Anstalt, die im Gegensatz zu der ersten auch bestellt wurde. Unterdessen lärmte und tobte der Kranke immer schlimmer, verlangte fortwährend Alkoholica, drohte dem Wirth, der Bedienung, schlug und warf nach dem ihn beobachtenden Diener. Dabei brüllte und schimpfte er fortwährend: Er lasse sich nicht wieder einsperren,

eher schlage er seine Eltern todt. Das sei das Gescheidteste, dann werde er Erbe des Vermögens und sei ein reicher Mann, könne machen, was er wolle. Renommirt mit allerlei galanten Abenteuern, die er unterwegs gehabt habe, in den lascivsten Ausdrücken. Schimpft und flucht dazwischen aber immer wieder auf den Vater. Das sei ein Schweinhund, der ins Zuchthaus gehöre; wenn er sich nur vor ihm sehen liesse, schüge er ihn sofort todt. Wenn man versuchte, ihn nach der Anstalt zu schleppen, dann werde kein Arzt und kein Diener am Leben bleiben. Schreit dann plötzlich laut auf, weil das ganze Zimmer voll Pfleger stehe, die alle auf ihn losgingen. Thatsächlich steht nur ein Pfleger an der Thür. Als die Eltern dazu kommen, geht er sofort mit einem Stuhl auf den Vater los, lässt sich dann aber von der Mutter etwas beruhigen, wenn er auch immerfort Schimpfworte und Drohungen gegen den Vater ausstösst. Plötzlich schwankt der Affect, er fällt vor der Mutter auf die Knie und bittet sie unter Weinen und Schluchzen, sie möge ihn doch vor der Anstalt schützen. Er würde dort so furchtbar gemissandelt, jeden Tag geprügelt, die Diener bespuckten ihn, wenn er den Mund aufmache. Tage lang stecke er in der Zwangsjacke. Schliesslich lässt er sich bereden, mit in die Anstalt zu gehen, um sich da in Gegenwart seiner Eltern zu beschweren. Unterwegs noch recht unbehaglich, geht plötzlich auf den begleitenden Pfleger los, schlägt ihn mit der Faust auf den Kopf und tritt nach ihm. Hier geht er ohne weiteres in sein Zimmer, verlangt aber gleich nach dem Arzt, um „ihn niederzuhauen, gleich von vornherein!“ Als der Arzt das Zimmer betritt, steht W. mit seinem Stuhl als Waffe in der Hand da, mit herausgequollenen Augen, stierem Blick, starkem Speichelfluss, hochgradig congestionirt, mit einer wahren Raubthierphysiognomie. Der Arzt wünscht ihm guten Abend und geht mit vorgestreckter Hand auf ihn zu. W. lässt plötzlich den Stuhl fallen, sagt auch guten Abend und wird ganz traitabel. Er versichert mit weinerlicher Stimme, dass er entschlossen sei, sich das Leben zu nehmen, sucht in der Bettischschublade nach einem Strick dazu, da habe doch früher immer Spagat drin gelegen. Wird dann wieder erregter, schimpft in den derbsten Ausdrücken auf seine Eltern, geht aber gutwillig mit nach der oberen Etage in ein anderes Zimmer. Dort erzählt er, wieder unter Schluchzen, dass sein Vater ihm ein paar Ohrfeigen gegeben habe, er wisse gar nicht warum. „Ich weiss überhaupt gar nicht, was eigentlich immerfort heute los war, es geht Alles so durch einander. Erst war ich doch mit den Eltern bei N.¹⁾, dann kam mein Vater plötzlich zu P.¹⁾, da war ich doch auch dabei. Dann war ich, glaube ich, auch in der Brauerei. Jetzt bin ich auf einmal hier in dem Zimmer, das kenne ich noch gar nicht!“ (Pat. ist früher schon wiederholt in dem Zimmer gewesen.) Dann erzählt W. noch allerlei, sehr confus und ohne jeden Zusammenhang von seiner Reise, renommirt mit allerlei sexuellen Grossthaten. Er habe sich dabei allerdings einen argen Tripper geholt (objectiv nihil!), fängt darüber wieder an zu weinen und zu jammern,

1) Gasthäuser.

isst aber mit gutem Appetit, legt sich gleich darauf ins Bett und schläft sofort ein.

Der Puls war hochgradig beschleunigt, um 130, arhythmisch und ungleichmässig. Genauere Untersuchung nicht möglich.

20. September. Schläft bis gegen 10 Uhr — 13 Stunden en suite. Heute in seinem psychischen Verhalten noch stark alterirt, ganz unzugänglich, mürrisch und verschlossen, sogar grob und abweisend. Für den gestrigen Nachmittag besteht offenbar eine weitgehende Amnesie. W. weiss nur noch, dass er gegen Mittag sich von den Eltern getrennt hat. Er sei auch sicher ein Stück heraufgekommen, dann habe er plötzlich furchtbaren Durst bekommen, was dann geschehen sei, das wisse er nicht. Jedenfalls müsse er bei S. gewesen sein, dann sei er aber auch bei P. gewesen, da sei sein Vater hereingekommen, habe ihm schwere Vorwürfe gemacht und ihm Ohrfeigen gegeben. Er müsse da wohl getrunken haben. Schliesslich erinnere er sich noch in der Brauerei gewesen zu sein. Wie er dann nach Hause gekommen sei und auf den Abend könne er sich gar nicht mehr erinnern; es sei ihm nur so als ob er mit seiner Mutter zusammen heraufgekommen sei. Alle Aussagen werden mit widerwilliger Miene und zögernd gemacht. Auf unbequeme Fragen antwortet Pat. garnicht. Von seinen gestrigen aggressiven Tendenzen hat er keine Ahnung mehr; er erklärt aber, er denke gar nicht daran, in der Anstalt zu bleiben, er werde bei erster Gelegenheit durchgehen. — Der Puls ist immer noch an Frequenz und Rythmus ungleichmässig, tardus, gespannt und im Allgemeinen beschleunigt, 90—100. Die Untersuchung des Herzens ergibt eine starke Verbreiterung der Herzdämpfung nach allen Seiten hin, besonders nach links. Herzgrenzen: rechts Mitte des Sternums, oben unterer Rand der vierten Rippe, Spitzenstoss im 6. Intercostalraum, fingerbreit auswärts der Mammillarlinie, Herztöne leise, systolisches, sausendes Geräusch an allen Ostien. Zweiter Mitralton deutlich verdoppelt, zweiter Aortenton sehr leise, scheinbar auch dupplicirt. Keine Oedeme. Urin reichlich, hell, spec. Gewicht 1012, deutlicher Eiweissring. Blutdruckuntersuchung, Sphygmographie, sowie jede eingehendere Untersuchung lehnt Pat. sehr entschieden ab, er habe die Schererei satt, er sei gesund und kein Versuchskaninchen für Quacksalber. Den Tag über in gleicher Stimmung.

21. September. Nach guter Nacht etwas zugänglicher, wenn auch immer noch sehr verstimmt, misstrauisch und verschlossener als sonst. Er beschäftigt sich ununterbrochen mit dem Anfall, und ist sichtlich bemüht, seine Gedächtnisslücken auszufüllen. „Ich weiss jetzt, weshalb ich umgedreht bin, ich hatte bei S. ein Packet liegen, das wollte ich mir noch holen.“ Aber das hatten Sie ja von N. mitgenommen und haben Sie dann erst bei S. liegen lassen? „So — ja, da weiss ich wirklich nicht, weshalb ich zurückgegangen bin. — Dass ich meinen Vater und die Pfleger geschlagen habé, das ist nicht richtig, das muss ich doch wissen. Ich erinnere mich aber ganz genau, dass mein Vater mit den vielen Pflegern, die das eine Mal da waren, zusammengerathen ist. Die werden sich gegenseitig geschlagen haben. Es war überhaupt eine ganz verrückte Geschichte!“ Seine Stimmung bezeichnet Pat. mit

einem höchst drastischen Vergleich als halb verzweifelt, halb wüthend; ausserdem habe er immerfort ein ganz blödsinniges Gefühl von Angst, gestern sei das aber noch viel schlimmer gewesen; da habe er manchmal ordentlich gezittert. „Geben Sie mir ein paar Pullen Schnaps, das ist die beste Medicin für mich!“ — Herzdämpfung verkleinert. Rechts linker Sternalrand, oben oberer Rand der 4. Rippe, Spitzenstoss im 5. Intercostalraum in der Mammillarlinie, leises systolisches Geräusch an allen Ostien, erster Mitraltön dumpf, paukend, zweiter Mitraltön verdoppelt, zweiter Aortenton leise, rein. Puls tardus, arhythmisch, etwas accelerirt. Urin ohne Eiweiss. Blutdruckbestimmung und Sphygmographie abgelehnt. Springende Sehnenreflexe, auch an den oberen Extremitäten. Sensibilität bei grober Prüfung intact. Auffallend träge Lichtreaction der weiten Pupillen, starker Tremor der Zunge, der Hände. Keine Druckvisionen.

22. September. Zunehmend freier und besserer Stimmung. Spricht von dem Anfall mit vielen Erinnerungstäuschungen und Confabulationen. Für die meisten thatsächlichen Vorgänge amnestisch. Gegenüber allen Mittheilungen darüber sehr skeptisch: „Ich glaube, Sie wollen mir das alles nur vorreden, damit ich in der Anstalt bleiben soll. Ich habe ein bischen getrunken, das war alles, dann bin ich ja aber ganz ruhig heraufgekommen.“ Herzgrenzen: rechts linker Sternalrand, oben unterer Rand der vierten Rippe, Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, fingerbreit einwärts der Mammillarlinie. Herztöne rein, nur noch leichtes systolisches Sausen an der Mitrals und kaum stärker an der Aorta. Puls 80, regelmässig, gleichmässig. Blutdruck 140 (gemessen mit dem Gärtner'schen Tonometer). Sphygmogramm cf. Kurve 1.

23. September. Ist noch ganz leicht depressirt, empfindet das auch selbst: „die Angst ist noch nicht ganz weg, Angst ist es eigentlich nicht, sondern so ein unerklärliches Gefühl, das ich auch früher schon manchmal gehabt habe“. Liegt noch zu Bett, ist höflich und zufrieden. Giebt bereitwillig jede Auskunft, meint, die ganze Sache komme ihm wie ein Traum vor. Ganz aufgewacht sei er aber noch nicht. Die Eltern, die gestern Nachmittag bei ihm waren, hat er um Entschuldigung gebeten, er wisse zwar nicht genau, was eigentlich los gewesen sei, aber er solle sich ja sehr ungezogen benommen haben. — Stückweises Wiedererinnern an die Situationen in dem Anfall. W. erzählt die Scene mit dem Vater ziemlich richtig. Er sei bis dahin noch ganz nüchtern gewesen — thatsächlich war er ja schon schwer berauscht — nur sehr unglücklich darüber, dass er wieder in die Anstalt zurück sollte. Erst als ihn sein Vater feierlich verflucht habe, sei ihm alles egal geworden, er sei in die Brauerei gegangen und habe sich dort betrunken. Da seien dann die vielen Pfleger gewesen — „Sie müssen ja alle heruntergeschickt haben, wohl auch aus der öffentlichen Anstalt, ich kannte sie ja nicht einmal alle“ — die wären auf ihn losgegangen und da habe er vielleicht Hülfe geschrien, weil er doch natürlich darüber sehr erschrocken sei. Dann sei er aber ruhig mit nach der Anstalt gegangen. So sei es gewesen, das könne er jeden Augenblick beschwören. — Herzbefund unverändert. Blutdruck früh noch hoch, 130, abends 75. Pupillen reagiren prompt auf Belichtung, Reflexe lebhaft. Zunge wird

ohne Tremor vorgestreckt. — Im Laufe des Nachmittages wechselt der Affect ziemlich unvermittelt, Patient wird vergnügt, spricht und lacht viel, macht schlechte Witze über die ganze Situation, äussert allerlei Pläne für die nächste Zeit, jetzt wolle er los arbeiten, er fühle sich so leicht und frei.

24. September. In Stimmung und Verhalten wie früher. Die Sehnenreflexe sind dauernd ziemlich lebhaft, der Händetremor ist verschwunden. Sonst ergibt eine eingehende Untersuchung nichts Hervorhebenswerthes. Pat. wurde nun in der Folgezeit regelmässig kontrollirt. Es wurden Blutdruck-, Puls-, Urin- und Athmungscurven angelegt, das Herz wurde täglich percutorisch und auscultatorisch untersucht. Auch wurden regelmässig früh und Abends Sphygmogramme angefertigt. Ich bemerke gleich von vornherein, dass alle Untersuchungen im Bett, in Rückenlage bei leicht erhöhtem Kopfe, bei adducirten Armen vorgenommen worden sind und nie, ehe nicht Patient bereits 5—10 Minuten gelegen hatte.

19. October. Völliges objectives und subjectives Wohlbefinden bis vorgestern. Früh, nach guter Nacht, zunächst ganz unverändert, an allen Curven Normalwerthe. Nachmittag hat Patient an Ausgrabungen theilgenommen, war dabei dauernd unter Aufsicht, trank nichts, rauchte aber ziemlich viel; wurde allmählich auffallend still, sodass er von anderen Patienten geneckt wurde. Aeusserte dann auf dem Heimwege, ihm sei garnicht wohl, er habe so ein Druckgefühl auf der Brust; sah im Gegensatz zu sonst auffallend blass aus, klagte auch über „kalten Schweiß“. Geht nach der Rückkehr sofort zu Bett; Temperatur 36,8. Nach einer halben Stunde Untersuchung. Puls tardus, beschleunigt, 90—100, arhythmisch und ungleichmässig, vermehrte Athmungsfrequenz, Herzgrenzen nach allen Richtungen hin dilatirt: rechts fingerbreit einwärts vom linken Sternalrande, oben 3. Intercostalraum, Spitzenstoss in der Mamillarlinie, unmittelbar über der 6. Rippe. Blutdruck 140. Psychisch: Unruhiges, fahriges Wesen, flackernder Blick, wirft sich viel im Bett hin und her. Dabei vollkommen klar und einsichtig, klagt, dass er sich immerfort so unbehaglich fühle, er habe wieder „so ein blödsinniges Gefühl wie damals“. Ganz plötzliches Auftreten eines grossen Durstgefühls, trinkt Wasser, Selters, Thee in enormen Mengen. Nach dem Abendbrot, das er kaum angerührt hat, Pupillenreaction auf Licht sehr herabgesetzt. Sehnenreflexe wieder sehr gesteigert. Kein Tremor, nichts Ataktisches. Klagt noch über Unwohlsein, macht aber jetzt einen ganz leicht benommenen und gehemmten Eindruck. Schliesst dann bald ein und bis gestern Morgen durch. Herzdämpfungsgebiet noch fingerbreit nach allen Richtungen hin verbreitert. Puls beschleunigt und arhythmisch, Blutdruck erhöht. Fühlte sich sehr müde und ganz „dösig“. Noch ausgesprochenes Durstgefühl, warf sich viel im Bett herum, im Wesen etwas ungeordnet. Klagt über „schwere Gedanken“, ohne sich näher aussprechen zu können. Hastig in allen Bewegungen, reisst, als er untersucht werden soll, das Hemd so heftig auf, dass er es durchreisst. Ziemlich grobschlägiger Tremor der Hände, die vorgestreckte Zunge zittert, die Sehnenreflexe sind enorm gesteigert. Kein Clonus. Gesteigerte mechanische Muskeleerregbarkeit. Sensibilität intact, Prüfung aber erschwert und unsicher, da die Auf-

merksamkeit des Kranken kaum zu fixiren ist. Vasomotorisches Nachröthen. Pupillen reagiren träge auf Licht, prompter auf Accommodation und Convergence. Urin copiös, hell, ohne Albumen. Gestern Abend Herzdämpfung zurückgegangen, heut in normalen Grenzen. Puls, Pulscurve, Sphygmogramm ohne Besonderheiten. Blutdruck nur 80. Fühlt sich subjectiv ganz frei, erscheint aber leicht exaltirt: seine Stimmung sei glänzend, er fühle sich „sauwohl“, er möchte die ganze Welt umarmen. Nachmittags wie sonst.

5. November. Heut früh nach guter Nacht auffallend hoher Blutdruck, 120, Herzgrenzen nicht als dilatirt nachzuweisen, auch sonst nichts Abnormes, nur hin und wieder eine leichte Arrhythmie. Psychisch gleichmässig, geordnet, frei, wie sonst. Gegen 11 $\frac{1}{2}$ Uhr Mittags (Pat. war im Bett geblieben) Herzgrenzen wenig aber deutlich nach allen Seiten hin erweitert, rechts fingerbreit einwärts vom linken Sternalrand, oben 3. Intercostalraum, Spitzenstoss in der Mamillarlinie, Blutdruck sehr erhöht, 140. War angeblich vor einer Stunde ganz blass, jetzt stark congestionirt. Leichter Exophthalmus. Springende Sehnenreflexe, leichter Tremor, gesteigerte Muskelerregbarkeit, träge Pupillenreaction. Psychisch fahrig und hastig, im Affect stark alterirt. Bejammert, etwas pathetisch, sein unseliges Loos, sein trauriges Geschick. „Ich habe eine wahre Angst vor meiner Zukunft, mir graut vor dem Leben, am liebsten schösse ich mir eine Kugel durch den Kopf“, äussert er mit ganz weinerlicher Stimme. Abends Blutdruck noch hoch, Herzdämpfung unverändert, Stimmung gedrückt, aber gereizt und mürrisch, liegt viel mit geschlossenen Augen da.

7. November. Herzdämpfung oben oberer Rand der 4. Rippe, rechts wie gestern, Puls noch leicht arhythmisch, Blutdruck morgens noch 125. Stimmung unter dem normalen Niveau, klagt über seine traurige Existenz. Bleibt noch im Bett; im Laufe des Tages wieder vergnügter, Abends ganz heiter. Herzdämpfung normal, Puls weich und ohne Spannung, Blutdruck nur 95. Im Laufe der letzten 24 Stunden starke Diurese, 4000 gegen sonst 2000—2400. Erst jetzt Polydipsie und vermehrtes Flüssigkeitsbedürfniss. Am 6. Nov. Tagesurin nur 300.

26. November. Bis gestern alles in Ordnung, Herz und alle Curven ohne Besonderheiten. Rudert jetzt täglich zweimal je 30 Minuten, wird nachher früh kalt abgerieben und massirt, macht systematische Fahrradexercitien, nimmt Abends wechselwarme Fussbäder. Wie wenig labil der Blutdruck unter normalen Verhältnissen ist, geht daraus hervor, dass seine Curve von dem also allmählich ziemlich intensiv gewordenen Training — auch momentan — kaum beeinflusst wird.

Gestern früh nach guter Nacht fällt dem Patienten selbst sein Puls auf; er ist etwas beschleunigt, von wechselnder Frequenz, Blutdruck wie gewöhnlich (früh 7 Uhr 15). Rudern, Abreiben, Massage wie sonst, nachher (um 9 Uhr) Blutdruck rechts wie links erhöht, 125. Puls unregelmässig, beschleunigt, ungleichmässig. Vermehrte Athmung. Herzgrenzen wie sonst, psychisches Verhalten etwas unsicher und gespannt. Es sei ihm ganz sorgenvoll und hypochondrisch zu Muthe. 11 Uhr: Blutdruck rechts niedrig, 11, links hoch, 13, Puls rechts und links qualitativ different, beiderseits ungleichmässig und arhyth-

misch, Frequenz rechts gleich links. Sehr gesteigerte Sehnenreflexe, kein Clonus, Fusssohlenreflex sehr lebhaft, stierer Blick, geröthetes Gesicht, etwas gedunsen. Pupillen weit, gleichweit, träge Lichtreaction. Klar und bei vollem Bewusstsein, in seinen Bewegungen unbeherrscht und sehr hastig. Zerreisst wieder das Hemd, als er untersucht werden soll. Am Herzen normale Verhältnisse. Meint während der Untersuchung, „es würgt mir wieder so im Halse herauf“. 2 $\frac{1}{2}$ Uhr: Starke congestive Röthung, Blutdruck rechts gleich links, hoch, Puls unregelmässig, schleifend und hin und wieder aussetzend. Gedunsenes Gesicht, leichter Exophthalmus, stierer Blick. Pupillen unverändert, Sensibilität intact, Sehnenreflexe enorm lebhaft, Bewusstsein ganz leicht, kaum merklich getrübt. Krankheitsgefühl fehlt ganz. Rechnen wie sonst ausgeführt. Associationen (Prüfung nach Sommer) an Werthigkeit reducirt, viele Ausfälle. Am Herzen deutliche Dilatation, vorzüglich nach rechts oben. Rechts auf dem Sternum, fingerbreit vom linken Rande, oben etwas über der 4. Rippe Spitzenstoss 2 cm nach aussen unten verschoben. 6 Uhr: Herzdämpfung nach rechts und oben noch vergrössert, um 1 $\frac{1}{2}$ cm. Spitzenstoss am gleichen Ort. Keine Geräusche, Töne etwas dumpf. Blutdruck im Absinken, alles andere unverändert, Sensibilität für Nadelstiche vermehrt: ausgiebige Reaction, die sich an den oberen Extremitäten bis zu kurzen Abwehrbewegungen steigert. Subjectiv keine Beschwerden, etwas erhöhtes Flüssigkeitsbedürfniss. Liegt kaum einen Augenblick ruhig im Bett, setzt sich fortwährend auf, wirft sich hin und her; als plötzlich eine Frage an ihn gerichtet wird, wirft er ein Glas, aus dem er eben trinken will, ins Nachtgeschirr. Raisonnirt über sein Ungeschick. Seine Stimmung charakterisirt er selbst: „Es ist ganz komisch, es ist, als ob etwas in mir dränge, als ob ich was thun sollte, am liebsten würde ich fortlaufen.“ 8 Uhr 30: Blutdruck weiter gesunken, Puls noch deutlich ungleichmässig, ebenso heut früh nach mehrfach durch profus diarrhoische Stuhlgänge gestörter Nacht. Ist in seinem Wesen noch etwas unsicher und fahrig, die Stimmung hat sich aber sehr gehoben, steht etwa auf dem normalen Niveau. Die Herzvergrösserung ist verschwunden, auch sonst alles wie vor dem Anfall. Fängt spontan an: „Wir haben gestern noch Unglück gehabt, der F. (Pfleger) hat mein Wasserglas in den Nachtopf fallen lassen.“ Ist sehr erstaunt, als er hört, dass er es selbst in Gegenwart des Arztes in den Nachtopf geworfen habe. „Reden Sie mir doch nichts vor, ich weiss es ja ganz genau; das ist doch unmöglich, ich habe doch meinen klaren Verstand!“ Erst als ihm der Pfleger dasselbe sagt, meint W.: „Na, da muss ich es ja glauben, aber ich möchte doch schwören, dass Sie mir was vorreden, ich weiss doch noch ganz genau, wie es war.“ Bleibt auch dann bei seiner Ansicht und meint zu einem anderen Kranken, man habe offenbar bloss sehen wollen, ob er sich auch in dem Anfall ganz klar sei.

20. December. Heut morgen Blutdruck wie gewöhnlich. Um 9 Uhr Blutdruck. 125, Puls beschleunigter, aber nicht irregulär und ungleichmässig. Herz in normalen Grenzen. Psychisch etwas hastig, leicht ärgerlich, sonst nichts. Geht um 9,30 Uhr spazieren. Plötzlich heftige Hinterkopfschmerzen, „Gesichtskrampf“, Nebel vor den Augen, Schwindelgefühl. War

nach Angabe eines ihn begleitenden Kranken erst „kreideweiss“, dann Blutandrang. Nebel und Schwindel bleiben, dumpfes Gefühl im Kopf. Patient ist sofort überzeugt, dass er einen „Anfall“ erlitten hat, kommt nach der Anstalt, wobei ihm auffällt, dass er wiederholt auf der Treppe stolpert und Alles vor ihm verschwimmt. Blutdruck gestiegen, Puls sehr beschleunigt, unregelmässig nach Frequenz und Qualität, schleifend, hin und wieder aussetzend. — 11 Uhr: stark congestionirt, stierer Blick, weite Pupillen, die sehr träge reagiren. Ausgesprochene linksseitige Facialisparese, Zunge zittert, weicht nach rechts ab. Sehnenreflexe enorm gesteigert, auch an den oberen Extremitäten schlagend. Kein Clonus. Herzdämpfung minimal vergrössert. Farado-cutane Sensibilität, galvanische Erregbarkeit gesteigert. Psychisch lebhaft alterirt, in ängstlicher Unruhe. Im Laufe des Tages Zunahme der Herzdämpfungszone, deren genaueres Verhalten aus den beigegebenen Skizzen ¹⁾ erhellt (die äusseren Linien geben die Grenzen bei Auscultationspercussion, die inneren bei gewöhnlicher Percussion an). Puls unregelmässig, beschleunigt, reine Töne. Blutdruck im Sinken. Facialisparese noch sehr ausgesprochen. Etwas ruhiger, fühlt sich aber „hundeelend“.

21. December. Nach guter Nacht Blutdruck auf normalem Niveau, Puls in normaler Frequenz und regelmässig. Pupillen weit, reagiren prompt, Herzdämpfung wesentlich zurückgegangen. Facialis links stark paretisch, Sehnenreflexe noch stärker als sonst. Psychisch wie gewöhnlich.

22. December. Alles in Ordnung, die Facialisparese geht zurück. (Sie war am 1. Januar 03 verschwunden, Differenzen in der elektrischen Erregbarkeit hat die regelmässige Controle nie ergeben.)

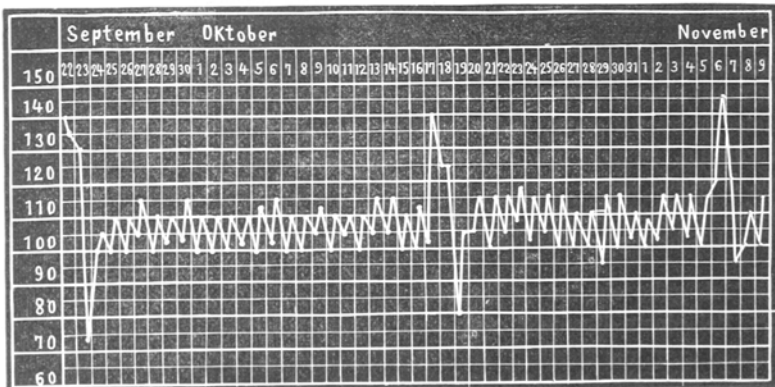
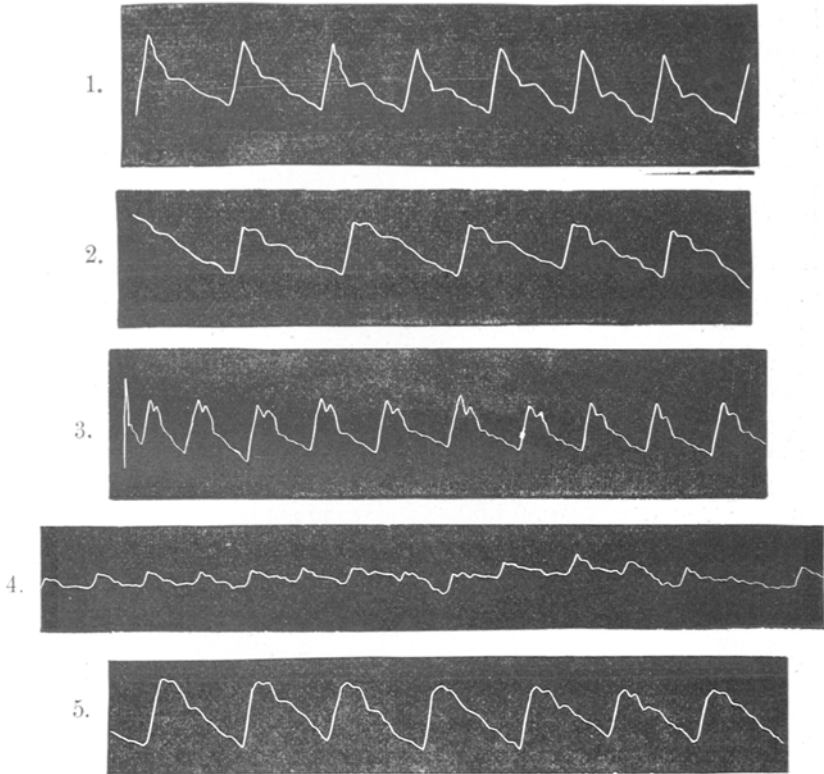
7. Februar 03. Gegen Abend starke Blutdrucksteigerung, Puls beschleunigt, unregelmässig, ungleichmässig. Vermehrte Athmung. Psychisch unverändert. Durch wiederholtes Einathmen von Amylnitrit wird der Blutdruck etwas unter Normalniveau reducirt. Keinerlei Folgezustände, am 8. Februar Alles in Ordnung.

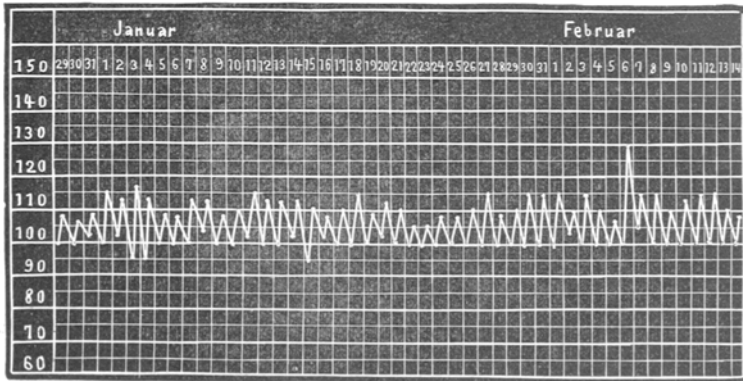
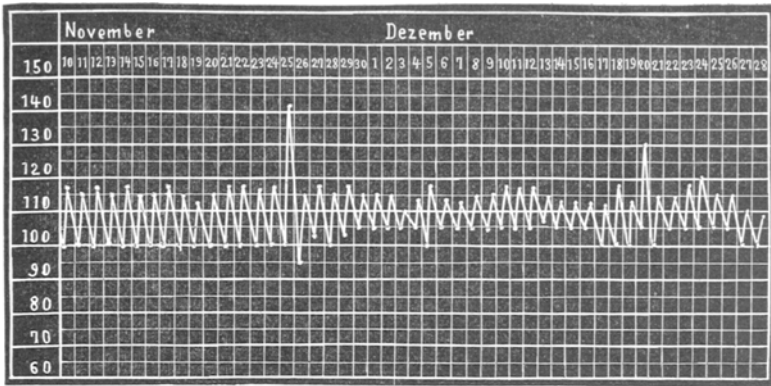
Ich gebe noch einige Aeusserungen wieder, die der Kranke gelegentlich über seine früheren Anfälle gemacht hat. Er erzählte — es war ihm das in keiner Weise suggestiv nahegelegt —, er habe sich vor und nach jedem Anfall kreuzunglücklich gefühlt. „Ich kriegte eben den Raptus, da war ich wie vernagelt, manchmal habe ich vor Verzweiflung geheult. Ich hatte dabei oft das Gefühl, als hackten alle Menschen auf mir herum, als wollte niemand mehr etwas von mir wissen. So eine Hol'mich der Teufel Stimmung. Oft war mir dabei vor mir selber und vor meiner Zukunft ordentlich Angst. Da ging ich dann eben einfach hin und soff, bis ich das los wurde. Ich habs übrigens, glaube ich, nie fertig gekriegt, wenn ich auch noch so viel trank. Ich erinnere mich, einmal habe ich in 12 Stunden 56 Schnitt und 12 Cognaks getrunken, ich war ja total betrunken, aber ich fühlte mich immer noch hundeelend. Das war überhaupt immer so: während ich doch sonst was vertrug, genügten 2 Glas, um mich umzuwerfen, wenn ich die Situation hatte. Ich war dann

1) S. 840.

vollständig verrückt, aber eigentlich nicht betrunken, wie andere Menschen, wenigstens wurde ich bloss immer toller, nie stumpfsinnig!“

Ich füge noch einige Pulscurven bei.





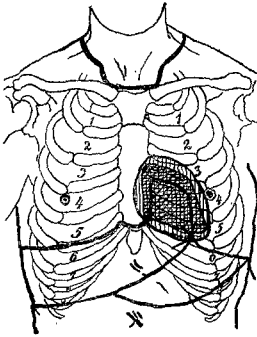
No. 1 ist eine beliebig ausgewählte Curve von einem der freien Tage. No. 2 stammt aus dem ersten von mir beobachteten Anfall, sie ist am 22. September 02 bei noch relativ hohem Blutdruck aufgenommen. In der Plateaubildung erinnert sie direct an Curven bei Stenosen. No. 3 wurde ganz im Beginn des Anfalls vom 20. December aufgenommen. Das Aufrücken der Elasticitätselevationen, das aus dem allgemeinen Gefäßkrampf resultiren muss, ist dabei schon angedeutet. No. 4 ist am gleichen Tage, nach erreichter maximaler Herzerweiterung, beim Absinken des Blutdrucks hergestellt worden: Tardirung, Neigung zur Plateaubildung und Irregularität imponiren sofort. No. 5 wurde am 7. Februar 03 im Beginn des durch Amylnitrit coupirten Anfalls aufgenommen.

Die beigegebene Blutdruckcurve bedarf keiner Erläuterung.

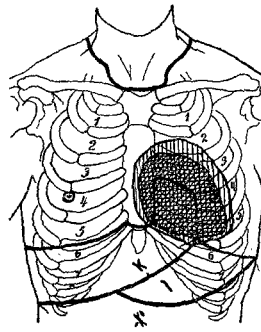
Ich gebe ein kurzes Resumé:

Bei einem Kranken, der von gesunden Eltern stammt, aber von Jugend auf die Zeichen einer krankhaften Veranlagung und einer gewissen Imbecillität darbietet, entwickelt sich synchron den ersten Vor-

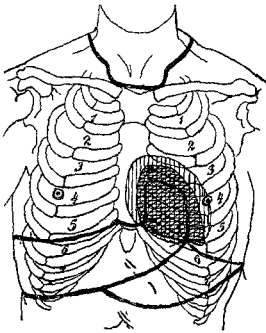
20. XII., 3 Uhr Nachmittags.



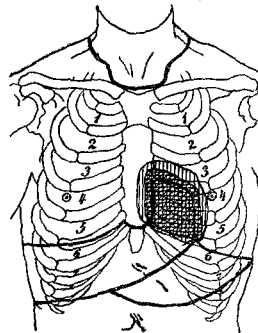
20. XII., 6 Uhr Nachmittags.



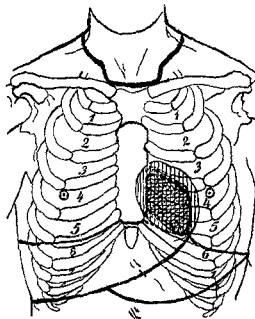
21. XII., 11 Uhr Vormittags.



21. XII., 6 Uhr Nachmittags.



22. XII., 11 Uhr Vormittags.



wehen der Pubertät eine Dipsomanie. Noch vor erreichtem 14. Lebensjahr tritt der erste Anfall ein, der, wie zahlreiche spätere Attaken, durch eine spontane Poriomanie complicirt, durch eine criminelle Handlung erschwert und von einer epileptischen Verstimmung sicher begleitet, wahr-

scheinlich eingeleitet ist. Dann folgen in wechselnden, Anfangs ausgedehnteren Intervallen weitere Anfälle, neue Trinkexcesse mit immer den gleichen charakteristischen Zügen, wenn auch die Affectbetheiligung nicht immer voll ins subjective Bewusstsein eintritt. Es ist auch nicht immer ein rein depressiver Affect, der die Anfälle einleitet, noch seltener ein Angstzustand, wie er freilich gelegentlich auch vorkommt, sondern häufiger eine Stimmungsschwankung zur Unlust, zu raisonnirender Unzufriedenheit, eine gesteigerte Reizbarkeit. Diese Verstimmung combinirt sich auch später auffallend oft mit planlosen Reisen, und führt in der Mehrzahl der Fälle zu mehr weniger schweren criminellen Handlungen. Mit scrupelloser Vernachlässigung ethischer und moralischer Hemmungen, mit rücksichtsloser Brutalität sucht sich der Kranke die Mittel zur Befriedigung des beherrschenden Dranges nach dem Alkohol zu verschaffen. Die Dauer der Anfälle ist verschieden: stets erscheint Patient nach Ablauf der Attacken in geistig und körperlich gleich desolatem Zustand wieder bei den Eltern, deren Versuche, ihm irgendwie eine Existenz zu gründen oder ihn loszuwerden, er immer wieder vereitelt. Allmählig ändert sich sein Verhalten in den Anfällen: es kommt vielfach zu schweren psychischen Alterationen, die alle Characteristica des pathologischen Rausches mit allen seinen Consequenzen tragen. „Die epileptische Verstimmung wird zum Dämmerzustand“, zum raisonnirenden Delir, in dem der Kranke durch sinnlose Gewaltthätigkeiten hochgradig gemeingefährlich wird. Gleichzeitig treten die Anfälle immer häufiger und offenbar auch immer plötzlicher auf. Sie kommen — nach einem Ausdruck des Kranken — ihm über den Hals. Die typische Verstimmung scheint aber kaum je gefehlt zu haben. W. giebt ja auch selbst an, dass eine Stimmungsschwankung zur Angst oder Unlust immer vorangegangen sei. Auch andere epileptische Züge, die von vornherein das Bild vervollständigt hatten, treten immer mehr in den Vordergrund. Ein letzter und schwerster Excess, der mit zahlreichen Ausschreitungen und criminellen Handlungen verbunden ist, führt den Kranken schliesslich in die Anstalt, leider zunächst nur für wenige Tage. Er macht dann noch eine gehäufte Reihe von Anfällen durch, in denen er immer gemeingefährlicher, brutaler und verbrecherischer wird, während gleichzeitig eine gewisse Reduction der psychischen Qualitäten, resp. eine stärkere Prononcirung der vorhandenen Imbecillität sehr imponirt. Neuaufnahme in eine Anstalt, aus der er zwei Mal — im Anfall — entweicht. Einmal kehrt er freiwillig zurück, in tiefer Depression, die bald einem manischen Zustand weicht, einmal muss er eingeliefert werden; in der furibunden Tobsucht eines pathologischen Rausches, den ein plötzlicher Zusammenbruch und ein terminaler Schlaf begleitet.

Bei der Aufnahme in unsere Anstalt macht der Kranke, der kurz vorher wegen Moral insanity entmündigt worden ist, zunächst den Eindruck eines erethischen und intoleranten Imbecillen; höchstens erscheint er als ein Pseudodipsomane im Sinne von Marguliez. Auch hier kommt es aber dann wiederholt zu schweren Anfällen mit ausgesprochenen Affectschwankungen. Ihr Bild ist in seinen wesentlichen Zügen immer dasselbe: Der Kranke geht nach der primären Verstimmung durch, trinkt und kommt sehr rasch in einen pathologischen Rauschzustand, der meist noch die zu Grunde liegende Affectschwankung in seiner bald ängstlichen, bald renomistisch-raisonnirenden Form erkennen lässt. Vielfach ist Patient dabei schwer gewalththätig, immer brutal und völlig kritik- und directionslos. Gelegentlich treten Delirien dazu. Meist folgt dann ein spontaner Zusammenbruch und der terminale Schlaf (Cramer). In den nächsten Tagen mehr weniger umfangreiche Amnesie für das Geschehene und sehr charakteristische weite Schwankungen im dominierenden Affect. Einmal intercurriert ein Anfall von reiner Porionomanie, zwei Mal wird der Kranke im dipsomanen Anfall vor dem Alkohol geschützt; die Attacken bleiben dann ziemlich flach und laufen rasch ab.

In dem Anfall vom 19. September 1902, der sonst ganz der geschilderten Folge von Zustandsbildern entspricht, wird zum erste Male eine lebhaftete Betheiligung des Gefässsystems constatirt. Es findet sich während des eigentlichen Anfalls eine starke Blutdrucksteigerung und eine Herzdilation, es finden sich charakteristische Veränderungen am Puls und am Sphygmogramm. Mit dem Abklingen des Anfalls schwinden alle diese Erscheinungen: das Herz restituirt sich allmählig zur Norm, dagegen zeigt der Blutdruck eine deutliche reactive Erniedrigung, der eine starke Stimmungsschwankung in manisch-euphorischer Richtung parallel geht. Eine sorgfältig durchgeführte Controle des Kranken ermöglichte es in der Folgezeit, eine Reihe von weiteren Anfällen in ihrem ganzen Verlauf genau zu beobachten. Das Resumé dieser Beobachtungen lässt sich dahin präcisiren, dass die Anfälle eingeleitet werden durch ein Ansteigen des Blutdruckes und Störungen in der Frequenz, dem Rhythmus und dem Charakter des Pulses. Sehr auffällig ist das Verhalten der Factoren besonders das eine Mal gewesen: es zeigte sich in einer bestimmten Phase eine sonst nie beobachtete grobe Differenz zwischen rechts und links. Regelmässig erst nach dem Ansteigen des Blutdruckes trat dann eine Veränderung im Affect, im psychischen Verhalten auf, die stets recht ausgesprochen und im Einzelnen fast constant war; sie bedeutete immer eine Umstimmung zur Angst oder Unlust. Etwa synchron mit dieser Verstimmung liess sich jedes Mal eine beginnende Dilatation des Herzens nachweisen — ich habe mich bei ihrer

Feststellung wiederholt von anderen, ganz unvoreingenommenen Beobachtern controliren lassen — die dann langsam zunahm, wiederholt einen sehr bedeutenden Umfang erreichte und einige Male von einem intensiven Durstgefühl begleitet war. Eine Reihe anderer Untersuchungsergebnisse, die gesteigerten Reflexe, das Schwindelgefühl, die einmal beobachtete passagere Affection im Faciolingualgebiet, die in ihrer Reactionsfähigkeit beeinträchtigten Pupillen machen den epileptischen Charakter der ganzen Situation nur evident; ebenso die auch nach diesen abortiven Anfällen mehrfach wenigstens angedeutete Amnesie, die später durch Paramnesien und Erinnerungshallucinationen gedeckt wurde. Auch hier folgte dann wiederholt ein reactives Absinken des Blutdruckes, das mit einer Stimmungsschwankung zeitlich zusammenfiel. Auch die — nachher — subjectiv empfundene Fremdartigkeit der geistigen Thätigkeit, ein Moment, auf dessen specifische Ausprägung beim Epileptiker Bonhoeffer aufmerksam gemacht hat, fehlte in der Regel bei meinem Kranken nicht. Kurz, es handelte sich um eine ausserordentlich charakteristische Folge von Zustandsbildern epileptogener Natur, die sich zunächst auf rein somatischem Gebiet, im Gefässbezirk, abspielten und sich erst secundär mit constanten psychischen Alterationen compliciren.

Nun ist es ja immer gewagt, aus einer Einzelbeobachtung abschliessende Consequenzen zu ziehen, doppelt gewagt, wenn es sich um viel umstrittene pathogenetische Fragen handelt. Aber ich glaube, der vorliegende Fall berechtigt doch zu einer Reihe von Schlüssen, ja, er drängt sie geradezu auf. Er bietet, wie gesagt, alle typischen Erscheinungen einer epileptogenen Dipsomanie, wie sie nach Gaupp's fundamentaler Monographie nur irgend postulirt werden können. Vor Allem leiten sich die Anfälle stets und von vornherein durch eine mehr weniger intensive Stimmungsschwankung im Sinne einer Verstimmung zur Angst oder Unlust ein. Die Beobachtung ergiebt, dass diesen Verstimmungen in jedem Fall ein Ansteigen des Blutdruckes voran geht. Nun ist es ja bekannt — ich selbst habe erst vor Kurzem an anderer Stelle¹⁾ darauf hingewiesen — dass die pathologischen Stimmungsschwankungen vielfach mit Differenzen im Blutdruck zusammenfallen, und insbesondere der Affectauschlag zur Angst und Unlust der Blutdrucksteigerung parallel geht. Die Erfahrungen im vorliegenden Falle lassen sogar den — mir auch aus vielen anderen Beobachtungen sehr naheliegenden — Schluss auf eine Priorität der Blutdruckschwankung zu, ja auf eine causale Rolle des Blutdrucks gegenüber dem Affect — ganz im Sinne der Hypothese,

1) Centralbl. für Nervenheilkund und Psychiatrie, Märzheft 1903.

die vor 20 Jahren Lange in einer geistvollen Studie aussprach. In ähnlicher Weise hat ja auch Meynert die circulären Psychosen zu motiviren gesucht. Die starke Betheiligung des Gefäßsystems bei den dipsomanen Zuständen ist ja auch anderen Beobachtern schon aufgefallen; ich verweise da nur auf die umfangreiche Casuistik bei Gaupp. Die Herzerweiterung im Anfall kennen wir durch die vielumstrittenen Publicationen von Smith; ihre primär-causale Stellung würde sich — wenigstens für meinen Kranken — allerdings nicht halten lassen. Denn das primäre waren bei ihm eben die Blutdrucksteigerungen und die Veränderungen im peripheren Gefäßbezirk, die sich ja nur auf eine Störung in der Vasomotion, einen Krampf der Constrictoren zurückführen lassen. Die Lumenabnahme des Gefäßquerschnittes führte dann erst zu einer, wie ich glaube, rein passiven Herzdilatation, die freilich dem Beobachter sehr in's Auge fallen musste. Die starke venöse Hyperämie, die Congestionen sind eine ganz bekannte Erscheinung bei Dipsomanen, die in dem Geschilderten gleichfalls ihre zwanglose Erklärung findet. Einige Male fehlten sie in meinem Falle freilich anfänglich; der Kranke sah da hochgradig anämisch aus, die Herzdilatation entwickelte sich sehr rasch. Vermuthlich lag da im Beginn auch eine vorübergehende Reizung venöser Vasoconstrictoren vor.

Worauf beruht nun aber dieser primäre Constrictorenkrampf, dem danach bei der Entstehung der epileptogenen Dipsomanie in manchen Fällen eine ausschlaggebende Bedeutung zu vindiciren wäre? Ich sehe nichts, was gegen die Auffassung spräche, dass er aus einer typischen primären Epilepsie des Vasomotorencentrums resultirt. Die Pathologie der genuinen Epilepsie recurirt ebenso auf eine Autointoxication, wie die der progressiven Paralyse. Wie wir bei der Paralyse bulbäre und nucleäre Anfälle kennen, so dürfen wir nach Analogie das Gleiche für die Epilepsie annehmen. Thatsächlich kennen wir ja eine Reihe epileptischer Zustandsbilder oder „Aequivalente“, die diese Auffassung nur stützen können. Das Zustandekommen des Anfalls selbst würde mir dann eine auf einer naheliegenden Analogie basirende Theorie sehr plausibel erklären, die sich auf alle genuinen epileptischen Krämpfe unschwer ausdehnen lässt: der eigentliche Anfall ist der Ausdruck einer Verankerung des specifischen Toxins in der Nervenzelle, der Ausdruck der Bindung seiner haptophoren Gruppe an die congruenten Receptoren der prädestinirten Zellen. Die dadurch vorübergehend erreichte Elimination der Toxine würde in Verbindung mit dem Auftreten postformirter Gruppen, i. e. specifischer Antikörper (Haptine), die nach ihrer Abstoßung für einige Zeit in der Circulation direct das Toxin paralyisiren müssen, die Periodicität der Anfälle ganz zwanglos erklären.

Weshalb die Verankerung bald in diesen, bald in jenen Zellgruppen vor sich geht und synchron der Paarung bald stürmischere, bald lavirtere Entladungen hervorruft, ist ja schwer zu sagen: vielleicht spielen da individuelle Dispositionen, spezifische Zellaffinitäten, erworbene oder angeborene Reactionsschwankungen der Zellindividualität eine wesentliche Rolle. Sicher sind da auch die circulatorischen Bedingungen in den einzelnen Hirngebieten und ihre Veränderungen nicht ohne Einfluss. Ja, man kann vielleicht noch weiter gehen und annehmen, dass bei den Epileptikern gar nicht extravagante Toxine gebildet werden, sondern dass es sich um Stoffwechselproducte handelt, die auch im Säftestrom des Gesunden circuliren und da nur jederzeit an in genügender Menge präformirte Receptoren in centralen Nervenzellen verankert werden, und zwar, dank der Constanz, in quantitativ so minimalen Verhältnissen, dass wahrnehmbare Consequenzen ausbleiben. Bei Epileptischen würden dagegen in Folge eines angeborenen oder erworbenen (Trauma!) Complexes ungünstiger Bedingungen, vielleicht in erster Linie in circulatorischer Beziehung, die fraglichen Gruppen — die specifischen Receptoren — nur oder präponderirend in bestimmten Zellbezirken sich bilden und in Folge dessen zu periodischen Verankerungen mit stürmischen Entladungen führen. Theoretisch werden die Verankerungen jedenfalls ebenso gut, wie in der Mantelzelle, in irgend einem bulbären oder nucleären Complex stattfinden können. Selbst wenn man die aus dem Begriff des Neurons im alten Sinne resultirende Präponderanz der Zelle negirt, wird man sich die Möglichkeit dieses Vorgangs mit analogen Wirkungen unschwer construiren können!).

Jedenfalls möchte ich aus alledem eine Auffassung der Dipsomanie ableiten, die ich etwa so formuliren würde: In einer Reihe von Fällen entsteht die Dipsomanie aus einer Epilepsie des Vasomotorencentrums, das zu der entsprechenden Affection durch angeborene oder erworbene Momente specifisch disponirt ist. Diese Epilepsie der centralen Vasomotion löst in ihren weiteren Consequenzen im Affectbereich die charakteristische Verstimmung aus, im Gefäßsystem die secundäre Herzerweiterung, die die Verstimmung vermehrt und cumulirt, und zwar vielfach direct im Sinne der Herzangst. Beide Momente führen zum Alkohol, oft auf dem Wege über ein dem gesteigerten Flüssigkeitsbedürfniss ent-

1) Das Vorstehende wurde Anfangs Februar d. J. niedergeschrieben. Es hat seitdem durch die Mittheilungen von Geni (Neurol. Centralblatt. 1903. 6) eine überraschende Bestätigung gefunden. Ich selbst habe die hier angedeuteten Hypothesen im Neurol. Centralblatt. 1900. 11 — zur Pathologie toxischer Psychosen — und in der Berliner klin. Wochenschrift — Psychiatrie und Seitenkettentheorie — ausführlicher entwickelt.

sprechendes Durstgefühl, das die allgemeine Anämisirung der Peripherie begleitet. Je jäh der Blutdrucksteigerung einsetzt, desto impulsiver wird der Drang nach dem Alkohol, nach seiner Beschaffung: desto stärker tritt auch das reine Durstgefühl auf. Diese ganz acut einsetzenden und sich stürmisch entwickelnden Attacken haben offenbar auch am meisten Neigung zu weiterer Ausbreitung, sie führen zu schwereren Allgemeinerscheinungen. Hier steigert sich die epileptische Verstimmung am ersten zum epileptischen Dämmerzustand, den dann der Alkohol noch unheilvoller ausgestaltet, er steigert hier wirklich „die epileptischen Veränderungen im Gehirn bis in's Ungemessene“ (Jolly). Ungünstig wirkt er immer; auch der pathologische Rausch des Dipsomanen steht in seiner Form und in seinen Folgen einem schweren epileptischen Dämmerzustand ganz nahe. Dem Rausch- oder Dämmerzustand folgen dann noch eine Reihe von Stimmungsschwankungen, die auch die nicht durch Alkohol erschwerten Anfälle des Dipsomanen begleiten und sich an reactive Schwankungen des Blutdruckes anschliessen.

Eine Reihe von Beobachtungsergebnissen bei meinem Kranken, die sonst der Analyse schwer zugänglich sind, findet in dieser theoretischen Deutung ihre zwanglose Erklärung, so die einmal constatirte vorübergehende halbseitige Differenz des Blutdruckes, das öfters beobachtete Auftreten von Diarrhöen, das Verhalten der Urincurve. Auch die von Gaupp hervorgehobene eigenthümliche Erscheinung, dass das Maximum der Anfälle in die Uebergangsjahreszeiten fällt — auch bei meinem Kranken war das die Regel — wird daraus ganz plausibel. Frühjahr und Herbst stellen zu Zwecken der Wärmeregulirung an das Gefässsystem qua Labilität sicher grössere Anforderungen als die constanteren Temperaturen im Sommer und Winter. Die regulatorischen Centren werden da stärker beansprucht und ermüdet, also auch *ceteris paribus* leichter auf chronische Schädigungen reagiren. Dazu kommt, dass der Blutdruck an sich keineswegs von thermischen und barometrischen Einflüssen unabhängig ist. Blutdruckcurven bei Geisteskranken, die ich zum Theil jetzt schon seit 7 Monaten durchführe, beweisen das mit aller Evidenz, unter oft verblüffend constanten Beziehungen zum Affect.

Das sind in flüchtigen Zügen die naheliegendsten Folgerungen, zu denen mein Fall Anlass geben kann. Natürlich wird man daraus dann gewisse Consequenzen für die Behandlung ableiten müssen. Die Hauptsache bleibt immer die Prophylaxe; gegen die den Anfällen zu Grunde liegenden Processe sind wir ja zunächst noch machtlos. Es kann sich also nur darum handeln, ihre Folgen möglichst einzuschränken. Das ist vielleicht durch ein systematisches Training des Herzens — wie es

schon Smith empfohlen hat — und der peripheren Vascularisation möglich. Durch allerlei hydrotherapeutische, medicomechanische und sonstige physicalische Proceduren habe ich versucht, auf der einen Seite die centrale und periphere Gefässmuskulatur zu kräftigen und widerstandsfähiger zu machen, auf der anderen Seite durch eine regelmässige intensive Inanspruchnahme der centralen Regulirungen die diesen zu Grunde liegenden nervösen Complexe unter günstigere Bedingungen, vielleicht auch qua Säftezufluss zu bringen. Im Anfall habe ich — freilich erst einmal — zur momentanen Beseitigung der Blutdrucksteigerung Amylnitrit einathmen lassen: der Anfall wurde damit thatsächlich coupirt.

Leider habe ich hier keine Gelegenheit gehabt, alles das an anderen Fällen nachzuprüfen. Wie gesagt, enthält die Literatur aber manche Angaben, die für meine Auffassung sprechen. Vor Allem lassen sich hier einrangiren die Fälle von Dipsomanie bei der Menstruation, die ja den Blutdruck nicht unwesentlich alterirt (Rosse). Uebrigens habe ich zufällig Gelegenheit gehabt, eine Kranke zu beobachten, bei der Störungen im Kreislaufsystem, die mehrfach zu einer intensiven Blutdrucksteigerung führten, wiederholt einen der Dipsomanie ganz analogen Alkoholdrang hervorriefen, dem jedesmal eine schwere Verstimmung, meist sogar lebhafteste Angstzustände vorangingen. Immerhin möchte ich das Gesagte aber nicht von vornherein auf alle Fälle von Dipsomanie ausdehnen. Vielleicht regen die vorstehenden Betrachtungen zu einer Controle der entsprechenden Factoren bei anderen Dipsomanen an. Schon die eminente forensische Bedeutung der Dipsomanie lässt ja jede Bereicherung unseres diagnostischen Fonds, wie sie die Blutdruckcurve in dem geschilderten Falle darstellt, nur wünschenswerth erscheinen.
