

XV.

Aus der städtischen Irrenanstalt in Breslau
(Primärarzt Dr. Hahn).

Ueber atypische Alkoholpsychosen.

**Beitrag zur Kenntniss des hallucinatorischen Schwachsinns
der Trinker und der alkoholistischen Pseudoparalyse.**

Von

Dr. F. Chotzen
in Breslau.

Neben den typischen Alkoholpsychosen treten bei chronischen Alkoholisten auch andere Geistesstörungen auf, über deren ätiologischen Zusammenhang mit dem Alkoholismus man verschiedener Meinung sein wird, solange die eigentlichen Ursachen der Psychosen und der innere Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung nicht bekannt sind. Trinker sind zumeist erblich belastet, der Alkoholismus kann also neben der Psychose bestehen, kann aber auch durch die dieser vorausgehenden nervösen Störungen selbst bedingt sein, und in beiden Fällen können alkoholistische Symptome den anderen vorangehen; aber auch wo erbliche Belastung fehlt, braucht ein vorangegangener Alkoholismus ebenso wenig die Ursache einer späteren Psychose zu sein, wie etwa überstandene Lues für irgend eine nicht paralytische Geisteskrankheit. Andererseits könnte natürlich, wie andere ätiologische Factoren, auch der Alkohol neben den für ihn spezifischen Erkrankungen auch andere im Gefolge haben; eine solche doppelte Rolle spielt er ja bei der Epilepsie. Handelt es sich nun um Psychosen, die mit sonst bekannten klinischen Formen übereinstimmen, so ist die Frage der alkoholischen Aetiologie heute überhaupt nicht zu entscheiden. Die Annahme, dass es nur auf den Ort und nicht auf die Art der Schädigung ankommt, kann zur Erkennung ätiologischer Zusammenhänge nicht dienen, so lange Ort und Art der Schädigung bei den meisten Psychosen unbe-

kannt sind. Heute stammen unsere Kenntnisse der Aetiologie allein von Schlüssen aus der klinischen Thatsache, dass nach einer bestimmten Schädlichkeit Psychosen vorkommen, die sich in Symptomen, Verlauf oder Ausgang von den übrigen unterscheiden, also aus klinischen Vergleichen. Gerade der Alkohol scheint in diesem Sinne sehr spezifisch zu wirken. Kranke mit der allerverschiedensten Belastung und Unbelastete erkranken an den gleichen Alkoholpsychosen, bei complicirendem Alkoholismus kann man die alkoholistischen Symptome unabhängig von der Grundkrankheit ablaufen sehen und selbst nach vorangegangenen Geisteskrankheiten, wo also eine bestimmte Disposition gewissermaassen schon zu Tage getreten ist, sahen wir wiederholt später typische Alkoholpsychosen auftreten. Ebenso kann nun auch das häufigere umgekehrte Verhalten auf der unabhängigen Wirksamkeit zweier verschiedener Ursachen beruhen. Deckt sich also die Krankheit bei einem Alkoholisten in Symptomen und Verlauf ganz mit bekannten anderen Formen, so fehlt für die Beurtheilung der Wirksamkeit des Alkohols jeder Anhaltspunkt, wenn nicht etwa die uns bekannten ursächlichen Verhältnisse dieser Formen an sich einen Analogieschluss gestatten. Auf die klinische Stellung also kommt es an und wenn wir untersuchen wollen, ob auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ausser den typischen noch andere Psychosen vorkommen, so kann die Klinik nur die Frage beantworten, unterscheiden sich die Krankheitsbilder bei Alkoholisten von sonst bekannten Formen, sind es besondere oder nur Modificationen und Complicationen anderer Bilder? Daraufhin zu untersuchen wären die Fälle, bei denen andere Ursachen nicht nachweislich vorliegen, deren alkoholistische Aetiologie aber wahrscheinlich gemacht wird durch die Anzeichen schwerer Alkoholintoxication, Neuritis u. a., durch Vorausgehen typischer Alkoholpsychosen, durch Hervorgehen der Psychose aus solchen, oder durch ihre Ähnlichkeit mit solchen in Symptomen oder Verlauf. Mit dem letzteren Punkt treffen wir auf eine der grössten Schwierigkeiten der ganzen Frage, das ist die Ähnlichkeit der Alkoholhallucinosis mit gewissen hallucinatorischen Formen aus der Dementia praecox-Gruppe. An ihr scheitert bisher die Lösung der Frage der chronischen paranoischen Psychosen bei Alkoholisten. Schröder¹⁾ hat dieses Thema jüngst ausführlich bearbeitet und aus seiner Zusammenstellung der Literatur erkennt man leicht, dass die verschiedene Fassung der „Alkoholparanoia“ bei den verschiedenen Autoren eben auf der Unsicherheit dieser Abgrenzung der Alkohol-

1) Schröder, Ueber chronische Alkoholpsychosen. Habilitationsschrift. Halle, Marhold, 1905.

hallucinosis beruht und dass bei jedem einzelnen Fall chronischer Wahnbildung bei Alkoholisten der Einwand erhoben werden kann, dass es sich von vornherein um eine andere Psychose gehandelt hat. Schröder steht dann auch der Frage chronischer Alkoholpsychosen durchaus skeptisch gegenüber. Ihre Möglichkeit ist aber doch nicht von der Hand zu weisen; die fortgesetzten Vergiftungen des Körpers mit Alkohol, die, wie wir wissen, zu dauernden Organveränderungen führen, können damit doch auch dauernde Stoffwechselstörungen und darauf beruhend chronische Psychosen im Gefolge haben, ähnlich wie die Dementia praecox auf Autointoxication durch Stoffwechselstörungen beruhen soll. Wenn also nicht der Ausgang einer Psychose allein ihre klinische Stellung bestimmen soll, so dürften acute und chronische Formen der gleichen Symptomatologie nicht verschieden bewerthen werden.

Was aber die Symptomatologie angeht, so wäre es ja möglich, dass die enge Definition der Alkoholhallucinosis, von der Schröder nach Bonhöffer ausgeht, welche das Fehlen von Geruchs- und Geschmacks-hallucinationen und von hypochondrischen Sensationen und die Heilbarkeit als wesentlichen Factor enthält, eben nur auf die geheilten, also einfachsten und leichtesten Fälle gegründet ist. Wir wissen, dass der selbe Symptomcomplex wie bei der acuten Alkoholhallucinosis auch ohne Alkohol vorkommt und an ihn können sich chronische Formen anschliessen. E. Meyer¹⁾ hat wiederum acute Fälle bei Alkoholisten mit hypochondrischen Sensationen heilen sehen. Wir wissen ferner, dass auch bei der acuten Alkoholhallucinosis Andeutungen motorischer Symptome vorkommen (s. Bonhöffer²⁾), und selbst ausgesprochenen Stupor hat Heilbronner³⁾ ebenso wie wir bei acuter Alkoholhallucinosis gesehen. Dann die immer wiederkehrenden Mittheilungen chronischer Psychosen, deren Unterscheidung von nicht alkoholischen Formen Schwierigkeiten macht, nach mehreren acuten Alkoholpsychosen, alles das scheint doch neben der weitgehenden Uebereinstimmung der Symptome für engere Beziehungen zwischen der alkoholischen und nicht alkoholischen Hallucinosis zu sprechen, wie sie am prägnantesten Wernicke⁴⁾ darstellt, der ohne Rücksicht auf Aetiologie eine acute und eine chronische Hallucinosis unterscheidet und bei Alkoholisten, wie bei Nichttrinkern die

1) E. Meyer, Ueber acute und chronische Alkoholpsychosen etc. Arch. f. Psych. 38. II.

2) Bonhöffer, Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Fischer, Jena, 1901.

3) Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1900.

4) Heilbronner, Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle, Marhold, 1905.

chronischen Formen sowohl mit schlechendem Beginn, als auch aus acuten hervorgehend schildert. Vielleicht ist also die acute Alkoholhallucinosis nur ein besonderer Fall, eine leichteste Verlaufsform aus einer bestimmten Krankheitsgruppe. Alle die Differenzen und Schwierigkeiten würden sich in der That mit der einfachen Annahme lösen, dass nur diejenigen Trinker an der Hallucinosis erkranken, welche zu jener Krankheitsart prädisponirt sind, wenn man nur eben nachweisen könnte, dass diese symptomatologische Zusammenfassung auch einer klinischen Einheit entspräche. Es stecken aber unter den mannigfachen Verlaufsformen der chronischen Hallucinosis jedenfalls Formen verschiedener klinischer Stellung. Ebenso sind auch die Krankheitsbilder, die als chronische Alkoholpsychosen beschrieben werden, worauf Schröder¹⁾ richtig hinweist, ganz heterogene; er vermisst schon eine Sonderung der degenerativen, arteriosklerotischen und der Fälle von Dementia praecox. Bevor man aber nicht die einzelnen Bilder scheiden und ihre klinische Stellung feststellen kann, kann man auch nicht erfahren, ob alkoholistische Erkrankungen von besonderer Form darunter sind oder ob alle mit sonst vorkommenden ganz übereinstimmen. Hier kommt als weitere Schwierigkeit hinzu, dass auch die Dementia praecox wieder ein Sammelbegriff ist und dass wir die einzelnen Verlaufsformen dieser Gruppe lange nicht genügend kennen, um ein vorliegendes Krankheitsbild sicher mit einem bestimmten identificiren oder davon trennen zu können. Daher bleiben nach Abtrennung degenerativer und anderer Formen eine Reihe von Psychosen übrig, die zweifelhaft bleiben, und wie die Auseinandersetzungen Schröder's beweisen, je nach dem ätiologischen Glaubensbekenntniss des Einzelnen verschiedene Deutung erfahren können. Wir können eben vom ätiologischen Gesichtspunkte nicht ausgehen, da uns eine klinisch-symptomatologische Sichtung aller dieser chronischen Formen und damit ein sicheres Vergleichsmaterial fehlt; bei der ätiologischen Auswahl wird ganz Verschiedenes zusammengeworfen. Ein genauer Vergleich aller acuten und chronischen Fälle von Hallucinosis bei Trinkern und Nichttrinkern bezüglich des gesamten klinischen Bildes und Verlaufs würde aber vielleicht neben der Scheidung der verschiedenen Formen auch über etwaige Beziehungen der acuten Hallucinosis zu irgend einer chronischen sicheren Aufschluss geben. Bevor solche bekannt sind, kann man natürlich jede Abweichung in Symptomen und Verlauf von der strengsten Fassung der Alkoholhallucinosis als ein anderes klinisches Bild ansehen, für die Aetiologie ist nur damit noch gar nichts entschieden.

1) l. c.

Es soll also hier die Frage der chronischen Alkoholparanoia nicht wieder aufgerollt werden, wir würden ja heute durch die einfache Aufzählung unserer Fälle den bisher veröffentlichten zweifelhaften nur weitere zweifelhafte hinzufügen können.

Auf wenige nur müssen wir kurz eingehen, weil sie von Moskiewicz¹⁾ aus hiesiger Anstalt publicirt und zwar in der Deutung von chronischen Alkoholpsychosen verwerthet sind, ohne dass die gegentheilige Auffassung genügend berücksichtigt würde. Es ist nun leicht, von ihr aus an seinen Schlüssen Kritik zu üben, indessen sind die Fälle z. Th. doch geeignet, zu zeigen, dass man auch für andere Formen, als nur die acute Hallucinosis, den Alkohol als ätiologisches Moment heranziehen kann. Sie zeigen zugleich die Verschiedenheit der hier vor kommenden Krankheitsbilder.

IX. Wilh. K., Arbeiter, 37 Jahre, Pot. stren., hat im Juli 1898 ein schweres Delirium tremens durchgemacht. November 1898 erkrankt an Stimmen, die ihn beschimpfen, bedrohen, Alles kritisiren, was er thut, Alles mit Bemerkungen begleiten, auch was er denke. Beim Lesen lesen die Stimmen mit. Hatte Tag und Nacht keine Ruhe, konnte nicht schlafen. Die Leute unterhielten sich darüber, dass er getötet, erschossen werden sollte. Daher grosse Angst, kroch Anfangs unter die Betten. Wird elektrisiert. Die Stimmen sind die früherer Bekannter, die seine Geschichte wahrscheinlich durch die Frau erfahren haben. — Orientirt und geordnet, ab und zu gereizt wegen der Belästigungen. Schlechter Schlaf. Der Affect lässt nach, sonst bleibt das Bild ganz gleich. Nach etwa einem halben Jahre zeigt er auch gegen die Aerzte hier Misstrauen; gereizt, weil er nicht entlassen werde. Bringt in seinen Reden mitunter neue Bezeichnungen vor. Ganz unverändert in die Pflegeanstalt. Dort ebenfalls gleich geblieben. Hat fixierte Verfolgungsideen gegen die Polizei und die hiesigen Aerzte. Drängt fort. Ob er jetzt noch hallucinirt, ist fraglich.

X. Gottlieb Kr., Arbeiter, 60 Jahre. Trinkt seit Jahren. December 1897 abortives Delirium. Februar 1899 wieder aufgenommen. Orientirt. Werde seit 14 Tagen von ein paar Leuten verfolgt aus Rache. Sie laufen hinter ihm drein, rufen ihm Bemerkungen nach über Alles, was er thue. Aus benachbarten Wohnungen beobachten sie ihn durch Apparate und rufen ihm durchs Telephon zu. Die Leute folgten ihm in die Anstalt nach, wo er im Uebrigen ganz orientirt war, machen, wenn er sich nur röhrt, ihre Bemerkungen darüber. Dann treten auch Sensationen auf, er wird elektrisiert, es wird Glühstoff auf ihn geworfen. Bald freier, bald wieder gereizter unter gehäuften Hallucinationen. Die Verfolgungsideen werden systematisirt, die Loge steckt hinter Allem. Das Bild bleibt gleich, nach $\frac{3}{4}$ Jahren zeigen sich auch einige Kun-

1) Moskiewicz, Ueber die Beziehungen des Delirium tremens zur acuten Hallucinosis der Trinker etc. Dissertation. Leipzig 1904.

ausdrücke, „Hexenschüsse“, „Luftpläker“; auch spärliche Geruchshallucinationen. In der Pflegeanstalt ist das Bild heute noch unverändert.

In einem weiteren Fall (XIII), 47 jähr. Arbeiter, waren erst 2 Delirien vorangegangen, dann eine Erkrankung an Neuritis und nach mehreren Jahren eine Hallucinosis, die zwar zur Abheilung kommt, aber sich schon durch zahlreiche Geruchs- und Geschmackshallucinationen auszeichnete. Nach mehreren Monaten tritt eine neue Erkrankung auf, die einen progredienten Verlauf nimmt, diesmal sind neben den Geruchs- und Geschmackshallucinationen auch viele hypochondrische Sensationen vorhanden. Optisch: Funken, Rauch, Nebel und erststickende Dämpfe.

Einen 4. Fall werden wir unten noch betrachten, er steht zu den Fällen des hallucinatorischen Schwachsins in näherer Beziehung.

Alle diese Fälle stellen chronische Hallucinosen dar, die Träger sind alle Trinker, es sind ein oder mehrere Delirien vorangegangen. Man könnte sie also wohl als chronische Alkoholpsychose deuten, nur sind sie keineswegs einheitlich und zeigen auch symptomatologische Abweichungen vom Typus der acuten Alkoholhallucinosis. Im ersten (IX) ist dieses Bild allerdings zuerst ganz rein, nach mehrmonatlichem Verlauf stellen sich Wortneubildungen ein und nähern also das Bild den Fällen der Dementia praecox. Ob es ihnen darum allein schon zugezählt werden muss, ist für jetzt nicht zu entscheiden. Man kann ebenso annehmen, dass hier die zweite Erkrankung mit der ersten und dem Alkoholismus nichts zu thun hat, als dass der Alkohol auch chronische Formen der Hallucinosis bedingt, die den Fällen der Dementia praecox sehr ähneln oder gleichen. Sind es die gleichen Psychosen, so kann man sie bei Trinkern nicht anders beurtheilen, als bei Nichttrinkern, sie brauchen mit der acuten Alkoholhallucinosis auch ätiologisch nichts gemein zu haben, wenn nicht etwa auch diese nur eine leichteste Form derselben Art darstellt. Im zweiten Fall treten neben sonst typischen Erscheinungen Geruchshallucinationen auf, die allerdings auch in acuten Formen vorkommen, und im dritten ausser Geruchs- und Geschmacks-hallucinationen auch zahlreiche hypochondrische Sensationen. Wenn sich mit den abweichenden Symptomen auch ein anderer Verlauf verbindet, wird man erst recht eine Alkoholhallucinosis nicht mehr als vorliegend erachten, indessen ist hier doch eine vorangehende ähnliche Erkrankung auch geheilt und gerade für die ätiologische Wirkung des Alkohols eröffnen solche Fälle Gesichtspunkte.

In Fall X, einen 60jährigen Mann betreffend, wird man an Dementia praecox kaum denken; aber das beginnende Senium vielleicht für die chronische Entwicklung verantwortlich machen. Es ist ja im Allgemeinen die nicht alkoholische Hallucinosis eine Erkrankung der

höheren Lebensjahre; besonders vor dem Senium ist sie sehr häufig und hier scheinen besonders die Fälle mit ausgeprägter Arteriosklerose an hypochondrischen und anderen Sensationen, Geruchs- und Geschmacks-hallucinationen reich zu sein. Wir wissen aber, dass der Alkohol die Arteriosklerose und senile Involution schafft resp. beschleunigt. Man könnte also auch schon bei Alkoholisten jüngerer Lebensjahre an eine dadurch bedingte Entstehung chronischer Krankheitsbilder denken, speciell in Fällen wie der dritte oben bei einem 47jährigen Mann und einem ganz ähnlichen, den Räcke¹⁾ mitgetheilt hat, wo ebenfalls nach mehreren Delirien und einer geheilten „Alkoholparanoia“ schliesslich eine progrediente Erkrankung auftritt mit Hallucinationen aller Sinne. Es ist hier schwer, alle vorhergehenden Erkrankungen auf den Alkohol zurückzuführen und nur die letzte nicht. Allerdings sind die Krankheitsbilder hier verändert, aber sie beruhen doch wahrscheinlich auf dem Alkoholismus, wenn auch mittelbar durch Senium praecox und Arteriosklerose. Charakteristisch erscheinen mir dafür auch das in unserem, wie in ähnlichen solchen Fällen, häufige Sehen von Dämpfen und Nebel.

Um den Zusammenhang progredienter und acuter Formen, die Mannigfaltigkeit der Bilder und die Schwierigkeit der Beurtheilung bei seltenen Symptomgruppierungen zu illustriren, möge im Nachfolgenden noch ein Fall angeführt werden, wo eine chronische progrediente Psychose sich an eine acute Alkoholhallucinosis anzuschliessen scheint. Hier dauern in dem chronischen Stadium auch die deliranten Hallucinationen und Verkennungen fort, so dass man an alkoholistische Entstehung denken könnte, doch zeigt die Psychose sonst eine völlige Uebereinstimmung mit den nicht alkoholistischen Formen aus der Dementia praecox-Gruppe auch im Verlauf.

1. Adolf G., Silberarbeiter, 35 Jahre, aufgenommen 13. Juli 1899.

Das Aufnahmeattest lautet auf starke Erregungszustände mit Schlaflosigkeit, allgemeinem Zittern, fortwährendem Beten, Hören von Stimmen im Anschluss an Gehirncongestion durch Alkohol. (Ref. Frau): Früher gesund. Seit vielen Jahren starker Potator; manchmal schon ähnliche Zustände wie jetzt: Angst und Hallucinationen, betete viel; die Anfälle waren schwächer als diesmal. Nun seit 3 Tagen wieder sehr erregt, ängstlich, drängte fort, sprach mit Abwesenden, sah seine verstorbenen Eltern und Freunde und hörte sie sprechen. Wollte sich erwürgen, Gift nehmen.

14. Juli. Ungefähr orientirt. Verstört und ängstlich. Giebt an, seine

1) Räcke, Zur Lehre von den chronischen Geistesstörungen der Trinker. Vortrag auf der 35. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Aerzte. Kassel 1903. Ref. von Schröder.

verstorbenen Eltern fortwährend zu sehen; sie machen ihm Vorwürfe über seinen Lebenswandel, dass er sein Kind durch Korn in der Milch vergiftet habe. Hört die Stimmen fortwährend, ausserdem Rauschen und Klingeln in den Ohren. Neben den menschlichen Gestalten auch Mäuse etc. In der Angst habe er sich mit dem Halstuche erwürgen wollen. Pat. liegt hier ruhig im Bett; schlief Nachts trotz Schlafmittels nicht. — Pat. ist sehr schlecht genährt und matt, hat aber ausser starkem allgemeinen Tremor keine nachweisbare körperliche Erkrankung. Giebt an, für 30—40 Pf. Schnaps und mehrere Flaschen Bier getrunken zu haben.

16. Juli. Bisher ohne Schlaf; orientirt; immer dieselben Hallucinationen, optisch und akustisch mit demselben Inhalt. Geht ab und zu aus dem Bett und kniet betend nieder, sonst liegt er ruhig.

28. Juli. In den letzten Tagen etwas freier, geht nicht mehr aus dem Bette. Meist ängstlicher, vergrämter Gesichtsausdruck. Sah den lieben Gott, seine Frau, seine verstorbenen Eltern etc., Alle machten ihm Vorwürfe; der liebe Gott hielt ihm sein ganzes Sündenregister vor und belegte ihn mit Strafe. Die Gestalten unterhielten sich über ihn, z. B.: „Ins Zuchthaus kommt er doch.“ Angst vor der ange drohten Strafe, sollte hingerichtet werden. Habe dieselben Zustände schon draussen gehabt, dreimal, einmal bis vier Wochen Dauer. Patient ist dabei orientirt, hat starken Tremor. — Angst und die gedrückte Stimmung halten ferner an, er horcht den ganzen Tag auf die Stimmen. Auch noch Gesichtshallucinationen. Hörte draussen das Gericht, das ihn zum Tode verurtheilte, das Volk, das ihn zerreißen will, weil er Gott gelästert, die Anstalt in Schimpf gebracht habe. Er sehe hier an den Blicken, dass er verachtet werde, dass er ein schrecklicher Sünder sein müsse. Berichtet jedesmal, dass er heut oder morgen hingerichtet werden solle, er habe viele Kinder umgebracht, ihnen die Seelen geraubt. Bittet mehrfach, doch seine Qual zu enden. Glaubte in den letzten Tagen im Gefängniss zu sein, in Folge von Stimmen. Schläft in den letzten Nächten mit Schlafmittel; isst schlecht.

4. August. Selbstvorwürfe und Kleinheitsideen in Folge entsprechender Stimmen. Er sei ein sehr schlechter Mensch, er fluche allen Menschen, verachte die Religion; er habe sein Kind ermordet etc. Fürchtet täglich, Abends hingerichtet zu werden.

5. August. Nahrungsaufnahme mangelhaft — Gewichtsabnahme, Schlaf auf Schlafmittel.

17. August. Sah Todtenköpfe, die seinen Eltern und mehreren seiner Bekannten angelhörten. Hält einen Patienten für den Scharfrichter, hofft endlich hingerichtet und seine Qual los zu werden.

September. Sitzt fortgesetzt mit niedergeschlagener Miene im Bett und sieht sich ängstlich schaudernd um. Oertlich orientirt, zeitlich ungenau. Erklärt: die Kinder, die er gefressen habe und was er sonst esse, wachsen ihm durch den Kopf heraus und würden dort abgeschnitten, er sehe das an den Blicken der Kranken. Höre noch immerfort Stimmen; bald rufe es aus dem Zuchthaus oben, bald von unten; er sei schon ganz verrückt. Inhalt der Stimmen wie früher, Vorwürfe und Drohungen; sehe auch noch die Träger

der Stimmen, sehe scheussliche Fratzen, die ihn schrecken, ein Stück Haut mit einem widerwärtigen Geschwür. Auf der Decke Köpfe, Thiere; Ratten laufen durchs Zimmer. Die anderen Kranken bekommen fortwährend andere Gesichter, häufig ihm bekannte. Das Essen stellt er, vor Ekel sich schüttelnd, weg; es sei von Leichentheilen und aus lauter Maden zur Strafe für seine Schlechtigkeit; das sagen die Stimmen. Isst nur Brot und trinkt Milch. Glaubt bald im Untersuchungsgefängniss zu sein, bald wieder orientirt. Zeitlich immer orientirt.

3. October. Immer deprimirt, sehr abgelenkt, spricht spontan nur selten und wenig. Hallucinationen und Inhalt wie bisher. Seine Angehörigen seien hier. Immer phantastischere Angstvorstellungen. Er liege auf seinen Eltern, die in seinem Bette gestorben seien und noch darin liegen. „Es ist nicht meine Stimme, die jetzt aus mir spricht.“ Isst nicht, muss künstlich ernährt werden. Das Essen verwandele sich in Thiere, das Brot sei aus Läusen gebacken. Beginnende Erklärungen: Sein Vater habe auf dem Sterbebette geschworen, dass er für seinen Lebenswandel büßen müsse. Verkennt die Anderen als Bekannte, Alles auf Grund combinirter Hallucinationen. Alle Aeusserungen und Vorgänge bezieht er auf sich.

13. October. Seit einigen Tagen Fieber bis 39° Abends. Pleuritis exsudat. rechts. Infiltration beider Spitzen. Fieber. Matt, schlafssüchtig. Ende October fieberfrei. Psychisches Verhalten unverändert. Sitzt versunken da, die Stimmen, die Alles mit Bemerkungen begleiten, ärgerlich abwehrend und ängstlich die Umgebung beobachtend.

9. December. Stimmung mehr resignirt, nicht mehr so verzweifelt. Hallucinationen andauernd. Pat. scheint sich aber an sie und an den Inhalt gewöhnt zu haben. Stets orientirt. Bei der Exploration abgelenkt. Verlangt von selbst aufzustehen!

29. December. Aeusseres Verhalten noch immer gleich. Schlaf schlecht. Nahrungsaufnahme wechselnd. Stimmung aber nicht mehr gedrückt, gegen die Stimmen skeptischer, lacht jetzt öfters darüber. Meint, wenn das Alles wahr wäre, müsste er in der Hölle sein; aber er spreche doch und höre und sehe. Zeitlich ungefähr orientirt. Bezuglich des Ortes schwankt er zwischen Untersuchungsgefängniss und Irrenanstalt, lässt sich aber leicht belehren. Bei seinen Antworten unterbricht er sich häufig räuspernd. Erklärt das: er wolle seine Stimme haben, nicht andere. Spricht zur Seite: „Das ist doch nicht meine Stimme.“

Januar 1900. Stimmung wechselt. Bald freier, bald ängstlicher. Er sehe an den Wänden seinen Lebenslauf vor sich. Pat. unterhält sich manchmal mit Anderen.

23. Februar. Isst besser; ruhiger, lacht öfters. Er müsse fortwährend fluchen; er denke es nur, fühle es aber gleichzeitig an seiner Zunge.

22. März. Beginnt sich zu vertheidigen. Er könne doch nicht an Allem schuld sein. Stimmen auch mehr indifferente Reminiscenzen. Ab und zu künstliche Ernährung nöthig. Das Essen habe ja keinen Zweck, sei bald nicht mehr nöthig.

14. April. Lacht viel. Es macht ihm Alles Spass, was er jetzt sieht und hört. Keine Angst mehr. Bis jetzt sei nichts von all den Drohungen eingetroffen.

12. Mai. Zweifelt an der Identität von Frau und Kind, die er lange nicht gesehen, sie haben so eigenthümlich ausgesehen und merkwürdig gesprochen.

Jun. Stimmen von allen Seiten, bekannte und fremde. Inhalt wie früher, manchmal sprechen Alle durcheinander, so dass er gar nichts verstehen kann. Gestalten überall: verschiedene Gesichter, die scheusslichsten Fratzen. Menschen, die sich vor seinen Augen in Thiere verwandeln. Er wartet auf seine Verurtheilung. Nahrungsaufnahme genügend. Schlaf im Ganzen gut.

Juli und August. Beginnende Grössenvorstellungen. Seine Hinrichtung sei direct von Gott angeordnet, er sei von Gott verflucht. Verkennt einen Patienten als Christus, der hier sei, um ihn zu strafen. Auch sonst Personenverkennungen. Hier sei keine Irrenanstalt. Intensive Eigenbeziehung: die anderen Patienten wissen Alles über ihn, er sieht das an ihren Mienen und Blicken, kennen seine Gedanken, weiss es nicht zu erklären. Rathlos: so viel Stimmen, dass er nicht wisse, was er glauben solle. Zwangslachen; Zwang zu fluchen: er müsse sich zusammennehmen, nicht laut zu fluchen. Im Essen nichts mehr drin. Isst gut. Gedächtnissmaterial und Kenntnisse gut. Bei complicierten Rechenaufgaben und Ueberlegungen wird seine Aufmerksamkeit durch die Hallucinationen wieder abgelenkt.

1. September. Immer deutlichere paranoische Ansätze. Er kann doch nicht die ganze Welt erlösen. Wenn die Aerzte nicht mit ihm gespielt hätten, dann würde er jetzt nicht mit ihnen spielen. Wenn nur nicht geschwindelt würde, dass er in der Irrenanstalt sei, dann wäre es gut. Imperative Phoneme. Spreche innerlich fortwährend. Erkennt an den Augen des Arztes, dass dieser das verstehe. Er spreche mit anderer Stimme, wie er höre; wisste nicht, welche Schwester er in sich habe der Sprache nach. Erklärungswahnideen physikalischer Natur aus entsprechenden Sensationen. Ob die Elektrotechniker so weit sind, dass sie ihm eine andere Stimme geben können? Er spüre die Elektricität ein- und auslaufen. Bekomme elektrische Füllung. Hypochondrische Sensation: Er fühlt, dass er zwei Herzen habe, eins rechts, eins links. Wortumdeutungen, er höre fortwährend die Worte „egalisiiren und canonisiren“. Letzteres bedeute, einen Pfarrer zum Doctor machen. Versunken, beständig hallucinirend.

October—December. Rathlos: er wisste jetzt weder ein, noch aus; könne sich Alles nicht erklären; wo er denn eigentlich sei? Es sei, als wenn er Alles in einem wechselnden Spiegel sehen würde, so schnell und mannigfaltig verwandle sich Alles vor seinen Augen. Lacht oft, er müsse sich über den Hexenspuk amüsiren. Hypochondrische Sensationen: Därme in einen Knäuel zusammengeballt, spüre den Knoten im Leibe; habe nur eine Lunge. Erklärung: Strafe von Gott für seine vielen und schweren Sünden, dass er so viel Unangenehmes sehe und höre. Immer deutlichere Beeinträchtigungsideen:

Seine Frau halte ihn zum Besten, stehe im Nebenzimmer, rede beständig zu ihm und lasse sich nie in „Wirklichkeit“ sehen. „„So“ sehe ich sie sehr oft.“ Es kommt ihm vor, als wenn er hier „Kasperletheater“ spielen sollte. Die Anderen lachen über ihn.

Was das Alles zu bedeuten habe, es würde ihm immer gedroht, er solle hingerichtet werden, dann mache man sich wieder über ihn lustig; wahrscheinlich habe man Vergnügen daran, ihn vorher noch möglichst lange zu quälen. Spricht meist abgehackt, unterbricht sich mitten im Satze und spricht leise vor sich hin. Vergisst inzwischen, was er sagen wollte. Stets abseits von den anderen Kranken in sich versunken. Nahrungsaufnahme und Schlaf sind gut.

Januar. Erwartet immer noch seine Strafe. Wenn er sein Kind nicht ermordet hätte, würde er jetzt nicht im Untersuchungsgefängniss sitzen. Auf die Mittheilung, dass er überführt werden soll, erklärt er, endlich werde er abgeurtheilt werden.

28. Januar. Nach der Pflegeanstalt überführt. Das psychische Bild blieb dort unverändert; die Tuberculose machte dagegen rasche Fortschritte und am 24. März 1901 starb. Pat. unter den Erscheinungen einer linksseitigen Lungenentzündung. Die Section ergab von Seiten des Gehirns nur Hyperämie, sonst keine pathologischen Veränderungen. Im Uebrigen Tuberculose der Lungen und des Darmes.

Die Psychose entsteht also, nachdem schon ähnliche kürzere Erkrankungen vorausgegangen waren, acut und zeigt anfangs nur das Bild der acuten Hallucinosis, Gehörs- und Gesichtstäuschungen und daraus entspringende Angst. Die Hallucinationen tragen ganz den Charakter, wie ihn Kraepelin für den Alkoholwahnsinn für charakteristisch erklärt, Beschimpfungen und Bedrohungen; der Kranke muss zuhören, wie über ihn zu Gericht gesessen wird etc. Nach einigen Wochen treten hinzu Eigenbeziehung und Selbstvorwürfe, sowie Kleinheitsideen, die allerdings noch auf den Hallucinationen beruhen. Dann aber auch Missdeutung der Umgebung, immer phantastischere Verfolgungsidenen; Zwangsimpulse. Haut- und hypochondrische Sensationen, physikalischer Erklärungswahn. Schliesslich Nachlass der depressivängstlichen Verstimmung, Kritik und Abwehr der Stimmen und Beschuldigungen, auftauchende Grössenideen, paranoische Missdeutungen. Wortumdeutungen.

Der Verlauf entspricht also dem bei der Dementia praecox. Die vorausgegangenen Erkrankungen könnten auch die ersten Schübe der chronischen Psychose gewesen sein, auffällig bleibt dann aber, dass die deliranten optischen Hallucinationen und Verkennungen, besonders Thiervisionen anhalten; es fehlt auch die Ablehnung und Verschlossenheit, welche die progradienten, nicht alkoholischen Formen fast immer in ihrem ängstlichen Stadium haben. Auch späterhin bleibt der Kranke

stumpf, trotz Bedrohung und trotz vermeintlicher Verspottungen, niemals gereizt. Das Bild ist dadurch und durch die Fortdauer der deliranten Hallucinationen eigenartig. Vielleicht beruhte diese auf der fortschreitenden tuberculösen Intoxication?

Auf die Schwierigkeit der Beurtheilung der Erkrankungen Degenerirter weist Schröder schon hin. Hier findet man häufig ganz atypische Formen, sei es nun, dass die Gestalt der Psychosen durch die degenerative Grundlage umgestaltet wird, oder dass auf dem Boden der Degeneration allein den übrigen ähnliche Formen entstehen.

Wir kommen unten darauf wieder zurück, hier soll nur eine Krankengeschichte Platz finden, weil sie eine sehr schwer zu beurtheilende Psychose darstellt, die in ihrem Gesammtbild wieder in den allgemeinen Rahmen der Dementia praecox passt, aber anfangs auch wieder den alkoholischen Formen ähnelt.

2. Richard S., Kanzlist, geboren 14. Juni 1866.

War in hiesiger Anstalt: 1) 26. September bis 31. October 1898, Delir. trem., 2) 17. November bis 13. December 1898, 3) 10. April bis 23. Mai 1899, chron. Alkoholismus und Erregungszustand. 4. Aufnahme 17. bis 21. Juni 1900. Anamnese (Frau): Früher 10 Jahre in einer Stellung. Seit $1\frac{3}{4}$ Jahren immer nach 4—6 Monaten fortgeschickt. Seit Anfang dieses Jahres sprach er oft komisch, phantasirte, schlief nicht. „Mein Kopf ist ganz weg.“ Deprimirt, ängstlich, ging auf der Strasse gesenkten Blickes. Schon Ende vorigen Jahres Vergesslichkeit. Früher nur zeitweise „kopfschwach“, wenn er viel getrunken hatte. Habe früher ohne Schnaps nicht leben können, jetzt wenig getrunken. Vor zwei Jahren unmotivirte Reise nach Galizien. Vorgestern aus dem Bureau nicht nach Haus gekommen, heut durch die Polizei zurückgebracht. 2 Kinder gestorben an Gehirnhautentzündung und Lungenschwindsucht. 4 Fehlgeburten (6 Wochen bis 2 Monate alt). Vater des Pat. war Trinker und kopfschwach. — Hier am ersten Tage Angst, dann frei, orientirt, ruhig. Habe viel getrunken, sei planlos umhergewandert.

Status: Pupillen reagiren. Facialisparesis links, Patellarrefl. gesteigert. Fussclonus angedeutet, etwas atactischer Gang.

Im Urin Spuren von Eiweiss.

21. Juni. Entlassen zur Verbüßung einer 8 tägigen Strafe.

V. 28. Juni. Aus dem Gefängniß wieder eingeliefert. Sehr ängstlich, abgelenkt, will fort; noch sei es Zeit, bald werde es zu spät sein. Seine Mutter habe seine Tante ermordet und ihr geraubte 500000 M. im Walde vergraben. Letzteres habe er hinter einem Strauche mit angesehen. Komme aus der Klinik, dann wieder: aus dem Gefängniß. Oertlich orientirt, zeitlich nicht. Er sehe seine Frau, sie fordere ihn auf, das Geld im Walde auszugraben. Seine Mutter schimpfe und fluche ihm, der Schwager drohe ihn zu erstechen. Heut fixirbar, sehr suggestibel.

4. Juli. Orientirt. Frei von Angst, sei auch von Hallucinationen nun

frei. Giebt an, nur dunkle Erinnerungen an die Haft zu haben, schon dort die Hallucinationen. Weiss nicht, wie hierhergekommen. An seine Erzählung bezüglich des Geldes will er sich nicht erinnern können. Thatsache sei, dass eine Tante gestorben ist, von deren Vermögen er auf eine Eingabe hin 1000 M. erhalten soll (von der Frau bestätigt).

26. Juli. Pat. besitzt gute Kenntnisse; einfache Ueberlegungen und Definitionen führt er richtig aus; rechnet gut, wenn auch langsam. Gute Merkfähigkeit.

1. August 1900. Auf seinen Wunsch entlassen.

VI. 11. August 1900 wieder aufgenommen. Hat nicht gearbeitet, viel getrunken; glaubte sich von seinen Schwestern verfolgt, bedrohte Frau und Mutter. — Aufgereggt, drängt fort, örtlich unorientirt. Angst, er solle hier getötet werden. Die Schwestern verfolgten ihn, wollten ihn um die 500000 M. betrügen. Hört seine Frau draussen. Größenideen: er wolle Caprivi's Nachfolger als Reichskanzler werden.

12. August. Heut orientirt, klagt über Angst. Hält an den Beeinträchtigungsidenen gegen die Schwestern fest. Gestern hätten sie im Wirthshaus heimlich dem Kellner etwas gegeben, er solle es ihm ins Bier schütten, jedenfalls Gift; er habe es nicht getrunken.

13. August. Geschlafen. Nicht mehr ängstlich, einsichtig auch für die Verfolgungsidenen.

13. September 1900 entlassen.

VII. 25. Januar bis 4. Februar 1901. Zuerst gearbeitet, nicht getrunken. Ab und zu Eifersuchtsideen geäussert. Seit 19. d. trinkt er viel, läuft herum, 23. zu Bett, grosse Angst, wollte zum Fenster herausspringen, wollte den Inhalt sämmtlicher Flaschen Petroleum, Benzin, Brennspiritus austrinken. Zerschlug Gegenstände, schlug die Frau. Er sei der König Sobiesky von Polen, werde den Präsidenten Krüger als König von Transvaal einsetzen. Wenig geschlafen, sehr wenig gegessen.

25. Januar. Am ersten Tage wieder grosse Angst, Widersetzlichkeit; daneben Größenvorstellungen, erhebt die Patienten in den Adelsstand. Nach Schlaf ruhig, orientirt und einsichtig. Habe viel getrunken, nach dem Trunke Angst.

3. Februar. Phthise der linken Lungenspitze. Hypertrophic des linken Ventrikels. Leber vergrössert. Pupillen reagiren. Patellarreflexe mässig gesteigert.

VIII. 29. März bis 30. April 1901. Grosse Excesse. Zuhause wieder erregt, schlaflos. Hier am 1. Tage ängstlich, schrie um Hilfe; zeitlich unorientirt; anderen Tags klar.

IX. 7. Januar bis 20. Februar 1902. Beschuldigte die Frau des sexuellen Verkehrs mit allen möglichen Personen. Reiste umher. Theilte in Depeschen seinen Tod mit. Sehr gewalthätig. Erpresste von der Frau durch Schläge immer wieder Geld. Nachts Männer im Zimmer, hörte telephonieren. Bedrohte die Frau mit einem Revolver, denuncirte sie beim Staatsanwalt.

8. Januar. Betrunken, leugnet die Angaben der Frau. Sie lüge, er habe

fleissig gearbeitet, fürchte seine Stelle zu verlieren, wenn er hier bleibe. Will sich von ihr trennen.

12. Januar. Verlangt heftig seine Entlassung. Die Aerzte machen sich zum Werkzeuge einer ehebrecherischen Frau, die ihn los sein wolle.

5. Februar. Vor der Frau widerruft er Alles, bittet um Verzeihung, sie solle ihn nur herausnehmen.

10. Februar. Verlangt heraus, er könne ohne die Frau nicht leben. Dis-simulirt die Eifersuchtsideen.

20. Februar 1902. Von der Frau herausgenommen.

X. 11. April 1902. Starker, grobschlägiger Tremor an allen Gliedern. Klagt jämmerlich, es sei aus, er müsse sterben, „er werde vergiftet, alles brenne, sein Gehirn sei ganz caput“, ruft jämmerlich um Hilfe, als man ihn ins Bad bringt.

13. April. Hysterisches Gebaren. Fürchtet Herzschlag, Gehirnerweichung, sein Gehirn sei zu Wasser geworden, er werde im nächsten Moment sterben, man solle ihm doch helfen, ehe es zu spät ist. Erheblicher Tremor; erbrach mehrfach. Erklärt nicht gehen zu können; lässt sich fallen oder tanzt und zappelt ganz närrisch umher.

1. Mai. Hypochondrische Angstgefühle hielten noch eine Zeit lang an. Allmäßige Beruhigung. Entlassen.

XI. 6. bis 18. September 1902. Wie das vorige Mal Angst und hypochondrische Sensationen. Wieder eifersüchtig und gewaltthätig gegen die Frau gewesen.

XII. Bald nach der Entlassung die alten Eifersuchtsideen: ging mit dem Messer auf die Frau, zerschlug Sachen. Getrunken erst seit 14 Tagen. Sah zuletzt Kerle neben ihr im Bett.

12. März 1903. Bei der Aufnahme gestern betrunken, protestirt gegen die Aufnahme, beschuldigt die Frau wie oben. Grössenideen: Er habe Anwartschaft auf den polnischen Königsthron, stamme von Sobiesky. Selbstbewusste euphorische Stimmung. Heut ist Stimmung vollständig umgeschlagen: sehr demüthig, habe seiner Frau unrecht gethan, sei ein schlechter Mensch und Trinker. Angst am Herzen. Flimmern vor den Augen. Oertlich und zeitlich orientirt. Aufmerksamkeit gut. Starker diffuser Tremor und Ataxie. Stark belagte Zunge. Schwäche des I. VII. Zunge etwas nach l. abweichend. Romberg. Geringer Fuss- und Patellarclonus. Druckempfindlichkeit der Leber- und Magengegend.

13./14. März. Zahlreiche beschimpfende und drohende Phänomene und Visionen: sieht Freimaurer, seine Frau, Thiere. Fühlt sich von Gift begossen. Druckphosphene. Grosse Angst am Herzen. Theilweise Krankheitseinsicht für seine Hallucinationen. Grössenideen geschwunden.

16. März. Noch immer sehr ängstlich. Eifersuchtsideen festgehalten. Die somatischen Deliriumserscheinungen haben nachgelassen, ruhig im Bett.

20. März. Wesentliches Bild einer Hallucinose: Hört die Freimaurer; Drohungen, ihn ins Zucht- oder Arbeitshaus zu bringen; man schimpfe ihn Säufer, Betrüger. Zwang zu selbstbeschuldigenden Gedanken, die er als un-

richtig erkennt; z. B. er sei ein Mörder, Dieb, habe andere ungerecht beschuldigt. Diese Gedanken seien ihm wohl eingegeben, vielleicht von den Freimaurern. Diese falschen Gedanken würden ihm dann abgezogen und hier im Hause verbreitet. Spontan giebt er keine Visionen an. Auf Fragen: an der Wand Löwen; das wird ohne Affect, gleichsam auf Kommando vorgebracht. Zeitweise Angst.

22. März. Nachts unsauber mit Urin. Spricht heut nicht, liegt ruhig da, schwitzt, Glieder schlaff. Aengstlicher Gesichtsausdruck. Isst spontan. Abends antwortet er: Wo hier? — In der Elisabethkirche. Wie lange? — 2 Jahr. Was sehen Sie hier? — Dort die Kanzel und dort der Altar und dort Bänke u.s.w. Dabei sind Auffassung, Aufmerksamkeit gut. Sensorium scheint ungetrübt. Eindruck der Simulation.

23. März. Hat geschlafen. Giebt an, in der Klinik Maxstrasse zu sein. Ref. habe er noch nie gesehen; gestern in der Elisabethkirche u. s. f., wie gestern. Später spricht er nichts, liegt ruhig da, isst spontan gut.

24. März. Heut völlig orientirt; habe gestern und vorgestern simulirt; dann: es habe ihn etwas gezwungen, so zu sagen. Alle diese Angaben werden merkwürdig apathisch, ohne jeden Affect vorgebracht.

27. März. Larmoyantes Wesen: bald beschuldigt er seine Frau, bald misst er sich selbst die grösste Schuld bei. Schläft schlecht, isst.

3. April. Angebllich keine Stimme mehr, ruhig, geordnet.

12. April. Vor einigen Tagen wieder ängstlich, schlaflos, sah Löwen und menschliche Figuren herumfliegen. Glaubt seine Frau hier, sie würde zu unzüchtigen Zwecken gebraucht. Er sei hier im Hause der Freimaurer, solle zerhackt werden, ein neues Leben anfangen, ob es denn nicht schon zu spät sei? Möchte gern hinaus, um Klarheit zu bekommen über sich und seine Frau. Deprimirt, missgestimmt, klagt über schmerzhafte Sensationen am Herzen.

16. April. Nun wieder etwas freier, ruhiger.

21. April. Blieb verdrossen und gedrückt, aber frei von psychotischen Erscheinungen. Auf Antrag der Frau entlassen.

XIII. 27. Mai 1903. Nach der Entlassung ungefähr 8 Tage nicht getrunken, sprach immerfort von den Freimaurern, die ihn in der Anstalt verfolgt und belästigt hätten; die alten Eifersuchtsideen. Als er trank, wurde es schlimmer, griff die Frau auf offener Strasse an, war zeitweise verwirrt und ängstlich.

28. Mai. Betrunken aufgenommen, sehr lustig, schrie und sang, musste isolirt werden. Heut ängstlich, schwitzt stark; diffuser Tremor. Dauernd Phoneme: wie oben, auch Sensationen: wird begossen. Flimmern vor den Augen; angebllich keine Visionen. Zeitweise schaut er starr vor sich hin, antwortet nicht, ist negativistisch gegen passive Bewegungen. In einem solchen Zustand einmal unsauber mit Urin. Nachher angebllich Amnesie. Pup. +. Völlig orientirt; leidliche Merkfähigkeit.

2. Juni. Schlaf dauernd schlecht. Häufig gehemmt, antwortet langsam, meist durch Phoneme abgelenkt. Keine Krankheitseinsicht. Dauernd ängstlich.

5. Juli. Hat sich allmälig ein noch lockeres Wahnsystem gebildet, in Einzelheiten variirend, in den Grundzügen constant. Giebt es nur in den

Erregungszuständen von sich, sonst dissimulirt er alles. Seine richtige Frau habe sich scheiden lassen, einen anderen geheirathet und ihm draussen eine ihr ähnliche untergeschoben. Jetzt halte man beide Frauen hier und treibe mit ihnen Unzucht, auch ihn halte man zu diesem Zwecke hier. Es sind wieder die Freimaurer, zu denen auch die Aerzte gehören. Ihn wolle man um seine Seligkeit bringen. Die Einzelheiten will er von Stimmen, bald von äusseren, bald von inneren im Herzen wissen. Angst am Herzen. Affect immer nur oberflächlich; jammert, meist nur coram medico. Erregungen sofort suggestiv zu beseitigen. Nur auf Befragen die alten Grössenideen, affectlos: „er stamme von Sobiesky und habe Anspruch auf den polnischen Königsthron“. Drängt fort. Eigenthümliches, ziemlich dementes Benehmen, spricht in die Explorationen anderer hinein, nimmt ihnen Essen weg etc.

10. August. Dasselbe Verhalten. Sonst ruhig, versonnen vor sich hin murmelnd, beginnt er stereotyp, sobald der Arzt kammt, zu jammern.

8. September. Eine Zeit lang stärkere Erregung. Er schimpfte, belästigte andere Kranke, versuchte aggressiv zu werden. Zeigt eine Art motorischen Rededrang. Wiederholt eintönig immer wieder dieselben Redensarten: „Ich will meine Frau Auguste geb. Otto, mit der ich in der Kirche und Standesamt getraut worden bin, die mir den Hans und den Rudolf geboren hat, wieder haben“ und Aehnl. Gegenwärtig etwas ruhiger, aber die gleichen wahnschaften Andeutungen wie oben. Klagt über Angst und Hitze, die ihm wohl gemacht werden. Das Herz spräche zu ihm; äusserlich leidlich geordnet. Stets mürrischer, verdrossener Gesichtsausdruck. Versteckt sich oft unter die Decke.

October. Stets zu Bett, die Hände vor den Augen, bei der Visite in stereotypen Worten das Verlangen nach Entlassung.

30. November. Unterliess dies Gebaren und seine stereotypen Reden sofort, als man ihn deswegen nicht für entlassungsfähig erklärt, antwortet ruhig und geordnet, fällt zwar mitunter wieder in die eigenthümliche Haltung zurück, hört aber sofort auf, wenn man ihn anblickt oder anruft.

28. December. Isst anderen die Speisen fort, verträgt sich nicht, will Abends nicht zu Bett; er müsse sich mit dem lieben Gott unterhalten. Setzt seine stereotypen Reden: „Ich will meine Frau Auguste etc. wiederhaben“ fort. Erweitert sie durch neue Zusätze. Nach Unterbrechung setzt er den Satz an der Stelle, an der er stehen geblieben war, fort. Schläft oft schlecht, stört Nachts. War unsauber, nach Verlegung auf eine andere Station nicht mehr.

22. Januar 1904. Sonderbare Haltung, stereotypes, eintöniges Ableiern seiner Reden. Er habe 9 Frauen, die man ihm alle nacheinander gestohlen habe. Seien gefangen, er höre sie oben klagen. Das geschehe, um ihm seine göttliche Kraft zu entreissen. Früher befand sich eine der Frauen in der blauen Bettdecke, die er hatte. Auch diese habe man ihm weggemommen. Ref. sei ein Teufel, der ihn zur Sünde verleiten wolle; das habe ihm der liebe Gott gesagt u. s. f.

März bis Mai. Sitzt oder steht immer in gleicher Haltung mit gesenktem Kopf und verdrossener Miene da. Meist abgelenkt, mit seinen Ideengängen

beschäftigt. Statt aller Antworten nur dieselben monotonen Redensarten, immer die gleichen eintönigen Wahnvorstellungen. Zuweilen unsauber.

24. Juni. Unverändert nach S. transportirt.

XIV. 10. und 11. August 1904. Aus der Irrenanstalt S. den 28. Juli entwischen. Aus der polizeilichen Schutzhaft hier eingeliefert. Unverändertes Krankheitsbild. Nur ist Pat. ein wenig freier, giebt etwas mehr Antworten. Gesichtsausdruck verdrossen. Monotones Verlangen nach Freiheit; die Schwestern in S. seien seine Feinde gewesen. Er sei nicht entflohen, sei entlassen worden. Erst umhergewandert, dann hierher. Seine Feinde hätten ihn auch unterwegs immer verfolgt; es begegneten ihm stets dieselben Wagen, das Kraut, was zum Schein aufgeladen war, sei ganz vertrocknet gewesen. Einmal im Walde eine Einspritzung in den einen Fuss, so dass er kaum laufen konnte. Habe göttliche Kraft durch seinen im Himmel befindlichen Vater: Mittelst dieser habe er seine Angehörigen und seine 11 Ehefrauen in den Himmel versetzt; die Freimaurer wollten sie daraus vertreiben. Er sehe stets Gott Vater, die heilige Jungfrau etc. vor sich. Wenn man ihn nicht entliesse, gehöre man auch zu seinen Feinden.

22. August 1904. Ganz stabiles Bild; unverändert nach S. zurück.

Erbliche Belastung, starker Trunk. Anfang der 30er Jahre Delirium tremens. Seitdem auch psychisch verändert, missgestimmt, ängstlich, sprach mitunter verwirrt, unternahm unmotivirte Reisen, hielt in seinen Stellungen nicht mehr aus. Mehrfach wegen Erregungs- und Angstzuständen in der Anstalt. Während einer Gefängnissstrafe 1900 Ausbruch einer Psychose: bei Unklarheit des Bewusstseins und Desorientierung, phantastische Confabulationen, die sich an tatsächliche Verhältnisse anschliessen, Verfolgungsideen und Angst mit entsprechenden kombinierten Hallucinationen. Nach eingetretener Klarheit unvollkommene Erinnerung für die ganze Zeit. Rückfall nach erneutem Trunk. Sehr rasche Heilung mit Einsicht. In der nächsten Zeit treten wieder die degenerativ-alkoholistischen Züge in den Vordergrund, Eifersuchtwahn, Gewaltthätigkeit, Verlogenheit, planloses Umhertreiben, plötzliche Angstzustände mit unwiderstehlichem Verlangen alles mögliche auszutrinken. 1901—1902 wiederholt in der Anstalt wegen kurzer Psychosen; erst in der trunkenen Euphorie unsinnige Grössenideen, sei Sobiesky u. ähn., am anderen Tage jämmerlich-hysterisches Gebaren, hypochondrische Sensationen und Angstgefühle. Schliesslich Ausbruch einer Psychose März 1903 unter den körperlichen Begleitscheinungen des chronischen Alkoholismus. Erst wie oben, dann folgt eine Psychose, die anfangs eine Hallucinosis darstellt, mit den entsprechenden Erklärungsideen, Verfolgung durch Freimaurer, dabei aber Zwangsscheinungen, Abziehen der Gedanken; merkwürdige Affectlosigkeit. Nachlass der Erscheinungen und wieder Verschlimmerungen, mit deliranten Gesichts-

täuschungen besonderer Art, Umherfliegen von Löwen und Menschen. Nach kurzer Entlassung wieder Verschlummerung; nun motorische Erscheinungen, Stereotypien, Negativismus, eigenthümliche Maniren. Unter Auftreten religiöser Grössenideen wird ein gewisses System aufgestellt, doch ist alles ganz phantastisch, manches läppisch, so die immer weitergehende Vermehrung der ihm entrissenen und vertauschten Frauen. Eigenthümlich ist eine Art Danebensprechen, womit er eine confabulirte Situation ganz folgerichtig ausmalte. Blieb auch jetzt immer stumpf, affectlos und in seinem Verhalten beeinflussbar, man konnte durch energisches Zureden geordnete Auskunft von ihm erhalten.

Die degenerativen Züge sind so ausgeprägt, dass man bis zu der letzten Psychose nur die Störungen eines hysterischen Alkoholisten vor sich hat. Dass sie erst nach der ersten Alkoholerkrankung zu Tage treten, ist ja keine Ausnahmserscheinung. Nachher tragen alle Psychosen den degenerativen Charakter. Ob die erste als Delirium bezeichnete typisch gewesen ist, ist leider nicht festzustellen, da die damalige Krankengeschichte verloren gegangen ist. Die ferneren waren meist Angstzustände, mit hysterischen und hypochondrischen Erscheinungen, die manchmal deutlich an dipsomanische erinnern. Wiederholt ist in der Anamnese erwähnt, dass Pat. erst kurz vor der Aufnahme wieder stark zu trinken begonnen hatte. Die erste Psychose bricht nach Alkoholabstinenz im Gefängniss aus und trägt in der Bewusstseinstrübung, der eigenthümlichen Confabulation, der Suggestibilität, der raschen Heilung deutlich die Charakteristica der bei Degenerirten häufigen transitorischen Psychosen. Ebensolche Züge findet man nun auch in der letzten Psychose; dieträumerische Versunkenheit, aus der er immer herausgerissen werden konnte, die Suggestibilität, die eigenthümlichen deliranten Visionen, Löwen und Menschen, die durch die Luft fliegen, das consequence phantasievolle Ausmalen bestimmter Situationen, die seltsamen stereotypen Reden, die er unterbrochen, immer da forsetzte, wo er aufgehört hatte.

Indess die Psychose beginnt wieder mit einer Hallucinosis, die allerdings bald die Züge der progredienten Erkrankungen bekommt und abgesehen von den degenerativen Zügen dem allgemeinen Verlauf solcher entspricht. Eine gekünstelte Annahme wäre es wohl, weil der Kranke bis zum Jahre 1898 unauffällig und arbeitsam war, in den ersten Krankheitserscheinungen, der Verstimmung, Aengstlichkeit, Unruhe, Unstetigkeit schon die Vorläufer der künftigen Psychose zu sehen und etwa eine Dementia praecox von schleichendem Verlauf anzunehmen, während dessen degenerative Züge, die ja dem Bilde der Dementia praecox nicht fremd sind, besonders hervortraten. Es fehlen doch in dem 5 jährigen

Verlauf alle Anzeichen für eine solche. Die endliche Psychose bricht auch acut aus. Neben den schon erwähnten degenerativen Zügen zeigt sie auch sonst viele Auffälligkeiten. Die Schwankungen im Verlauf, die fehlende Reaction auf die Wahnideen, besonders seine Grössenvorstellungen, die unsinnige Gestalt dieser, das sobald hervortretende Läppische in seinem Verhalten. Auch sie können wohl alle noch unter die Erscheinungen der Degeneration fallen; sie würden an Kraepelin's Schilderung des hallucinatorischen Schwachsins der Trinker denken lassen müssen, wenn nicht eben geordnetes Verhalten und das Fehlen motorischer Symptome für diesen charakteristisch sein sollten. Mit einem schweren Trinker haben wir es zu thun, speciell für die letzte Erkrankung kommt wieder ein lang fortgesetzter Abusus in Betracht, beim Beginn sind die körperlichen Erscheinungen des schweren Alkoholismus deutlich. Es käme also in Frage die Complication einer Alkoholhallucinose oder einer Dementia praecox mit den Erscheinungen des degenerativen Irreseins. Jedenfalls ist die grosse Ähnlichkeit mit den Bildern der Dementia praecox auch in diesem Falle beachtentwerth.

Wir fanden hier unsinnige Grössenideen mit mangelnder Reaction darauf, ein läppisches Gebahren und Schwankungen im Krankheitsverlauf bei einem ausgesprochenen Degenerirten, was für andere Fälle von Bedeutung ist.

Auf dieselben Schwierigkeiten wie bei Feststellung, ob es eine chronische „Alkoholparanoia“ giebt, stossen wir beim Studium des „hallucinatorischen Schwachsins“, aber wir haben hier den Vortheil, alle hierher gehörigen Fälle selbst eines grossen Materials zusammenstellen zu können.

Als „hallucinatorischen Schwachsinn der Trinker“ bezeichnet Kraepelin¹⁾ Krankheitszustände, die sich an einen Alkoholwahn und ein Delirium anschliessen und einen ungeheilten Alkoholwahn darstellen von eigenthümlicher Gestalt. Gewöhnlich werden die Kranken nach dem ersten Schube wieder klar, geordnet, kommen zu einer theilweisen Einsicht, doch bald zeigt es sich, dass sie weiter halluciniren, sie bilden einen häufig phantastischen Verfolgungs- und Grössenwahn aus, verrathen deutlich geistige Schwäche und Stumpfheit. Dabei fallen oft Schwankungen auf, derart, dass die Kranken immer vorübergehend wieder erregt und gereizt werden, offenbar stärker halluciniren, dann aber wieder ruhig und freundlich sind, über ihre Wahnideen sogar scherzen. Immer aber benehmen sich die Kranken, von den Erregungs-

1) Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl.

zuständen abgesehen, geordnet und natürlich, es fehlen ihnen die Absonderlichkeiten der Katatoniker. Schröder¹⁾ hat einige der Kraepelin'schen Beobachtungen in seiner Arbeit unter VII, VIII und IX veröffentlicht. Auch in den von Klewe²⁾ unter dem Namen der „alkoholistischen Pseudoparalyse“ veröffentlichten Krankengeschichten, die alle mit den ausgesprochenen körperlichen Symptomen des Alkoholismus, meist ausgeprägter Neuritis, verschiedene klinische Bilder zeigen, zum Theil auch hallucinatorische Formen mit phantastischen Größen- und Verfolgungsideen, sieht Kraepelin eine Verbindung des Korsakowschen Symptomcomplexes mit diesem hallucinatorischen Schwachsinn. Wir werden sie später referiren. Zu Kraepelin's Schilderung passende Krankheitsbilder hat auch Luther³⁾ mitgetheilt neben Formen acuter und chronischer „Alkoholparanoia“, und verschiedenen anderen, im Anschluss an Delirien oder Hallucinosen auftretenden, deren klinische Stellung er selbst nicht weiter erörtert und die wegen der Kürze der Krankengeschichte schwer zu beurtheilen ist. Manche seiner Krankheitsbilder sehen denen der Dementia praecox sehr ähnlich und Schröder bezweifelt auch ihre Abgrenzbarkeit. Allerdings weist ja Kraepelin selbst auf die Aehnlichkeit der Ausgangszustände hin und seine Schilderung lässt erkennen, dass die Abtrennung die grössten Schwierigkeiten machen wird. Schon die Beurtheilung des Beginnes der Psychose bedarf grosser Vorsicht. Schröder vermutet, dass die Anfangsstadien dieser chronischen Psychosen nie typisch sind und was die Delirien angeht, so müssen wir das bestätigen. Wir sahen in der That nicht ein einziges Mal eine solche Psychose auf ein typisches Delirium folgen. Aber nicht darauf kommt es an, dass es sich etwa um Mischformen mit der Hallucinosis handelt, das würde ja gerade zu erwarten sein, wenn die Psychose eine ungeheilte Hallucinosis darstellt, sondern es hatten die deliranten Anfangserkrankungen in den wenigen Fällen, die hier überhaupt in Frage kommen, ganz ungewöhnliche, auch zur Hallucinosis nicht passende Symptome und Gestalt. Das allein scheint schon für eine Complication mit einer anderen Form zu sprechen und erscheint uns von um so grösserer Bedeutung, als der Symptomencomplex der Hallucinose viel schwerer zu beurtheilen ist, der in derselben Weise auch bei Nichttrinkern vorkommt. Man muss darum

1) l. c.

2) Klewe, Ueber alkoholistische Pseudoparalyse. Allgem. Zeitschr. für Psych. 52. 3.

3) Luther, Zur Casuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus. Allgem. Zeitschr. für Psych. 59. 1.

gegen nur anamnestisch berichtete Delirien in solchen Fällen sehr skeptisch sein, nicht nur weil Nichtfachärzte bei Trinkern alles als Delirium bezeichnen, sondern weil auch complicirte Verhältnisse vorliegen können, die selbst Sachverständige täuschen.

So wurde uns ein vagabondirender Trunkenbold wegen einer Alkoholpsychose in die Anstalt geschickt, der eine Hallucinosis darbot und draussen das delirante Anfangsstadium einer solchen durchgemacht zu haben schien. Er hatte am Abend vor seiner Verhaftung hinter sich schiessen gehört, glaubte, es sei eine Hasenjagd und er müsste das Wild im Gebüsch suchen; wenn er näher kam, war keines zu sehen, dagegen hörte er sprechen „Geh nur weiter, Du musst da weggehen!“ Es wäre wohl so eine Art Felddienstübung gewesen. Die Sträucher hätten sich fortwährend verändert, hätten wie Pferde und Hunde ausgesehen. Auf der Oder fuhr ein Dampfer, von dem aus ihm ein Bekannter zurief etc.

Bei näherem Zusehen liessen sich dann aber noch Andeutungen motorischer Symptome erfahren, er musste einem vor ihm hergehenden Paar immerfort folgen, wusste selbst nicht warum, durfte, als es verschwand, nicht weiter gehen und ähnl. Es schloss sich denn auch nach einigen Wochen eine schwere Phase mit starker motorischer Unruhe an, und nun ist er seit mehreren Jahren ruhig, hat aber noch Hallucinationen und Wahnvorstellungen.

Im nachstehenden Falle ist das vermeintliche Delirium nicht einmal der Beginn der Psychose gewesen, doch schien sie nach Ablauf desselben beendet zu sein und stellte sich so nur als ein atypisches Delirium dar, was auch bescheinigt wurde; für einen zweiten Beobachter hätte bei dem Fortgang der Psychose also auch ein fachärztlich bescheinigtes Delirium den Anfang gebildet.

3. Wilh. K., Arbeiter, 40 Jahre, aufgenommen 10. September 1903 wegen Delirium tremens.

Seit $\frac{1}{4}$ Jahr auffällige Aeusserungen, sei Bauaufseher, mache Zeichnungen für den Bau. Eifersuchtsideen. Pot., für 20—30 Pf. Schnaps. Früher gesund, vor einigen Jahren von einem Wagen gefallen.

Letzte Nacht unruhig, hörte singen, die Frau musste mit ihm tanzen; er sah Männer unten stehen, schrie, sie wollten ihn holen, Angst. — Ungenau orientirt. Durch Hallucinationen abgelenkt, aber fixirbar. Sieht oben die Frau mit einem Kerl Schweinereien treiben, sie habe ihn wohl nur deswegen in die Anstalt gebracht, um ungenirter zu sein. Die Nacht durch schlaflos, delirante Gesichtshallucinationen, nicht sehr lebhaft. Am nächsten Tage klar und orientirt, aber uneinsichtig. Euphorie. Macht demente Bemerkungen über andere Kranke.

19. September einsichtig (?) entlassen.

3. Mai 1904 wiedergebracht. Gearbeitet, aber viel getrunken. Seit einer Woche schlaflos, singt, betet; kniete auf der Strasse nieder und betete laut. Habe mit dem Herrgott gesprochen. Eifersuchtsideen, bedrohte die Frau.

Schon zu Ostern einige Zeit erregt. — Ganz orientirt. Euphorisch, begrüsst den Arzt als Excellenz, macht demente Scherze. Eifersuchtsideen. Frau sei kühl gegen ihn, sei vielleicht unter Controle, vielleicht angesteckt, es stinke manchmal so in der Wohnung.

Gehörshallucinationen, Grössenideen, Erinnerungstäuschungen retrospektiver Art, vermischt mit deliranten Erlebnissen. Sei der auferstandene Jesus Christus; mit 8 Jahren ins Wasser gefallen, „kalt getauft“. Sei, als er zwei Stock hoch heruntergefallen, wie todt gewesen, das müsse doch ein Zeichen sein. Werde von seinen Mitarbeitern gepeinigt, wie Christus. Auf sein Gebet höre der Regen auf etc. Hört auf dem rechten Ohr die Stimme Gottes: Du bist mein lieber Sohn etc. Solle ein feiner Mensch werden, ein goldenes Pincenez bekommen. Diese Stimme hörte er schon bei seiner ersten Aufnahme hier. Ausserdem Stimme seiner Frau und eine männliche Stimme, die ihn schimpfen: Lump! etc. Daneben Musik, Pfeifen, Sausen. Tremor der Hände und Zunge, Leber vergrössert. Behauptet nach einigen Tagen, die Stimmen haben aufgehört, verhält sich auch ganz geordnet und unauffällig, bleibt aber uneinsichtig. Sei vielleicht durch das Trinken kopfschwach gewesen, aber er werde es nicht mehr thun, eine Stimme vom Himmel habe es ihm verboten, er werde dann noch etwas Grosses werden. Schwächt seine Grössenideen zum Theil ab, bleibt aber dabei, dass er die göttliche Stimme gehört habe, erwarte die verheissenen Dinge. Leugnet für jetzt Phoneme.

Auf Antrag entlassen 10. Juni 1904. Arbeitet seitdem wieder. Leugnet jetzt Hallucinationen. Giebt wohl zu, krank gewesen zu sein, spricht sich aber nicht ganz rückhaltslos, mit leisem Zweifel, aus.

Dass die Erkrankung nach der ersten Aufnahme nur eine Remission machte, dass wir es mit einer zusammenhängenden Erkrankung zu thun haben, erhellt aus den Angaben des Kranken. Der erste Anfall war also nur eine kurze Episode mit leicht deliranten Erscheinungen, in einer Psychose, die schon mit Grössenideen $\frac{1}{4}$ Jahr vorher begann. Im Delirium (dabei örtlich orientirt) schon Gottes Stimme. Nachher auch uneinsichtig, fällt bald durch seine Demenz auf. Auch ferner weicht die Psychose vom Bilde der Hallucinosis ab (viel retrospective Verfälschungen); es liegt also jedenfalls eine Verbindung von Alkoholismus mit einer anderen Psychose vor. Der Kranke selbst aber datirt die Erkrankung seit dem angeblichen Delirium. Mit dieser Annahme könnte man an den hallucinatorischen Schwachsinn denken.

Nicht typisch sind auch die Delirien im folgenden Fall (XIV bei Moskiewicz).

4. W., 40 Jahre, Arbeiter. Trinkt für 1 Mk. Korn oder Spiritus.

Januar 1898 unter deliranten Erscheinungen plötzlich erkrankt. Mehrere Tage Beschäftigungsdelirien, aber auch viel Angst, liegt ganz still, meist auf der Seite des Bettes, er müsse sterben, es brenne im Rücken, das Bett ist heiss, Hitzegefühl bald im Kopf, bald im Körper.

Nach einigen Monaten, Juni 1898, wieder ein leichtes Delirium; es fällt sein erheblicher Schwachsinn auf.

Mai 1899 wieder plötzlich erkrankt. Grosse Angst. Erst wieder andauernde Sensationen. Es brenne unter dem Bett; es stecke ihm etwas in der Nase; auch intestinale; es laufe Blut zum Unterleib heraus. Dann typisch delirant. Nach Schlaf Orientirung und Klarheit. Wird einsichtig. Am nächsten Tage schon vorübergehend Stimmen gehört und seitdem auch nach der Entlassung dauernd. Hörte beständig durchs Telephon sprechen, hörte Hühner sprechen. Ganz alberne und phantastische Verfolgungsideen, sei von der Frau für 20 Mk. verkauft worden, habe im Krankenhaus nur Menschenfleisch zu essen bekommen.

15. December 1902 in die Anstalt. Orientirt. Tremor. Apathisch, leugnet Hallucinationen. Von Zeit zu Zeit aber Steigerung der Angst, liegt oft gespannt, schwitzend, mit ängstlicher Miene da. Wieder freier, giebt er an, dass er Vorwürfe und Drohungen höre, aber auch das Verbot zu sprechen!

Wohl in Folge dessen zurückhaltend. Leugnet die Stimmen, während er gespannt horchend, abgelenkt und versunken ist. Wird etwas freier, spricht sich aber nicht aus. Ohne Einsicht von der Frau 18. Februar herausgeholt.

Zweifellos ist der Kranke Trinker und seine Erkrankungen Alkoholdelirien; es schliesst sich an das letzte eine chron. hallucinatorische Psychose an, die in manchen Zügen an die Schilderung des hallucinatorischen Schwachsins erinnert, in dēr Demenz, den albernen und phantastischen Beeinträchtigungsideen und auch gewissen Schwankungen im Verlauf. Indessen, hier treffen wir auf eine auffallende Verschlossenheit des Kranken, Verbot zu sprechen, initiative Akinese mit Spannungen!

Vor Allem zeigen sich in den Delirien die oben erwähnten atypischen Züge, insbesondere schliesst sich gleich an das erste eine mehr-tägige Psychose mit Angst, Sensationen, wohl auch Hallucinationen und einem eigenthümlich akinetischen Verhalten im Symptombild, das der typischen Alkoholhallucinosis fremd ist. Dagegen schildert Heilbronner¹⁾ unter den „depressiven Alkoholpsychosen“ Angstzustände mit solchem Verhalten. Sie können sich auch protahiren, also wie hier nach dem dritten Delirium; allerdings gleicht die Psychose erst ganz einer chronischen Hallucinosis, dann aber wieder diesen Zuständen, besonders im motorischen Verhalten, wodurch sie sich also vom hallucinatorischen Schwachsinn unterscheidet. Die klinische Stellung dieser Formen ist aber noch keineswegs klar. Wir kommen darauf an anderer Stelle noch zurück. Eine chronische Alkoholpsychose könnte der Fall

1) Heilbronner, Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle, Marhold. 1905.

also darstellen, aber es ist zu bemerken, dass gleich das erste Delirium mit einer anderen Psychose complicirt ist. Es fällt auch bald ein Schwachsinn auf, der schliesslich ziemlich erheblich ist; der Kranke ist erblich belastet. Es wäre hier vielleicht daran zu denken, ob nicht die einfache, schleichende Verblödung, die der Dementia praecox angehört, solche Combinationen ergeben könnte? Dass sich solche Fälle häufig unter dem Alkoholismus verbergen, unterliegt mir keinem Zweifel und dass der sonst schleichende Process während der alkoholistischen Erkrankung exacerbiert, ist nicht so sehr unwahrscheinlich, ebenso, dass er schliesslich unter der fortgesetzten Schädigung des Körpers zu einer manifesten Psychose sich steigert. Eine solche Annahme würde die Besonderheiten in den Symptomen und im Verlauf erklären.

Dies wäre der einzige von uns beobachtete Fall nach Delirium, den man hier heranziehen könnte, nach Hallucinosen sind sie wenig zahlreicher.

5. Gottlieb M., Arbeiter, geboren 1852.

Keine Heredität, früher immer gesund; tüchtig und ordentlich, überall beliebt. Trank für 30 Pfg. Spiritus täglich zu Hause, außerdem noch viel in der Kneipe. 1885 zwei Tage lang Delirium. Dann jedes Jahr einmal in's Krankenhaus. Wegen Trunkenheit polizeilich eingeliefert. Eifersuchtsideen gegen die Frau. 1888 erkrankte Patient wieder, begann unter lebhaftem Schwitzen zu phantasiren; wie beim ersten Delirium behauptete er, man habe ihm Opium in's Bier gethan, um ihn zu vergiften. Sah Männer, die auf ihn schossen; fühlte Nadeln in den Händen etc. In der Anstalt Beschäftigungsdelirium 2 Tage lang. Dann Beruhigung, theilweise Einsicht, die Vergiftungsgeschichte hielt er fest. 1889 wegen einer Schulterluxation im Krankenhaus; dort sehr ängstlich, fürchtete, in Folge von Hallucination, vom Arzt um's Leben gebracht zu werden, glaubte im Essen Gift zu erhalten. Hier in der Anstalt bei voller Orientierung, ebenfalls Anfangs grosse Angst, hallucinirte beständig, meist die Stimme des Arztes: „Heut' stech' ich den Kerl durch und durch“, „den lassen wir nicht wieder raus“, „der kann huntern“ etc. Nach einigen Tagen liess die Angst nach, er wurde sogar vorübergehend einsichtig, bald aber begannen die Angstzustände wieder; mehrmals morgendliche Intermissionen mit völliger Klarheit und Einsicht. Abends wieder erregt. Misstrauen und heftige Erregungen in Folge fortgesetzter Hallucinationen des Gehörs, Gesichts und Geschmacks. Sieht den Arzt an's Bett treten, ihm etwas hineingießen; hört Bedrohungen, Beschimpfungen, die Speisen schmecken nach Gift. Auch Sensationen; die Füsse sind geschwollen, blau und zerstochen von dem eingespritzten Gift, man habe ihm die Natur abgezogen und anderen in's Essen gegeben, so dass diese alles von ihm wüssten etc. Patient schimpft und schreit den ganzen Tag. Fernerhin Größenideen, er habe eine grosse Erbschaft im Spital von einem Kranken erhalten, der sich dort erschossen. Systematisirt: der Arzt dort habe ihn darum bringen wollen, habe in die Zeitung setzen

lassen, dass er todt sei. Da man ihm dort nichts anhaben konnte, wurde er hierher verlegt, hier solle er nun zum gleichen Zweck aus dem Leben geräumt werden. Man müsse ihn hier fest halten, um den dortigen Arzt zu decken. Kenntniß von der Erbschaft erhielt er durch ein Gespräch, das er Nachts vor seiner Thür hörte. In der Pflegeanstalt schwanden die Elementarsymptome im Laufe der Jahre, die Verfolgungsideen behielt er aber, veränderte sie jedoch insofern, als er nun glaubte für seinen Unfall Entschädigung bekommen zu müssen, um die man ihn durch Festhalten in den Anstalten bringen wolle. Verändert demgemäß seine Erlebnisse im Spital und hiesiger Irrenanstalt. Sehr geschwätzig, erzählt seine Leidensgeschichte unaufhörlich immer wieder. Ist nicht belehrbar, versteht die Aufklärung nicht. Wird durch sein dementes Geschwätz lästig, sonst hält er sich ruhig, geht zur Arbeit. 1898 entlassen, wurde er von 1899—1901 noch 3 mal hier kurz behandelt wegen Erregungen. Wahnideen hatte er aufgegeben, Sinnestäuschungen waren seit Jahren verschwunden, nur einmal nach Trunkescessen für kurze Zeit mit Angst wieder aufgetreten, aber in der Anstalt bald geschwunden. Dafür Einsicht, ebenso für seine früheren Wahnideen. Aber sehr dement, geschwätzig, albern über alles lachend, unfähig sich seinen Unterhalt zu verdienen.

Es gehen zwei Delirien und mehrere Rauschzustände, die Anstaltsaufenthalt nöthig machten, voraus; auffällig ist, dass der Kranke nach dem zweiten Delirium ein Jahr vor seiner letzten Erkrankung, die residuäre Wahnidee behielt, durch Opium im Bier vergiftet worden zu sein. Die letzte Krankheit bricht plötzlich aus nach einem durch Unfall erzwungenen Krankenhausaufenthalt und ihr Verlauf stimmt in Vielem mit Kraepelin's Schilderung des hallucinatorischen Schwachsins der Trinker überein. Nach einer sehr ängstlichen Phase, die im Wesentlichen der Hallucinosis entspricht, eine Remission mit Krankheitseinsicht; dann Wiederkehr der Stimmen und Angst, jetzt aber auch Sensationen, phantastische Beeinträchtigungsideen, die Beine schwollen von dem eingespritzten Gift an, die Natur werde ihm abgezogen. Größenideen in dementer Ausgestaltung, habe im Krankenhaus von einemsterbenden Nachbar eine grosse Erbschaft erhalten, darum wollen ihn die Aerzte umbringen, deshalb werde er festgehalten etc.

Die Hallucinationen blieben im Laufe der Jahre weg, die Wahnideen bestanden weiter; er arbeitete, aber blieb nun durch sein aufdringliches dementes Reden noch längere Zeit auffällig. Schliesslich ganz geordnet, die Wahnideen schwinden, es bleibt ein erheblicher Schwachsinn zurück.

Den Ausgang in einfache Demenz nimmt Kraepelin für den „hallucinatorischen Schwachsinn“ ebenfalls als möglich an.

Die Unterscheidung von der Dementia praecox ist aber nun noch

unsicherer; die Vorgeschichte, wie wir gesehen haben, genügt dazu nicht und weder das Fehlen motorischer Erscheinungen, noch die anfängliche Remission können entscheidend sein. In vorliegendem Fall zeigt die Psychose auch eine gewisse konsequente Entwicklung, ebenso reagirt der Kranke zumeist lebhaft auf seine Wahnideen, eine Stumpfheit ist nicht zu constatiren. Andererseits ist richtig, dass die Erkrankung aus einem der Alkoholhallucinosis ähnlichen Bilde hervorgeht und nicht zu übersehen, dass nach langjährigem Anstaltsaufenthalt in Folge Alkoholmissbrauchs sofort wieder ein gleiches Recidiv auftrat, das in der Anstalt bald wieder verschwand. Es zeigen sich auch hier wieder die eigenthümlichen plötzlichen Nachlässe der Erscheinungen mit Einsicht, wie man sie gerade bei der Alkoholhallucinosis und der alkoholistischen Angstpsychose öfters sieht. Ihrer ganzen Entstehungsweise und dem Verlauf nach hat die vorliegende Erkrankung demnach sicher eine gewisse Eigenart. Von ganz anderer Art sind die von Schröder¹⁾ veröffentlichten Fälle Kraepelin's. Sie stellen wohl hallucinatorische Erkrankungen dar, aber auch nicht von einheitlicher Gestalt. Der erste (VII) entspricht am ehesten einer chronischen Hallucinosis, er zeigt nur die eigenthümlich chronische und intermittirende Verlaufsweise, die oben erwähnt wurde. VIII hat reichliche Sensationen und Geruchs- und Geschmackshallucinationen in phantastischer Ausgestaltung und deutliche degenerative Züge; wir werden unten ganz gleiche Erscheinungen bei einem Degenerirten wieder finden; er verläuft in denselben Schwankungen. IX endlich betrifft einen 52 jährigen Mann mit Arteriosklerose, auch hier treten viel Sensationen und Geschmackshallucinationen auf. Hier fehlt auch in den Intermissionen die bei den anderen eintretende Einsicht, es zeigt sich nur ein Wechsel zwischen hallucinantem und freien Zeiten, der Kranke bleibt affectvoll.

Vielelleicht ist auch dieser Unterschied von Bedeutung, denn wirkliche sofortige Einsicht bei Nachlässen der Krankheitssymptome scheint besonders bei den alkoholistischen und degenerativen Erkranknungen vorzukommen; bei anderen Formen, insbesondere bei den ähnlichen Schwankungen des Krankheitsbildes, welche die arteriosklerotischen Zustände bieten, fehlt sie nach unserer Erfahrung. Bei dieser letzten Erkrankung ist an die beiden oben von uns erwähnten Fälle X und XIII der Dissertation von Moskiewisz zu erinnern.

Nach der Eigenart des Verlaufs gehört hierher folgende Beobachtung:

6. Paul E., Schlosser, geb. 1864.

Hereditär belastet. Früher ein ordentlicher Arbeiter, seit Jahren Trinker,

1) l. c.

Landstreicher, sehr häufig vorbestraft. Im Gefängniss acut erkrankt, machte er vom 3. Mai bis 26. Juli 1901 hier eine typische Alkoholhallucinosis durch, Heilung mit Krankheitseinsicht. Es besteht mässige Demenz. Nach der Entlassung wieder meist im Gefängniss und Arbeitshaus. Wird wiederholt discipliniert wegen Widersetzlichkeit und „Krankheitssimulation“. Endlich wieder in die Irrenanstalt verlegt.

26. März 1903. Erst geordnet, dann wiederholte Anfälle von Unruhe, erscheint dabei unorientirt, spricht den Arzt falsch an, schlägt um sich, wirft mit den Kissen, wehrt lebhaft ab, widerstrebt allen Maassnahmen; spricht eine zeitlang garnicht oder zerfahren, macht auch einfache, sich häufig wiederholende Bewegungen. Das Ganze erscheint sehr gemacht. Die Anfälle bleiben dann bald weg, er klagt aber noch einige Tage über Beschimpfungen, die er auf die Umgebung projicirt. Danach frei, doch nun folgen immer nach ein paar Tagen Erregungen mit ungekünsteltem Affect, die einige Stunden bis einen Tag anhalten, in denen er wieder über Beschimpfungen durch andere Kranke oder Pfleger klagt, sie rufen ihm zu: „Zuchthäusler“, „Päderast“, „Spitzbube“, „Lump“ etc. Ausserhalb dieser Erregungen ist er von Stimmen frei, ist ganz geordnet, beschäftigt sich; hat aber keine rechte Einsicht. Nachdem er einige Zeit frei gewesen, wurde er am 29. Juli 1903 nach dem Armenhaus verlegt. Blieb da nicht, war bald wieder in Haft und ist jetzt wieder in eine auswärtige Anstalt gekommen.

Nachdem eine typische Hallucinosis vorausgegangen, zeigt sich also auch hier später ein anfallsweises Auftreten von Hallucinationen, bei sonst geordnetem Benehmen, aber ohne völlige Einsicht in der Zwischenzeit. Der Fall stände also Fall VII bei Schröder am nächsten. Die anderen sind symptomatologisch verschieden und zeigen nur Aehnlichkeiten im Verlauf. Schröder weist nun darauf hin, dass alle drei Kranke Kr.'s Landstreicher und Vagabunden sind und es ist eigenthümlich, dass auch der unsere ein solcher ist. Das spricht allein schon dafür, dass man es bei diesem Verlauf mit einem degenerativen Moment zu thun hat. Indessen kann dabei, wie oben schon erwähnt, ein auaderer Factor noch mitwirken. Eine degenerative Anlage wird häufig erst durch den Alkohol manifest, insbesondere rufen epileptische Symptome hervor, z. Th. erst mittels der durch ihn bewirkten Arteriosklerose. Lüth¹⁾ führt die gesammte Spätepilepsie bei Männern nach 30 Jahren auf Arteriosklerose zurück und nennt als Hauptursache dieser Gefässveränderung den Alkohol. Die Kranken hier sind langjährige Alkoholisten im Alter von 40 Jahren und darüber, in dem einen Fall Kraepelin's ist die Arteriosklerose ausdrücklich erwähnt.

Es wäre also denkbar, dass bei obiger Verlaufsweise die ersten leichteren Gefässveränderungen mitwirken. Gerade bei Arteriosklerose

1) Lüth, Die Spätepilepsie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 56. 4.

kommt es zu Krankheitsbildern, die in Entstehung und Verlauf der Schilderung des hallucinatorischen Schwachsinn's sehr ähnlich sind.

7. Karl K., Schmied, 54 J., aufg. 28. Juli 1904.

Früher gesund, im April durch Eisensplitter Verlust der Sehkraft des l. Auges. Mässiger Trinker. Seit einiger Zeit Kopfschmerzen, Reissen und Stechen im Kopf, das in letzter Zeit schlimmer wurde. 26. Juli klagt er über einen eigenthümlichen Geruch im Zimmer, bekommt dann mehrere epileptische Anfälle. Im Krankenhaus delirant. 28. Juli in die Anstalt verlegt. Örtlich orientirt, zeitlich ungenau, weiss, dass er im Krankenhaus gewesen, die Leute hätten dort auf ihn geschimpft. Hier noch geringe delirante Unruhe, am anderen Tag geordnet. Tremor der Hände und Zunge, frische Bissnarbe, Pupillen reagiren träge. Linke (Amaurose) weiter als die rechte. Starke Arteriosklerose. Oberflächliche Einsicht. 2. August entlassen.

Wieder eingeliefert 31. December 1904.

Hatte gearbeitet, aber viel weniger als früher verdient. Angeblich nicht getrunken (giebt es selbst aber zu), 14 Tage und 8 Tage vor der Aufnahme mehrere epileptische Anfälle. Bei der Aufnahme wieder leicht delirant, zeitlich unorientirt. Bleibt letzteres dauernd. Nach mehreren freien Tagen mit oberflächlicher Krankheitseinsicht, Wiederauftreten von Delirien, es wird Sand ins Bett gestreut, schwarze Gestalten bewegen sich an der Wand, wickelt Draht, zieht Fäden etc. Dabei stets örtlich orientirt. Am 8. Tage nach der Aufnahme wieder ganz desorientirt, sehr lebhaft delirant, Beschäftigungsdelirien. Nachts Schlaf, tags darauf wieder ruhig, oberflächliche Einsicht. Wieder nach einigen freien Tagen Stimmen, hört die Frau, ruft ihr durchs Schlüsselloch zu, abends unruhig, schlief nicht, klagt über Summen im Kopf. Am 14. wieder frei. Orientirt sich nun auch zeitlich. Zeigt schwere Auffassung, schlechte Merkfähigkeit. Bei geordnetem äusseren Verhalten halten abendliche Gesichtstäuschungen an, daneben auch Sensationen, fühlt Metallstücke im Bett, einzelne Phoneme, hört die Frau, vorübergehende Personenverkennungen, vereinzelte Confabulationen. 25. Januar epileptischer Anfall. 3. Februar Abendliche delirante Zustände dauern an. Heut sehr erregt, gereizt über die Hallusionen. Hört immerfort Drohungen, Schimpfworte: Lump, Spitzbube etc. von den Leuten der Umgebung ausgehend; sieht Schatten, fühlt Fische im Bett, elektrische Schläge gegen Gesicht und Leib. Sah den Strom wie einen Dunst aus der Ecke kommen bis unter sein Bett und fühlte dann die Schläge. Dabei auch schlechter Geruch und widerlicher Geschmack auf der Zunge. Es werde ihm Schmutz ins linke Ohr geworfen, darin auch Dröhnen und Sausen. Das alles mache ihm ein Patient hier wie zu Hause auch schon; habe ihn mit einem Apparat hantiren sehen. Bei diesen Angaben heftig erregt; abends epileptischer Anfall. Am Tage darauf ruhig, geordnet. Klagt noch über Sensationen und vereinzelte Phoneme. Hält aber an seinen gestern geäußerten Wahnideen fest.

Parästhesien links, Ohrensausen links, Nadelstiche werden links weniger deutlich empfunden als rechts. Sonst frei. Dauernd orientirt, Merkfähigkeit

aber schlecht, auch geringe Gedächtnissdefekte. Blieb fernerhin geordnet, wollte von Sensationen und Hallucinationen nichts mehr wissen, hatte aber keine Einsicht, zeigte Beziehungswahn gegen die Umgebung. Noch 2 mal epileptische Anfälle.

Am 25. März von der Frau herausgenommen.

Auf ein nicht typisches Delirium folgen auch hier freie Tage mit oberflächlicher Einsicht, dann Wiederauftreten von Hallucinationen z. Th. deliranter Art mit zeitlicher Desorientirung, schlechter Merkfähigkeit und Confabulationen, also wie eine unvollständige Korsakow'sche Psychose, daneben aber auch Phoneme, Beschimpfungen und Bedrohungen, Hautsensationen, Geruchs- und Geschmackshallucinationen, die unter Beziehungswahn zu Beeinträchtigungsidenen gegen einen anderen Kranken führen. Auch hier ist ein deutlicher Wechsel der Erscheinungen, es schieben sich freie Tage immer zwischen die deliranten hinein, der Kranke bleibt für gewöhnlich stumpf, apathisch, spricht über seine Wahrnehmungen nur in der Erregung. Die Periodicität schliesst sich hier deutlich an die der epileptischen Anfälle an, die vor der Aufnahme in 8 tägigen Abständen auftraten. Bei der Aufnahme delirant, dann geordnet, nur vereinzelte delirante Hallucinationen, am 8. Tage wieder völlig unorientirt, lebhaft delirant; am nächsten Tage klar. Gegen Ende der 2. Woche wieder lebhaftere Delirien, am 14. klar. 25. Januar wieder epileptischer Anfall, am 3. Februar spontane Erregung, bringt nun seine Hallucinationen und Wahndeide hervor, am selben Abend epileptischer Anfall. Tags darauf wieder ruhig und klar. Die psychotischen Erscheinungen treten nun aber zurück, noch zwei epileptische Anfälle bis zur Entlassung.

An Stelle der Anfälle treten also stärkere Delirien oder Erregungen auf. Dieselbe Periodicität finden wir bei Arteriosklerose nun auch ohne epileptische Anfälle. Man wird ähnlich wie hier anfallsweise auftretende hallucinatorische Erregungen an ihrer Stelle treffen können. Dass hier für diese Gestaltung des Krankheitsbildes die Arteriosklerose verantwortlich zu machen ist, dürfte wohl keinem Zweifel begegnen, die Erscheinungen der Arteriosklerose, auch der peripheren, sind deutlich ausgeprägt, die in späteren Lebensjahren auftretenden epileptischen Anfälle gehen der Erkrankung voraus, meist nur im Anschluss an sie kurze Delirien; dann Schwankungen des Zustandes, Besserungen und Verschlimmerungen, dabei öfters wieder epileptische Anfälle die Stumpfheit, halbseitige Störungen der Sensibilität, alles das sind der Arteriosklerose zukommende Erscheinungen und hier finden wir auch die Geruchs- und Geschmackshallucinationen und auch das Sehen von Rauch und Nebel wieder, das wir schon oben bei dem ähnlichen Fall (XIII)

bei Moskowicz) berichteten. Wie dort erwähnt, könnten vielleicht schon die leichteren Gefässveränderungen Symptome oder Verlauf alkoholistischer Krankheitsbilder compliciren. Dieser Process würde auch erklären, dass, wie Wernicke hervorhebt, progrediente Formen gewöhnlich erst nach wiederholten acuten Alkoholpsychosen eintreten, wie auch in den oben erwähnten Fällen von Raecke und Moskiewicz. Es könnte also diese Complication von vornherein alkoholistische Psychosen modifizieren. Vielleicht ist der Zusammenhang so in nachstehender Beobachtung, die nach einer Hallucinosis eine jener auch dem höheren Lebensalter angelhörigen Psychosen zeigt, die mit retrospectiven Verfälschungen und originären Ideen zu phantastischen Verfolgungs- und Grössenideen führen. Auch hier sind die körperlichen Anzeichen der Arteriosklerose deutlich. Daneben aber auch Stumpfheit und Urtheilslosigkeit, die mit der Unsinnigkeit und Phantastik der Wahnvorstellungen wieder ein Bild liefern, das der Beschreibung des hallucinatorischen Schwachsins nahekommt.

8. Robert F., Schumacher, geb. den 19. Februar 1848. Aufgenommen den 4. Februar 1904.

Pat. begann vor einigen Tagen zu „phantasiren“, hörte seinen Sohn, fürchtete erstochen zu werden, lief fort. Keine Krämpfe. Viel getrunken. Sonst niemals krank.

Papillen ziemlich eng, reagiren. Zunge weicht nach links ab. Schwäche des linken Facialis. Tremor der Hände. Leber vergrössert. Spitzenstoss nach aussen verlagert. I. Ton klappend, präsystolisches Geräusch. Unregelmässige Herzaction. Puls gespannt, leicht unregelmässig. Etwas Arteriosklerose.

Pat. liegt ruhig im Bett, örtlich und zeitlich orientirt, giebt bereitwillig Auskunft. Seit 14 Tagen besonders Abends eine Menge Stimmen, Vorwürfe und Beschimpfungen: Er lebe mit einer Hure zusammen, habe einen Juden totgeschlagen, Ratten gegessen, Uhren gestohlen, seinen Vater erstochen etc. Aus der Nachbarschaft, von der Polizeiwache nebenan: „Immer der F.“ Das ganze Haus war voll von Stimmen. Drohungen: ihn auf die Hauptwache zu schleppen, ihm die Gurgel abzuschneiden etc. Am Montag, den 1. Februar Abends, Kältegefühl; der ganze Körper zuckte und flog. Auch hier Stimmen: „Der Rattenfänger muss raus“. Wahrscheinlich einer vom Criminal. Vorm Fenster hört er, dass man seinen Sohn in die Oder geworfen hätte. Einzelne delirante Symptome: beim Schliessen der Augen sieht er eine Nische, eine Stube mit einer Uhr, auch Fäden in der Zimmerecke. Keine Personenverkennung, keine delirante Unruhe. 5. Februar Nachts ohne Schlaf, horchte gespannt, man wollte ihn abholen, der Gefängnissinspector sei draussen, habe den Sohn, der ihn vertheidigte, dreimal ins Wasser geworfen. Auch zu Hause hatte Pat. schon Angst. Die Schutzleute sahen alles, vielleicht durch ein Loch in der Mauer.

Früher nie krank. Concedirt Potus für 30 Pf. täglich. Merkfähigkeit herabgesetzt. 6. Februar. Leicht depressiv. „Sr. Majestät der Scharfrichter“

sei draussen, hätte seinem Bruder Arme und Beine abgehackt. Pat. selbst würde er blass den Kopf abschlagen, wenn er sage: „Sr. Kaiser. und Königl. Hoheit, Sr. Majestät der Scharfrichter“. Sei unschuldig, habe nichts gethan. Sah die Schwester, sie reichte ihm die Hand. Viele Mädchen und Jungen, die spazieren gingen, ihn ärgerten und nach ihm hieben und stachen. Die Decke senkte sich herab, einmal konnte er sie beinahe mit den Fingern berühren. Orientirungsschwankungen; sebe jetzt, dass er im Irrenhaus sei; vorhin war es, als ob er zu Hause wäre. 8. Februar. Klagt, er sei gestern sehr krank und ein paarmal wie scheintodt gewesen. Ohne erheblichen Affect berichtet er über die Anklagen und Drohungen, man mache ihn zum Dieb. Scharfrichter sei draussen, hole nun eine Leiter, um einzusteigen. — Isst genügend, schläft mit Hypnoticis. — Lässt sich optische Hallucinationen-suggeriren: Bild etc. bei geschlossenen Augen. 11. Februar. Hallucinirt weiterhin, antwortet, vertheidigt sich. Auch hypochondrische Klagen hysterischen Charakters, er könne die Beine nicht heben, seien wie angenagelt, geht unsicher, taumelt ohue zu fallen, wird allmälig sicherer. 26. Februar. Orientirung dauernd erhalten. Klagt, das Essen sei vergiftet, seine Angehörigen und Wirthin seien todgeschlagen, in seiner Wohnung sei viel Geld etc., die Kaiserin von Russland habe ihn gekauft, er solle nach Russland, dort Kaiser werden. Im Allgemeinen geringer Affect, redselig, weitschweifig. 14. März. Stumpf. Es würde ja noch allerlei gesprochen, aber er kümmere sich nicht darum, spricht nicht gern darüber. 12. April. Paranoische Ansätze: Seine Wirthin und eine Frau K. hätten ihn hierhergebracht, weil er Frau K. nicht heirathen wolle. Sie habe ihm schon zu Hause Gift beibringen woilen, habe das ärztliche Aufnahmetest gefälscht.

Keine Reaktionen auf Hallucinationen mehr, bleibt ruhig, geordnet, aber stumpf. Zeitlich meist ungenau orientirt. 16. Mai. Drängt fort, er sei nicht krank gewesen. Eigenthümlich lässiges, zerafahrener Wesen. Angeblich keine Sinnestäuschungen, bleibt jedoch dabei, Frau K. wolle ihn vergiften, sie sei schuld an seiner Gefangennahme. 20. Juni. Immer für sich, etwas stumpf. Auf Anrede oft erregt, producirt ganz unsinnige Grössenvorstellungen: Er sei Kaiser, solle die Prinzessin Friedrich heirathen, werde eine Bahu in der Luft bauen, die niemand sieht; wenn man ihm nicht sofort die Thür öffne, werde „etwas Geheimnißvolles aus persönlicher Machtvollkommenheit passiren“. Zerfahren, spricht in absichtlich erscheinender Weise daneben. 11. August. Für sich versonnen, grüblerisch, arbeitete den Sommer über im Garten. Ab und zu Erregungszustände, vielleicht in Folge von Hallucinationen. 23. August. In letzter Zeit oft gereizt, ablehnend. Grössen- und Vergiftungsideen, drohte mit Aggressionen, wenn er nicht sofort entlassen würde. 15. October. Auf-fallende Stumpfheit; sitzt allein abseits, spricht spontan wenig, nicht einmal das Entlassungsverlangen. Schläft viel am Tage im Sitzen. Grössenideen, originäre Wahnideen, retrospective Beziehungen zusammen in ein loses System verbunden, werden gleichmässig, weder mit erheblicher Euphorie, noch mit paranoischer Bestimmtheit und Reizbarkeit vorgebracht. Widersprüche lässt er ruhig hingehen. Er sei der Sohn Kaiser Friedrichs, dieser habe s. Z. bei

einem Manöver mit seiner Mutter und Schwester verkehrt, er wisse jetzt, warum er von seinem Vater so eigenthümlich behandelt wurde; er habe Anspruch auf den Kaiserthron, vielleicht werde er deswegen hier gehalten. Keine Einsicht für die Hallucinationen. Der Scharfrichter sei in der That draussen gewesen, man habe auch seine Angehörigen umgebracht. Allerlei phantastisch unzusammenhängende Wahnideen: In der Luft sei eine Strasse gebaut, man könne sie nicht sehen. Berlin sei verbrannt, Deutschland gebe es nicht mehr. Zieht aus seinen Grössenideen keine Consequenzen, wird draussen wieder arbeiten.

Geringe Kenntnisse, deutliche Kritiklosigkeit. Merkfähigkeit schlecht. Parese des linken VII und XII. Tremor und Mitbewegung im Gesicht und der Zunge. Monotone Sprache mit Silbenstolpern. Hypotonie der Muskeln. Cytologischer Befund negativ. 28. November. Meist ruhig, stumpf still für sich. Ohne Affect oder Initiative. Leugnet meist die Grössenideen, deutet sie aber dann wieder an, man werde sehen, was geschehe, er behalte alles für sich. Ernährung, Schlaf ohne Besonderheiten. 21. December. Die letzten Tage unruhiger, sprach vor sich hin, offenbar unter Zunahme der Phoneme. In der Erregung producirt er spontan phantastische Wahnvorstellungen ohne System: er sei Kaiser von Deutschland und der ganzen Welt; habe mit Russland Kriege geführt und Aehnl. Hört alle Fürsten, den lieben Gott, den Pfarrer etc. sprechen; zur Zeit keine hypochondrischen Wahnideen. Nach der Erregung wieder still, schlaff, abseits. Will dann von den Wahnideen nichts wissen, erklärt allenfalls: „Na das ist doch möglich“, will aber hinaus, um bis Weihnachten noch Schuhe zu arbeiten.

1. April 1905. Seither ganz gleich geblieben. Spricht spontan selten. Ganz geordnet, aber stumpf. Leugnet Hallucinationen und Wahnideen, aus Andeutungen ist aber ihr Fortbestehen zu entnehmen.

11. Juni. Psychisch blieb Pat. in der letzten Zeit ganz stumpf. Seit einigen Wochen putride Bronchitis mit Fieber. Letzte Nacht Exitus durch Hämoptoe.

Das Gehirn wog 1335 g. Die Pia sehr stark injicirt, verdickt und ganz getrübt, besonders im Verlauf der Gefässe, die selbst verdickt, stellenweise ganz weiss sind. Die Basilararterien klaffen, Wandungen verdickt. Oberfläche der Windungen mit lauter feinen grubigen Vertiefungen bedeckt. Geringe Verschmälerung der Windungen im Stirnhirn. Auf dem Durchschnitt zahlreiche Blutpunkte, grosse Gefäßlücken. Die feinen Gefässe zäh, ziehen sich lang aus, reissen die Gehirnsubstanz ein. An mehreren Stellen, besonders auch im unteren Drittel der rechten vorderen Centralwindungen die Schnittfläche der Windungskuppen von feinen Einsenkungen, wie miliaren Erweichungen uneben. Geringe Erweiterung der Ventrikel. Leichte Ependymitis granulosa im 4. Ventrikel.

Mikroskopisch zeigen die Gefässe in der rechten vorderen Centralwindung verdickte Wandungen, Vermehrung der Kerne der Intima und Media, Schlängelung der Elastica. Auch die kleinsten Gefässe haben deutliche Kernvermehrung, die Capillaren oft von einkernigen Zellsäulen eingescheidet. In der Umgebung der stark verdickten Gefässe ist das Gewebe oft aufgelockert, lückig.

Die ersten acut aufgetretenen Erscheinungen sind die der Hallucinosis. Die deliranten Gesichtstäuschungen und die Suggestibilität für solche sind wohl alkoholistische Symptome. Die zeitliche Orientirung geht verloren. Hypochondrische Sensationen und Giftfurcht. Dann grosse Kritiklosigkeit, es werden ganz alberne, ungeheuerliche Grössen- und Verfolgungsvorstellungen hervorgebracht, ohne dass Consequenzen daraus gezogen werden. Patient ist, nach anfänglicher Angst, dabei ganz gleichgültig und stumpf. Unter retrospectiven Missdeutungen und originären Ideen bildet er ein confuses Wahngebilde aus, das er aber nur in den Erregungen äussert, oft auch ableugnet. Mitunter spontane Erregungen in Folge gehäufter Hallucinationen, sonst blieb der Kranke ruhig und geordnet und arbeitete auch eine Zeit lang. Das hallucinante Anfangsstadium, die unsinnigen phantastischen Wahndeideen, die bald behauptet, bald verleugnet werden, die mangelnde Reaction darauf und die grosse Stumpfheit lassen wieder an den „hallucinatorischen Schwachsinn“ denken.

Die Psychose erinnert an gewisse Formen der Dementia paranoides; gerade diese Formen aber mit reichlichen hypochondrischen Sensationen, retrospectiven Verfälschungen und originären Ideen findet man in den höheren Lebensjahren und sie scheinen auch Beziehung zu den Rückbildungsvorgängen zu haben, die im vorliegenden Fall sehr ausgeprägt sind.

Die Herz- und Gefässerkrankung, die Herdsymptome paralytischer Art, die nicht schwinden, sondern zunehmen (es tritt zur Parese des VII. und XII. noch Tremor der Zunge und Gesichtsmuskulatur), der Verlust der zeitlichen Orientirung, die schlechte Merkfähigkeit, Schwindelercheinungen und Reizbarkeit, sowie die Schwankungen der Erscheinungen sind Anzeichen für Arteriosklerose, die auch die Section ergeben hat. Auch die Arteriosklerose bedingt also Eigenthümlichkeiten, wie man sie bei den oben skizzirten Fällen „hallucinatorischen Schwachsins“ findet. Wir haben es in diesen wohl mit combinirten Krankheitserscheinungen zu thun. Gemeinsam ist ihnen die alkoholistische Entstehung und die eigenartige Verlaufsweise, symptomatologisch sind sie aber nur zu ver einer unter einer weiten Fassung des Begriffs Hallucinosis. Will man diese eigenartigen Verlaufsformen aber zusammenfassen, so sind davon zu unterscheiden Fälle wie 6 und 8, die ebenfalls unter die Schilderung Kraepelin's fallen könnten, aber bei 6 eine constantere progrediente Entwicklung mit Ausgang in einfachen Schwachsinn und bei 8 ein völliges Abweichen von dem Bilde der Hallucinosis, vielmehr Aehnlichkeit mit dem gewisser Fälle von Dementia paranoides zeigen.

Wir lernten verschiedene Formen „hallucinatorischen Schwachsinns“ kennen, die aus einer Hallucinosis oder einem „hallucinatorischen Wahn“ hervorgehen. Diesen Ursprung muss man für Formen, die einen ungeheilten hallucinatorischen Wahnsinn darstellen sollen, fordern; es fehlt aber den meisten der auch keineswegs einheitlichen Krankheitsbilder alkoholistischer Pseudoparalyse. Eine solche Pseudoparalyse stellt schon der letzte Krankheitsfall F. vor, durch eine Verbindung alkoholistischer mit cerebralen Herdsymptomen, die hier auf Arteriosklerose beruhten, so dass hier die alkoholistische Pseudoparalyse mit der arteriosklerotischen zusammenfällt. Wegen des vorausgehenden Alkoholismus und der anfänglichen Hallucinosis könnte man aber von einer „alkoholistischen Pseudoparalyse“ sprechen. Dieses Symptomenbild kann also entstehen durch die Verbindung einer alkoholistischen Psychose mit Arteriosklerose. Im vorliegenden Fall glauben wir auch die weitere Ausgestaltung der Psychose in Beziehung zu der Gefässerkrankung setzen zu müssen.

Weitere Formen alkoholistischer Pseudoparalyse stehen in Beziehung zur Korsakow'schen Psychose, ohne dass man sie aber mit Kraepelin als eine Combination dieser mit dem hallucinatorischen Schwachsinn ansehen könnte; der letztere ist ja noch kein fest umgrenzter Begriff; dann ist auch nicht in allen Fällen alkoholistischer Pseudoparalyse der Korsakow'sche Complex wirklich ausgeprägt. Allerdings kann auch im Verlauf typischer Korsakow'scher Psychosen das Bild der Pseudoparalyse entstehen, wie u. A. auch vom Verfasser¹⁾ an anderer Stelle erörtert und mit einem Beispiel belegt worden ist. Es hat seine Ursache in den Herdsymptomen einmal in Folge parenchymatöser Degenerationen, wie sie mittelst der Marchi- und Weigert-Methode nachzuweisen waren (Bonhoeffer²⁾) und welche Wernicke³⁾ in Parallelle setzt zu denen bei der Paralyse, bei der Tuberkulose und anderen Intoxications. Zweitens kommen dafür die miliaren Blutungen in Betracht, die in Gehirnrinde und Stamm, in Fällen schweren Deliriums und Korsakow'scher Psychose gefunden wurden, und die entsprechend localisiert den Symptomcomplex der Polioencephalitis haemorrh. sup. geben. Es kann dabei auch zu ausgedehnten hämorrhagischen Erweichungen kommen, wie Bonhoeffer²⁾ berichtet.

Auch im chronischen Stadium sind Residuen von Blutungen von

1) Chotzen, Zur Kenntniss der polyneuritischen Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. 59. 4.

2) l. c.

3) Wernicke, Grundriss etc.

Gudden¹⁾ gesehen worden, daneben aber auch andere Gefässveränderungen, glasartige Verdickungen der Wandung, Verkalkung und Verfettung der feinsten Gefässe, wie bei der Polioencephalitis haemorrh. superior.

Die Blutungen sind also jedenfalls nur eine Theilerscheinung einer Schädigung der Gefässwand, die unter der dauernden Toxinwirkung zu den bleibenden Gefässdegenerationen führt, und ihre Ausbreitung in den schweren Fällen weist wohl auf die schwere Giftwirkung und daraus resultirende schwere Gefässschädigung hin. Auch Spielmayer²⁾ stellt die zu Blutungen führenden Gefässveränderungen hier in Parallele mit denen bei anderen Kachexien. Mit dieser doppelten Möglichkeit von Herderscheinungen, von denen die den paralytischen gleich localisirten, wie man schon vom Delirium tremens her weiss, besonders häufig vorkommen, sind die verschiedenartigsten Complicationen der Korsakow-schen Psychose gegeben; mit den Erscheinungen verschiedenster Localerkrankungen verbinden sich noch Defectsymptome und Demenzerscheinungen, welche auch das psychische Bild verändern und es dem bei organischen Gehirnkrankheiten auf anderer Basis und der Paralyse nähern, wie das schon an den stuporösen Fällen Korsakow'scher Psychose deutlich wird (s. die Beispiele in Verfassers oben citirter Arbeit). Auch zu diesen psychischen Complicationen wirken wahrscheinlich die verschiedenen krankmachenden Ursachen zusammen, die wir dabei anzunehmen haben, neben der acuten Giftwirkung die diffusen Organveränderungen durch die chronische Intoxication und unter den letzteren besonders die Gefässdegeneration. Die Beziehungen des Korsakow-schen Complexes zu solchen sind auch nach klinischen Thatsachen enge, da in allen den Fällen, in denen er auftritt, Gefässerkrankungen anzunehmen oder nachgewiesen sind, zum Theil von derselben Art wie bei der Polyneuritis, nämlich beim Senium, nach Trauma, nach Kohlenoxydvergiftung und nach dem Erhängen. Allerdings ist in allen diesen Fällen eine anderweitige Schädigung der Hirnsubstanz gleichzeitig mit anzunehmen. Aber wie im Senium neben den allgemeinen Gehirnveränderungen die der Gefässe mitunter besonders hervortreten und sowohl in den verschiedensten Formen organischer Herderkrankungen als in den psychischen Störungen vornehmlich zum Ausdruck kommen, so scheint analog auch bei der polyneuritischen Erkrankung mit ihrem

1) Gudden, Klin.-anatom. Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis. Arch. f. Psych.

2) Spielmayer, Ueber die Prognose der acuten Polioencephalitis haemorrh. sup. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1904.

Senium praecox neben der localisirten auch die diffuse chronische Erkrankung der Gefässe eigene psychotische Erscheinungen veranlassen zu können. So wenigstens ist wohl folgende Beobachtung zu erklären, wo im Verlauf einer solchen schweren Form der polyneuritischen Erkrankung eine Psychose auftritt, die in der gleichen Weise nur noch bei zwei senilen Frauen zu beobachten war und bei einer von ihnen in die fortschreitende arteriosklerotische Verblödung ausging. Wegen dieses eigenartigen Verhaltens möge hier auf diesen Fall zurückgegriffen werden, der älterer Beobachtung ist und von Hahn¹⁾ in der 54. Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte vorgestellt wurde.

9. 36jährige Frau, schwere Potatrix, die letzten Jahre hindurch beinahe beständig betrunken, erkrankte Februar 1889 plötzlich unter schwerster Benommenheit und grosser Schwäche. Unsauberkeit; Schluck- und Articulationsstörung. Nur unverständliches Lallen, Verständnisslosigkeit für alle Fragen. Grosse Schreckhaftigkeit. Etwas freier geworden, zeigt sie sich gänzlich unorientirt, grosse Gedächtnissausfälle, sei 12 Jahre alt, weiss nicht die Namen ihrer Kinder und dergl.; schlechte Merkfähigkeit. Die Herdsymptome bessern sich, es bleibt aber eine Sprach-, Schreib- und Lesestörung bestehen (auf deren besondere Gestaltung hier nicht näher eingegangen werden soll, sie wird in einer Arbeit von Kutner²⁾ aus unserer Anstalt weiter berücksichtigt). Patientin ist kindisch blöde; weiter ganz stuporös, Nachts leicht delirant. — Delirien schwinden, Pat. wird sauber, Benehmen geordnet; es besteht das Bild der Korsakow'schen Psychose, aber mit schweren Störungen der Intelligenz, Combination und Ueberlegung. October 1889 örtlich orientirt. Sonst wie oben, sei 1 Jahr verheirathet, habe 12 Kinder etc., kann mit dem kleinen 1×1 nicht rechnen. Sprache noch lallend, starker Tremor der Zunge. Ende October Nachts ein heftiger hallucinatorischer Angstzustand, glaubte sich beschimpft. Danach öfters plötzliche durch Hallucinationen hervorgerufene Erregungen mit Wuthausbrüchen, sonst ruhig, bescheiden und fleissig, noch örtlich orientirt. Im Frühjahr 1890 lebhafte Hallucinationen mit heftigen Erregungen; Verfolgungsidenen phantastischer Art, sie sei von den Aerzten ermordet, mitten durchgeschnitten worden, werde vergiftet etc., Eifersuchtsideen gegen den Mann, alles auf Grund von Hallucinationen. Massenhafte Confabulationen, ganz kritiklos und phantastisch: der Mann habe sie erhängt, man habe ihr Nase und Ohren abgeschnitten, die Zunge ausgerissen; Tiger und Panther haben sie zerissen etc. Man habe sie in eine Rolle gelegt durchs Telephon, und chloroformirt. Sie lasse sich vom Mann scheiden durch Magnesia. Ausserdem eine Menge gleichgültiger Confabulationen. Dementsprechende Personenverkenntnungen, spricht dieselbe Person aber gleichzeitig in ihrem wirklichen und einem ganz anderen Charakter an. Grössenideen phantastischer Art, sei

1) Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 48.

2) Kutner, Ueber Herdsymptome bei der polyneuritischen Psychose. Archiv f. Psych.

Tochter des Königs von Russland, in Sibirien in einem Glassarge beerdigt u.s.w. Wirkliche Vorgänge und Ueberreste aus der Psychose bunt durcheinander. Noch Ende 1890 erhebliches Silbenstolpern. Dementes kindliches Benehmen. Sehr gedankenarm, ihre Confabulationen wiederholen sich immer wieder; werden durch Wort- und Klangassocationen angeregt. Immer unorientirt, sei 10 Jahre alt, habe vor 20 Jahren geheirathet etc. Anfang 1901 häufig erregt, weil man ihr alles wegnehme, was ihr an Sachen und Esswaaren hereingeschickt werde. Heftige Wutausbrüche, Sprachstörung dauert fort. März 1901 in die Pflegeanstalt verlegt. Dort bleibt sie die ganze Zeit über gleich, unorientirt, dement. Beklagt sich beständig darüber, dass man ihr ihre Sachen wegnehme, behauptet, die Pflegerinnen hätten ihre Sachen. Schlechte Merkfähigkeit. Nachdem sie 1895 vorübergehend Zuckungen und eine leichte Parese im linken Facialis gehabt hatte, tritt 1898 eine apoplectische Hemiplegie ein, danach völlige geistige Verödung.

In dem stuporösen Anfangsstadium, das dem schweren Delirium entspricht, entstehen also acut Herdsymptome, von denen die Sprachstörung, besonders die articulatorische, dauernd bestehen bleibt; in Analogie mit der Polioencephalitis haemorrhagica wird man sie auch hier auf hämorrhagische Herde beziehen können. Die daraus gezogene Annahme einer schweren Gefässerkrankung wird durch spätere Erscheinungen bestätigt und nach einigen Jahren tritt bei der erst 44jährigen Frau eine Apoplexie mit dauernder Lähmung und Verblödung ein. Die Psychose entsprach zuerst der stuporösen Form der Korsakow'schen Psychose, allerdings mit schweren Demenzerscheinungen, später treten anfallsweise Angstzustände und hallucinatorische Erregungen auf, dazwischen wieder ruhiges und geordnetes Benehmen. Endlich die sehr lebhafte Psychose mit ihrem Gemisch von Delirien, Hallucinationen und seltsam phantastischen und kritiklosen Confabulationen, unter Missdeutung und Ausschmückung wirklicher Vorgänge in der Umgebung, Verfolgungs- und Grössenideen. Auch diese Phase geht wieder vorüber, macht einem Endstadium der Korsakow'schen Psychose Platz, auf welches wir unten noch zurückkommen, und endet mit der Lähmung in Verblödung.

Es ist nun sicherlich kein Zufall, dass wir ganz ähnliche Psychosen nur noch bei zwei senilen Frauen wieder angetroffen haben, sonst bei keinem weiteren Fall unseres reichhaltigen Materials an Korsakow-schen Psychosen.

10. 65jährige Restaurateursfrau, seit Jahren starke Trinkerin. Seit vielen Jahren schlechtes Gedächtniss. Vergass im Moment, wovon sie zu reden angefangen, sprach ganz irr. Seit Jahren auch Klagen über Reissen in den Beinen. Seit Weihnachten 1900 unruhig, Nachts delirant, unorientirt, kannte sich in ihrer Wohnung nicht mehr aus, machte Alles verkehrt.

25. Januar 1901 in die Anstalt. Bei der Ankunft orientirt, macht geordnete Personenangaben, zeigt dabei erhebliche amnestische Sprachstörungen, geringe Paraphasien, grosse Unaufmerksamkeit, Ermüdbarkeit. Schlechte Merkfähigkeit; Sprachstocken und Tremor. Verliert die Orientirung bald und wird lebhaft delirant. Nach zwei Tagen wieder freier; meist aber unruhig, misstrauisch, sehr reizbar, gewaltthätig, fürchtet vergiftet zu werden, sträubt sich gegen das Essen etc. Glaubt meist in ihrer Wirthschaft zuhause zu sein, erzählt die abenteuerlichsten Geschichten, Misshandlungen, man habe ihr drei Schweine auf den Rücken geworfen, missdeutet alle Vorgänge der Umgebung und vermengt sie bunt mit delirirten und confabulirten Erlebnissen. Verkennt dementsprechend die Personen der Umgebung, je nach ihrer augenblicklich vorgestellten Situation, zumeist als Räuber und Mörder, spricht sie aber gleichzeitig auch mit ihrem richtigen Namen, Stand und Titel an. Nach kurzer Zeit an Stelle der Gereiztheit Euphorie, Grössenideen, würde die erste im Reiche sein, werde nicht mehr sterben, sei von Gott begnadigt, sei wieder 23 Jahre alt, habe einen neuen Kopf, neue schöne Beine bekommen; immer phantastischer und ausschweifender: Habe die ganze Welt zu Grunde gehen sehen, werde sie neu aufbauen, sei mit dem zweiten Gott verlobt etc. Massirt an allen Menschen und Gegenständen herum, um sie auf diese Weise alle neu zu machen.— Tag und Nacht sehr unruhig, vollkommen unorientirt. Kann Zahl und Namen der Kinder nicht angeben, überlegt die einfachsten Dinge schwer. Schlechte Merkfähigkeit, dagegen producirt sie Jugenderinnerungen ausgezeichnet, sagt lange Gedichte tadellos auf. Oft unsauber. Die Confabulationen eintönig, wiederholen sich viel. Gegen Ende April 1901 wird sie ruhiger, bleibt still, stumpf, aber orientirt sich nicht weiter, giebt nur manchmal an, im Krankenhaus zu sein. Defectsymptome wie bisher; producirt nun spontan nichts mehr, nur auf Befragen die alten Confabulationen. Immer stumpfer.

In Familienpflege genommen, wird sie fortschreitend apathischer und blöder. Nun wieder im Krankenhaus, zeigt sie völlige Verblödung, ist unfähig, sich zu bewegen, ein Wort hervorzubringen, versteht nichts mehr, vegetirt unsauber dahin.

Jüngerer Datums ist der andere Fall.

11. 61jährige schwere Säuferin. Aus dem Gefängniss eingeliefert. Dort Delirium und Beschäftigungsdrang. In der Anstalt nur ungefähr, zeitlich nicht orientirt. Weitreichende retroactive Amnesie. Schlechte Merkfähigkeit. Viel amnestische Confabulationen, daneben aber auch andere phantastischer Art. Komme aus der Besitzung des Grafen B., ihres Schwiegersonnes. Dort habe sie eine schwarze Person vergiften wollen, das Essen schmeckte so eigenartig, man rief sie immerfort mit Namen. Man unterschlage ihr Briefe und Sachen, auch die Angehörigen, die sie besuchen wollen. Hallucinirt, hört ihre Kinder sprechen. Anfangs ruhig, unterhält sich nur beständig mit ihren Stimmen. Nachts öfters delirant, ängstlich, sieht schwarze Männer mit funkelnden Augen; schreit oft Hülfe, sieht Feuer u. dgl. Hallucinationen werden lebhafter; auch Sensationen und Giftfurcht, immer phantastischer, mit abenteuerlichen Confabulationen vermengt. Männer fallen sie mit Messer und

Pistolen an, es seien schon viele ermordet worden, man zwicke sie mit Zangen, Feuer wird unter ihren Füssen gelegt. Man habe die Angehörigen zerstückelt, sie müsse die Stücke in einem Sack sammeln etc.

Nach einigen Wochen tritt eine Beruhigung ein, eine Zeit lang sogar ganz geordnetes Verhalten, nach wenigen Wochen aber noch grössere Unruhe. Schimpft sehr viel wegen ganz unsinniger Beeinträchtigungen, die ihr widerfahren, verkennt die Personen der Umgebung, spricht sie mit den verschiedensten Namen an, gleichzeitig aber z. B. als Herr Doctor und als bekannter Raubmörder und dergl. Man bestehle sie um viel Geld, vergifte das Essen, den Mann hänge man jede Nacht im Zimmer auf, sie zerschiesse man, sie sei schon ganz durchlöchert. Es werden ihr Thiere in den After gesteckt, sie müsse sie wieder „auspullen“ etc. — Auch Größenideen, sie sei eine feine Frau, verdiene viel Geld, werde grosse Entschädigungen beanspruchen. Dabei bald euphorisch, bald gereizt. Spricht den ganzen Tag, bald leise, bald erregt schimpfend. Desorientirung wie bisher. In allen Aeusserungen urtheilslos, ohne jedes Verständniss für ihre Umgebung. Schlechte Auffassung, versteht Fragen schwer. Wird unverändert nach der Pflegeanstalt verlegt.

Die Aehnlichkeit dieser beiden Fälle mit dem obigen ist in die Augen springend. Im ersten Fall finden wir wieder die Herdsymptome und den Korsakow'schen Symptomencanplex, dann dieselben Delirien und eigenthümlichen Confabulationen ganz phantastischer Art mit ihren Verfolgungs- und Größenideen. Auch hier geht die Psychose vorüber, um der einfachen arteriosklerotischen Verblödung Platz zu machen. Im 2. Fall auch Korsakow'scher Complex und bei remittirendem Verlauf wieder die Psychose, die in der Art der Confabulation mit jener ganz übereinstimmt. Dieses Gemisch aus Delirien, Hallucinationen, Confabulation, Verkennung der Umgebung, Missdeutung mit unsinnigen Verfolgungs- und Größenideen, grosser Urtheilslosigkeit und Geisteschwäche trägt auch abgesehen von dem Ausgang schon die Eigenthümlichkeiten der senilen Erkrankungen. Die Uebereinstimmung damit im obigen Fall bei einer erst 37 jährigen Kranken zeigt also, dass die Veränderungen, insbesondere wohl die auch dort offenkundige schwere Gefässerkrankung, ob sie nun eine specifische oder mit der arteriosklerotischen identisch ist, jedenfalls in ihrer Wirkung diessr entsprechen, weist also auch hier wieder darauf hin, dass selbst bei jugendlichen Polyneuritikern schon in der Gefässerkrankung eine besondere Quelle für Geistesstörungen liegt, deren Mitwirkung wir also in allen Fällen in Berücksichtigung ziehen müssen. Hierher gehört nun noch ein weiterer Fall unserer Beobachtung, den Kutner¹⁾ in seiner Arbeit über „Isolirte

1) Kutner, Isol. cerebr. Sensibilitätsstörungen. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie. 17. 4.

cerebrale Sensibilitätsstörungen“ ausführlich publicirt hat, der deshalb hier nur kurz referirt werden soll, zumal die complicirende Psychose nur angedeutet war; dagegen waren die Erscheinungen der alkoholistischen Pseudoparalyse sehr ausgeprägt.

12. Nachdem leichtere alkoholistische Störungen, insbesondere Alkoholepilepsie schon vorangegangen waren, bekommt die Kranke plötzlich unter Bewusstlosigkeit Zuckungen der ganzen rechten Seite, die sich noch mehrere Male wiederholen. Danach einige Tage totale rechtsseitige Lähmung und Aphasie, Benommenheit, Desorientirung und Verworrenheit. Nächtliche Delirien, Personenverkennung, Phoneme, Beschimpfungen und Drohungen, auch leicht angedeutete Grössenvorstellungen; das alles schwindet nach wenigen Tagen, die Hemiparese bessert sich, es besteht schliesslich noch die Herabsetzung der Merkfähigkeit, Gedächtnisslücken, erschwerte Auffassung, hochgradige Störung des Urtheils und der Combination und nachdem auch die aphatische Störungen bis auf eine leichte Erschwerung der Wortfindung zurückgegangen waren, nur noch Herabsetzung der Sensibilität der rechten Seite, während die motorischen Erscheinungen bis auf geringes Silbenstolpern ganz geschwunden sind. In der Folge treten dann alle 3—4 Wochen wiederkehrende epileptische Anfälle von Jackson'schem Typus auf, jedesmal unter Verschlimmerung der objectiven und subjectiven Sensibilitätsstörungen und der Sprachstörung, die nach einigen Tagen immer wieder schwinden; im Anschluss an gehäufte Anfälle auch wieder einmal stärker benommen und reizbar, sonst traten von psychischen Störungen noch einmal ein typ. Delirium auf, dagegen nahmen die Defectsymptome zu; Merkfähigkeit, Gedächtniss und Urtheil sind schliesslich ganz mangelhaft, es fehlt ihr später auch ein richtiges Verständniß für die Umgebung, sie ist reizbar, zeigt Stimmungsschwankungen, emotionelle Inkontinenz, hat auch keine Einsicht in ihre psychischen Defekte. Die Erkrankung ist nun 7 Jahre alt.

Der Beginn mit Bewusstlosigkeit und apoplectiformen Erscheinungen und das Zurückbleiben Jackson'scher Epilepsie erinnert ja wohl an jene Fälle von Encephalitis mit besonders epileptischen Symptomen, die Spielmayer¹⁾ von den anderen besonders herausheben will; ob aber bei der Halbseitigkeit der Residuen ein so ausgedehnter Herd in der Rinde angenommen werden darf oder eher an eine Oberflächenblutung bei Pachymeningitis zu denken ist, jedenfalls weist die Entstehung auch hier auf den Gefäßapparat als die Ursache der Herdsymptome hin, wobei man auch für die regelmässigen Jackson'schen Anfälle mit dem gleichzeitigen An- und Abschwellen der Herdsymptome in den menstruellen Blutdruckschwankungen das auslösende Moment finden kann.

1) Spielmayer, Zur Symptomatologie der Grosshirnencephalitis, insbesondere über eine epileptische Form der Erkrankung. Centralbl. für Neurologie u. Psych. 1904. S. 371.

Die kurze hallucinatorische Psychose im benommenen Stadium am Beginn interessirt hier nicht weiter.

In dem chronischen Stadium kann man hier von einer reinen Korsakow'schen Psychose kaum mehr reden, es fehlen ausserhalb der Benommenheit die charakteristische Desorientirung und die Confabulationen; die starke Intelligenz- und Urtheilsschwäche neben der Gedächtnissstörung weisen mehr auf die ähnlichen Geisteszustände bei anderen organischen Gehirnerkrankungen hin.

In oben erwähntem Fall 9 dagegen bestand neben den Demenzerscheinungen doch die ausgeprägte Korsakow'sche Psychose und sie nimmt auch einen Ausgang, den man in dieser Gestaltung gerade bei der Korsakow'schen Psychose häufig sieht, und der neben dem einfachen Defectzustand ein typischer Ausgang der nicht heilenden Fälle Korsakow'scher Psychose zu sein scheint. Schon früher wiesen wir¹⁾ auf die Erscheinung hin, dass in dem chronischen Stadium der Korsakow'schen Psychose, wo neben einer grossen Stumpfheit die Defectsymptome fortbestehen, eine bestimmte Idee auftaucht und festgehalten wird, die dann zu Beeinträchtigungsidenen und zu einem paranoiden Zustandsbild führen kann. Wir haben es seitdem noch mehrfach sehen können; fast immer, bei Kranken verschiedenster Bildung und Stellung, ist es die Beobachtung, dass ihre eigenen Sachen fehlen, die sie auf den Gedanken bringt, bestohlen zu sein, womit dann unter spärlichen Confabulationen, manchmal mit Verkennungen, Personen der Umgebung beschuldigt werden. Dieses einfache Symptombild bleibt ganz constant, es erfolgt keine Weiterbildung, das charakteristische aber ist, dass diese einzige Idee immer und immer wieder bei jeder Begegnung mit dem Arzt und bei jeder Ansprache ganz in der gleichen Weise oft mit denselben Worten wie automatisch vorgebracht wird. Aus diesem Verhalten und dem einförmigen Inhalt der Klagen allein, kann man schon auf das Vorangehen einer Korsakow'schen Psychose schliessen, was durch die entsprechenden Defectsymptome bestätigt wird. Man beachte, wie auch hier wieder die im Senium so häufige Idee, bestohlen zu werden, wiederkehrt.

Im Gegensatz zu den bisherigen, könnte man in nachstehenden Beobachtungen wieder Beispiele für den hallucinatorischen Schwachsinn sehen, doch sind sie von den früheren sowohl, als unter sich verschieden. Der folgende ähnelt einer Dementia paranoides, wie oben der Fall 8 mit der Arteriosklerose.

1) Chotzen I. c.

13. Gottlieb Sch.,¹⁾ Arbeiter, 39 Jahr, aufgenommen 7. März 1901.

Anamnese: Früher gesund. Schnaps getrunken für 20—30 Pf. täglich. Seit ca. 1 Jahr zerstreut und gedächtnisschwach, Sprachstörung und verlangsame Auffassungsfähigkeit seit einigen Wochen. Keine Lues, bei der Frau (Ref.): 1 Fehlgeburt, 1 todgeborenes Kind, 8 Kinder an Kinderkrankheiten gestorben, 2 Kinder leben und sind gesund. Keine Heredität. 11. Juli 1900 in's Krankenhaus wegen zunehmender Schwäche in den Beinen und Blasenstörung. Diagnose: Pseudo-Tabes alkohol. und Gastritis. Befund: Pupillen lichtstarr, neuritische Sensibilitätsstörungen. Patellarreflexe vorhanden, rechts abgeschwächt. Erschwerete Urin-Entleerung, Sensorium frei, Merkfähigkeit auffallend gering; bei schwierigen Worten Silbenstolpern. Starker Tremor der Hände. 7. August geheilt entlassen, prompte Pupillenreaction. Sensibilität intact. 7. März 1901 wieder in's Spital. Bei der Aufnahme orientirt und gute Auskunft gebend. Am Nachmittag sehr erregt, starker Tremor der Zunge und Hände. Delirant. Hält die Bettstelle fest, hält sie für eine Mangel, will Wäsche rollen. Hält das Taschentuch in der Hand fest zusammengeballt und giebt auf Befragen an, er bestrafte es, es habe nicht gefolgt. Es habe ihm gesagt, er habe es durch Draufspeien nass gemacht. Hält das Betttuch für einen Exercierplatz, auf dem bald Militär auf seinen Befehl aufmarschiren werde; dasselbe reite schon heran. Pupillenreaction gut. Wegen Unruhe (delir. incip) in die Irrenanstalt verlegt.

3. März. Mittelgrosser, kräftiger Mann, in gutem Ernährungszustand. Kopfpercussion schmerhaft. Stupides, schlafes Gesicht. Pupillen different, rechts weiter als links, träge reagirend. Fac. Par. links. Geringer Tremor der Zunge. Starker Tremor der Hände, der bei Bewegungen zunimmt. Pat.-Refl. lebhaft gesteigert. Fussclonus. Atactischer Gang. Romberg. Leichte Berührungen werden nicht empfunden, spitz und stumpf, kalt und warm nicht deutlich unterschieden. Schmerzempfindlichkeit erhalten. Die Empfindungen werden falsch localisiert. Stockende Sprache. Verliest sich: z. B. „Verleitung“ statt „Vorbereitung“, „Bleischift“ statt „Bleistift“, „schiering“ statt „schwierig“ u. s. w. Bei einigermaassen schwierigen Worten Silbenstolpern. Schrift zitterig. Sein Name richtig, sonst nur die ersten oder 2—3 Buchstaben richtig, dann nur Gekritzeln mit einzelnen Perseverationen. Auf einer Karte an seine Frau schreibt er den Inhalt auf die Vorderseite. Gedächtniss für die Ereignisse aus seinem Vorleben schlecht. Leber etwas vergrössert. Keine Blasenstörung. Bei der Untersuchung ängstlich, schwitzt stark. Während der Exploration zeitweise demente Euphorie. Ungenau orientirt. Er sei gesund, sei selber hergekommen. Patient hat sehr geringe Kenntnisse, ist dement. Combinationen und begriffliche Unterscheidungen sehr mangelhaft. Kann nicht rechnen. Merkfähigkeit nicht erheblich reducirt. (4 verschiedene Geldstücke noch nach 10 Minuten richtig angegeben.)

1) Identisch mit Fall 2 bei Kramer, Rückenmarksveränderungen bei Polyneuritis. Dissertation. Breslau.

8. März. Auf Schlafmittel geschlafen. Apathisch zu Bett. Zeitweise euphorisch. Gute Nahrungsaufnahme. Sauber.

10. März. Örtlich und zeitlich ungenau orientirt, seit 14 Tagen hier. Bei der Exploration ab und zu etwas ängstlich; Starke Schweißsecretion. Starker Tremor, besonders bei Bewegungen. Schlaf auf Schlafmittel.

19. März. Sprachstörung nach wie vor deutlich. Isst und schläft gut. Ruhig zu Bett.

30. April. Fortgesetzt ruhig. Zeitweise Klagen über Reissen in den Beinen. Wunsch nach Entlassung. Ohne Verständniss für die Situation. Pupillen reagiren prompt.

Am 30. April nach einem anderen Krankenhouse verlegt, von da wegen Unruhe am 16. November zurück.

16. Nov. Jetzt örtlich und zeitlich orientirt. Begreift nicht, warum er hergebracht werde, die Veranlassung dazu seien gewiss Mutter und Bruder, denen er zu gescheut sei, er sei nämlich zu gescheut, sei Geistlicher, ein „von“, die Schieges seien alle „von“ von Geburt an, er wohne im 100. Stock eines Hause, brauche 1 Stunde dorthin zu gelangen. Als Geistlicher sei er auch schon in Amerika bei den Wilden gewesen; giebt aber über den Aufenthalt dort nichts näheres an, er fährt in $\frac{1}{2}$ Stunde dorthin. Pupillen reagiren. Befund auch sonst wie vorher. Exanthem an beiden Vorderarmen und am Rücken, anscheinend luetisch.

7. December. Anfangs leicht gereizt; jetzt euphorisch, amüsirt sich sehr über die Albernheiten seines paralytischen Nachbarn. Dauernd ruhig zu Bett. An den Grössenideen hält er fest, ohne sie spontan zu äussern oder neue zu produciren. Sehr dement, auch in der Auffassung seiner Situation, obwohl er andere oft ganz richtig kritisirt. Hallucinirt, macht oft Abwehrbewegungen in die Luft; spricht sich darüber nicht aus. Mässiger Rückgang des Exanthems auf Hg-Cur. Gute Nahrungsaufnahme. Schläft jetzt im Gegensatz zu der ersten Zeit ganz gut.

15. December. Geht beständig erhobenen Hauptes, mit freundlich lächelnder Miene auf dem Corridor umher, gesticulirt und spricht vor sich hin, giebt aber keine Auskunft. Zeitlich stets unorientirt, weiss nicht anzugeben, warum er hier sei. Steht nicht gern Rede, läuft nach der ersten Antwort weg. Isst schlecht; schläft gut.

15. Januar 1902. Blieb unzugänglich. Droht dem Arzt, der Kaiser werde es ihm schon anstreichen. Stets verdrossen und reizbar. Immer für sich, mit seinen Hallucinationen beschäftigt, achtet nicht auf andere.

3. Februar. Stört Nachts durch Schimpfen und Umhergehen. Stimmungswechsel, bald euphorisch, bald missgelaunt oder gereizt.

10. März. Hallucinirt viel; spricht vor sich hin, droht und fuchtelt in die Luft, besonders vor der Corridorthür. Schimpft, dass man ihn vergifte.

15. April. Ganz unverändert. Zeitweise aber zugänglicher, lässt sich untersuchen. Pupillen reagiren gut. Keine Paresen, keine Sprachstörung; Tremor der Zunge kaum merklich. Patellarreflexe lebhaft. Keine Sensibilitätsstörung. Zeitlich orientirt. Exanthem abgeheilt, hinterliess Pigmentation.

21. Juni. In der letzten Zeit weniger ablehnend, doch entzieht er sich noch der Exploration. Spricht weniger vor sich hin, und gesticulirt nicht mehr so viel. Zeigt Interesse an den Spielen der anderen.

8. October. Beeinträchtigungsidenen und Eifersuchtsideen gegen seine Frau, habe ihn hereingebracht, um besser herumhuren zu können. Hallucinirt noch. Confabulirt auch spärlich.

22. November. Beklagt sich darüber, dass man fortwährend ihm vorwerfe, seine Frau sei eine Hure und die Mutter sei auch eine Hure gewesen und nun müsse er deshalb hier bleiben und dafür leiden. Bei Explorationsversuchen läuft er immer noch bald ärgerlich und schimpfend davon. Amüsirt sich oft über harmlose Vorgänge auf der Station und Aeusserungen anderer Kranker. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut.

15. Februar 1903. Unverändert. Verhält sich ganz ruhig, ist aber immer für sich, in Gedanken. Giebt jetzt etwas Auskunft. Weiss das Jahr, doch nicht Monat und Tag. Ungefähr über die Dauer seines hiesigen Aufenthaltes orientirt. Als Ursache bringt er verworrene Wahnvorstellungen vor, deren Zusammenhang mit seiner Unterbringung hier er aber nicht erklären kann. Er habe keinen Vater, seine Mutter sei eine Hure gewesen, er sei das uneheliche Kind. Sei adelig. Sein Vater sei ihm blind gehext worden von einem, der bei den Maurern mit ihm gearbeitet habe. Er müsse schon gegen 70 Jahre alt sein, giebt aber Geburtsjahr und jetziges richtig an, kann danach sein richtiges Alter nicht berechnen. Leugnet Stimmen zu hören, oder solche gehört zu haben. Confabulirt, er sei schon mit jungen Jahren in Indien gewesen in Begleitung der Kaiserin. Deutet an, dass er selbst der Kaiser sei, auf nähtere Fragen keine weitere Auskunft, sondern lehnt alle Antworten nun überhaupt ab, wolle nichts mehr sagen. Beim gewöhnlichen Sprechen stockt er und spricht verwaschen. Aufmerksamkeit und Auffassung gut. Merkfähigkeit reducirt. Weiss die abgelesene Zeit nach 3 Minuten nicht mehr genau.

26. März 1902. Er wäre in Indien als Missionar gewesen, habe alle evangelisch gemacht, die ganze Welt sei nun evangelisch. Sei dazu 18 Jahre auf die Schule gegangen und dann mit der Kaiserin gefahren. Erzählt, dass er hier jede Nacht fortwandere, um seine Wohnung aufzusuchen, er finde aber seine Frau nicht, sie müsse ausgezogen sein und so müsse er immer wieder zurückkommen, da er ja doch im Hemde sei. Wie er hinauskomme, wisse er nicht, es müsse doch irgendwo ein Thor sein, auch eine Leiter habe er immer und dann fliege er durch die Luft. Ref. werde sehen, dass er keine Nacht im Bett sei. Auch sein Nachbar sei heut Nacht fortgegangen, heut Morgen war das Bett leer. — Patient hat minimale Kenntnisse. Kann 3 mal 17 nicht ausrechnen, kommt in die Tausende. 3486 hat er nach 2 Minuten vergessen, Sebastopol reproducerit er nach 3 Minuten.

21. April 1903. Aeusserlich unverändert. In seinen Confabulationen ganz einförmig, bringt immer wieder dieselbe Geschichte von seinen nächtlichen Ausflügen vor. Hält sich ganz ruhig. Wechselnde Stimmung, bald vergnügt, bald finster blickend.

13. Mai 1903. Unverändert nach der Pflegeanstalt transferirt.

Dort war Pat. äusserlich geordnet und ruhig. Arbeitete unter Anleitung gut und geschickt. In Sprache und Gang verrieth er eine gewisse Schwerfälligkeit. Psychisch zeigte er einen gewissen Grad von Schwachsinn und bei längeren Unterhaltungen sprach er verworren, unzusammenhängend und unverständlich, doch waren immer seine Grössenideen daraus zu entnehmen, deren Inhalt ziemlich eintönig blieb: er sei adelig, mit dem Kaiserhause verwandt, das könne man an seiner würdigen Erscheinung und an seinen blauen Augen erkennen. Eine Aenderung trat nicht ein.

Status vom November 1904. Pupillen verhältnissmässig weit, gleich gross, reagiren prompt auf Lichtdifferenzen. Schwache Facialisparesis links. Zunge gerade ohne fibrilläre Zuckungen. Die Sprache ist schwerfällig, besonders bei schwereren Worten. Patellarreflexe beiderseits gleich und gut ausgeprägt. Geringer Romberg. Keine Sensibilitätsstörungen. Keine Ataxie. Blasen- und Mastdarmstörungen fehlen. Zeitlich ist Pat. unorientirt. November 1903. Ort: Kreuzburg, Krankenhaus. Giebt seiner Frau die Schuld, dass er so weit gekommen sei. Leichte Ermüdbarkeit. Ueber praktische Sachen, wie z. B. Invalidität und Markenkleben, ist er orientirt. Hallucinationen leugnet er ab, auch lässt sein Benehmen auf solche nicht schliessen. Er erzählt, er sei adelig, sei im Jahre 1871 nach Frankreich gekommen und dort von Napoleon Bonaparte mit Enkelchen angesprochen worden; es sei bei ihm auch die Probe gemacht, man habe ihm nämlich in der Gegend der Rippen Blut auf Seidenpapier abgezapft und dann gekocht, es habe süß geschmeckt. Süßes Blut haben aber nur die Adeligen.

Erzählt noch weitere verworrene Confabulationen.

Einige Zeit gehen [der psychischen Erkrankung also Gastritis mit Polyneuritis voraus, dabei schlechte Merkfähigkeit; Pseudotabes mit reflectorischer Pupillenstarre und Blasenstörungen. Bei der 2. Aufnahme ein kurzer deliranter Zustand, aber mit eigenthümlichen phantastischen und Grössenideen, von wenigen Stunden. In der Anstalt hier nur noch Tremor, Angst und Schweissausbruch. Dann eine freie Zeit ohne Einsicht, aber mit Defectsymptomen, Demenz, schlechter Merkfähigkeit und den körperlichen paralytischen Zeichen. Schliesslich Eintreten einer hallucinatorischen Psychose gleich mit Grössenideen, phantastischen traumhaften Confabulationen, Erinnerungsfälschungen und originären Ideen, daneben Giftfurcht, hallucinirte Bedrohungen und Beschimpfungen. Der Kranke bleibt erst lange Zeit ablehnend, gereizt, dann stumpfer; die Hallucinationen schwinden, die Grössenideen bleiben bestehen. Er ist ruhig, geordnet, arbeitet fleissig, ist aber dement, bei längeren Unterhaltungen verworren, unzusammenhängend und unverständlich. Die körperlichen Symptome sind bis auf eine geringe Facialis-Schwäche und schwerfällige Sprache geschwunden. Die Krankheit ist nun 4 Jahre alt und seit mehr als 2 Jahren ganz constant geblieben.

Wenn auch bei diesem Verlauf die progressive Paralyse, da auch

Lues wahrscheinlich vorliegt, nicht ausgeschlossen ist, so sind doch in den letzten Jahren keine für Paralyse charakteristischen Erscheinungen mehr aufgetreten, die Psychose nahm einen consequenten Verlauf, die Wahnideen erfuhren eine gewisse Verarbeitung; auch die Pupillenträgheit und die cerebralen Herdsymptome besserten sich jedesmal im Krankenhaus sofort oder verloren sich ganz; die Erkrankung setzte mit Gastritis ein und auch sonstige Zeichen des schweren Alkoholismus waren deutlich, so dass man also wohl berechtigt ist, hier von alkoholistischer Pseudoparalyse zu sprechen. Eine vollkommene Korsakowsche Psychose bestand auch hier nicht, nur Herabsetzung der Merkfähigkeit und mangelhafte zeitliche Orientirung.

Auf die Polyneuritis folgt später aber die Neuerkrankung mit dem kurzen deliranten Stadium (man sehe auch hier das gänzlich Atypische dieses „Deliriums“), dann die freie Zeit ohne Einsicht mit Defectsymptomen und schliesslich die hallucinatorische Psychose. Man könnte ja bei diesem Verlauf an hallucinatorischen Schwachsinn denken, sicherlich hat diese Art der Entstehung etwas Eigenartiges und Besonderes, aber mit den oben beschriebenen hat diese Psychose nichts zu thun, sie kann auch als „hallucinatorischer Wahnsinn“ gar nicht bezeichnet werden, sie geht in einen Defectzustand aus mit Beibehaltung der Grössenideen und einer gewissen Verworrenheit bei geordnetem äusseren Verhalten, hat also auch im Verlauf wie in den Symptomen die grösste Aehnlichkeit mit einer Form der Dementia paranoides.

Mehr wieder den toxicischen nahe steht Fall 14.

14. Viktor Schm., Kaufmann, 38 Jahr, aufgenommen 20. August 1900. Vater gestorben an Schlaganfall im 69. Lebensjahr, Onkel soll in einer Anstalt gewesen sein. Mehrere Brüder Potatoren und Verschwender. Patient war früher gesund, hat mehrmals vorübergehend an Platzangst gelitten. Schon seit dem 18.—19. Jahre viel getrunken, in den letzten Jahren besonders stark; sehr heruntergekommen. Versah vorübergehend eine Stellung, trank aber und wurde entlassen. Juli 1900 in's Krankenhaus. Anfangs erregt, hatte opt. Hallucinationen, sah die Schwester als Prinzessin an. Dann gerieth er in den jetzigen Stuporzustand, war interesselos. 20. August. Fettreicher Mann, Muskulatur relativ weniger ausgebildet. Gesichtsausdruck müde, schlaff. Links Facialisparesis. Pupillen reagiren prompt. Tremor der Hände und Zunge. Sprache frei. Patellarreflexe erheblich gesteigert. Sensibilität an den unteren Extremitäten herabgesetzt, spitz und stumpf werden nicht immer unterschieden. Patient liegt ruhig, stumpf im Bett, nimmt anscheinend keinen Anteil an der Umgebung; er weiss, dass er in der Irrenanstalt ist, macht sich aber keinerlei Gedanken über Grund und Zweck dessen. Sei nicht krank, weiss nicht, weshalb er im Krankenhaus war. Ueber Vorleben leidliche Auskunft. Doch sind die Zeitangaben meist nur approximative, manchmal auch widersprechende.

Sei 4 Wochen im Krankenhaus. Zeitlich ungenau orientirt; ungefähr Ende August. Ueber die Ereignisse dieses Jahres kann er nichts angeben, weiss sich aber bei Erwähnung darauf zu besinnen, z. B. Transvaalkrieg, Ermordung des Königs von Italien etc. Nachts wenig geschlafen.

22. August. Vollkommen leer, apathisch, kein Bedürfniss sich zu beschäftigen, kein Interesse für die Umgebung. Glaubt schon wochenlang da zu sein. Weiss aber nicht recht, wo er ist. Sehr gedankenträge, giebt immer die nächstliegendsten Antworten. Sehr herabgesetzte Merkfähigkeit für Vorkommnisse. Schläft wenig. Verhält sich ganz ruhig, kann von seinen Schulkenntnissen nur wenig reproduciren, insbesondere aber sind ihm bemerkenswerthe Ereignisse der letzten Jahre unbekannt. Ueberlegt und combinirt mangelhaft. Zeitliche Orientirung höchst ungenau. Jahr weiss er nicht, Monat etc. nie. Oertliche Orientirung auch wechselnd. Confabulirt nicht.

10. September. Unverändert. Gänzlich unproductiv.

Allen Explorationsversuchen gegenüber ablehnend; dreht sich weg oder zeigt andere Zeichen der Ungeduld und Verlegenheit; versteht offenbar gar nicht den Zweck der Exploration; stellt Gegenfragen: „Wie viel denn die Wurzel aus 2442 sei?“ — Aufklärung weist er zurück, er sei gesund, brauche keine Untersuchung, werde sich draussen ein Gesundheitszeugniss ausstellen lassen. Kümmt sich um die Umgebung gar nicht.

24. September. Seit einigen Tagen ist Patient weniger stumpf, sein Gesichtsausdruck belebter. Gegen Exploration abweisender als früher, er wolle nicht belästigt sein. Heute bei der Exploration eines anderen plötzlich erregt: „Was denn das viele Fragen bedeuten solle, man soll doch die Menschen in Ruhe lassen. — Ob er hier zu befehlen habe? — Er sei Director der beiden Sprengstofffabriken und habe darüber zu wachen; nach § 175 des Sprengstoffgesetzes in Preussen. Er habe diese Function in allen Anstalten, in die er gekommen sei.“ Näheres giebt er nicht an. Das seien Geheimnisse. Er glaubt es anscheinend nicht, dass er im Krankenhause, dass Ref. Arzt sei. Hier sind keine Patienten, sondern leidende Menschen. Spricht offensichtlich mit grossem Selbstbewusstsein.

2. October. Hielt gestern einen Pfleger an und sagte ihn am Kragen fassend; „Sie sind der Betreffende, der mich um's Leben bringen will.“ Heut' will Patient nichts davon wissen, leugnet, sich bedroht zu glauben. Ferner abweisend, verbietet sich die Belästigung. Ref. sei kein Arzt; er sei hier Arzt. Im Uebrigen könne er König und Kaiser sein, das gehe Niemanden was an. Geräth in sehr starken Affect, droht aggressiv zu werden.

Der Arzt selbst sei krank. Was ihm denn fehle? es handele sich wohl um eine Alliceration oder Assimilation? Was das heissen soll, will oder kann er vielleicht nicht sagen. Stört die Exploration anderer durch dazwischen geworfene Befehle und Bemerkungen, das könne der Betreffende nicht wissen. Im Uebrigen habe er ihn mit Beschlag belegt, er sei schon angemeldet. — Es würde hier Verrath mit der Freiheit getrieben, er wolle entlassen sein. Abgesehen von diesen Zwischenreden äusserte er spontan und auf Fragen garnichts. Gesichtsausdruck ängstlich-gespannt. Offenbar erfüllt von ängstlichen Beein-

trächtigungsideen und falschen Vorstellungen über die Situation. Zum Baden aufgefordert, geräth er in heftige Erregung. Er lasse sich nicht anrühren, er schlage jeden nieder, im Bade sei schon so mancher erstickt. Giebt endlich an, er fühle sich hier nicht sicher; das sei hier eine Brutapparatanstalt, eine Mörderbude. Das Bett, in dem er liege, sei verpfändet; da dürfe kein anderer liegen, sonst würde ein Unglück geschehen. Mangelhafte Auffassung und Verständniss für die Vorgänge der Umgebung: Man lege doch keine Leute ins Krankenhaus, die sich den Arm selbst verbinden (mit Beziehung auf einen anderen Patienten). Ob er hallucinirt, ist nicht durch Fragen zu eruiren. Denkträchtigkeit anscheinend noch vorhanden. Pat. gähnt sehr häufig, sieht müde und gelangweilt aus.

Schläft gut. Isst genügend.

8c October. Heut etwas zugänglicher, antwortet aber stets in kurzen Worten. resp. Sätzen, häufig die Frage wiederholend, dabei abgelenkt, nicht bei der Sache.

Zeitlich unorientirt, Ort: Anstalt, weiss aber nicht was für eine. Sei vielleicht hier, um auszuruhen. Kein Krankheitsgefühl, kein Situationsverständniss; erkennt Ref. nicht als Arzt. Seine Aeusserungen sind vielfach inhaltlich verwirrt, es ist meist nicht möglich seinem Gedankengang zu folgen. So äusserte er, nach Stimmen gefragt: „Das sei eine Wissenschaft, mit der sich die pharmaceutische Gesellschaft in Berlin, Section VII beschäftige; Aerzte und Apotheker seien amerikanisch, die Wissenschaft sei universell, sei dunkel. Nähtere Erklärungen sind nicht von ihm zu erhalten. Pat. beginnt bisweilen in englischer oder französischer Sprache zu sprechen. Gefragt, warum er so kurz angebunden wäre, erwidert er: „das käme wohl von der Lage des Körpers, vielleicht sei auch der Boden oder das Bett daran schuld, das sei doch aus Eisen und da habe der daran haftende Rost Einfluss etc. Die Gedanken seien in der Gehirnmasse enthalten, das Gehirn sei an der Stirn verknotet; durch die Bettlage stiegen die Gedanken bis in den Magen hinab etc. Giebt bezüglich Hallucinationen zu, er könne sich mit Leuten draussen in Verbindung setzen, das beruhe auf der magnetischen Kraft der Stirn.“

10. October. Stimmung wechselnd: bald schroff abweisend, bald zugänglicher. Patient mengt viel fremdsprachige Worte und Sätze unter seine Antworten.

16. October. Stets mürrisch, verhaltener Gesichtsausdruck. Antwortet kurz in barschem, gereiztem Ton. Beziehungswahn, Grössenideen. Stets incohärent in seinen Reden: „Sei hier in einem Erziehungshause. Er müsse herauskommen, ohne dass sein Leben gefährdet werde. Wer gegen ihn sei, sei dem Tode verfallen. Er habe nach dem internationalen Recht den Rang eines Obersten. Als Adjutant des Directors der Explosivstofffabriken, unterstehe nur dem Kriegsministerium etc. Seine Sprache ist eine Geheimsprache, er könne darüber nur einem Beamten des Kriegsministeriums Auskunft geben“

20. October. Gleichgewichtsstörungen, glaubt auf einem Schiffe zu sein, befindet sich in einem rollenden Hause, er merke es an der Bewegung.

23. October. Seit gestern etwas freier. Hier sei die Anstalt auf der Ein-

baumstrasse, weiss aber nicht, dass diese eine Irrenanstalt ist. Ursache seines Aufenthaltes sei ihm unbekannt; sei nicht krank. Giebt jetzt zu, Stimmen zu hören, es sei wie beim Telephon. Wer viel telephonirt habe und auf elektrischen Bahnen gefahren sei, der habe die Fähigkeiten noch auf 46 Meilen weit zu hören; es müsse wohl eine Batterie im Kopfe sein. Schläft meist schlecht, ist aber ruhig, behauptet gut zu schlafen.

25. October. Zeitlich und über Dauer des Aufenthaltes noch unorientirt, schlechte Merkfähigkeit. In seinen meist zusammenhangslosen Aeusserungen kehren gewisse Ideen öfters wieder; er habe hier und in allen Anstalten das Recht der Ueberwachung, das Recht über Leben und Tod, nach dem geheimen Dynamitgesetz von 1884. Einzelne Stereotypien: Kneift ein Auge zu und legt 2—3 Finger der entsprechenden Hand an den oberen Augenhöhlrand. Aeussert keinen Wunsch, ohne Initiative.

31. October. Vor einigen Tagen sehr erregt, wollte fort. Bezeichnet die Anstalt immer anders: sie könnte eine chemische sein, eine Sicherheitsanstalt; gestern, sie sei eine Reinigungsanstalt, er sei nur auf einen Tag gekommen, um sich zu reinigen. Confabulirt: er sei auf der Promenade von Geheimschutzeuten überlistet worden, weil er behauptet hätte, der Kaiser von Deutschland zu sein. Nähere Auskunft verweigert er, Ref. sei kein Untersuchungsrichter. Missdeutet auch einfache Vorgänge: Als ein Wärter einen kranken Knaben aufs Kloset setzte, drohte er aggressiv zu werden, er dulde nicht, dass man Kinder schlage, er sei die Gerechtigkeit selbst. Droht, wenn Ref. ihn nicht entliesse, würde das Haus in die Luft gesprengt werden.

6. November. Im Allgemeinen ruhig, apathisch, ohne Initiative, antwortet immer kurz und abgerissen, klagt über Seitenstechen, liess sich aber nicht untersuchen, sei selbst Arzt, habe in Leipzig studirt.

Confabulirt allerlei: er stände in Beziehung zu hohen Persönlichkeiten in Indien, wolle nach dorthin reisen, erwarte nur eine Depesche vom Consul von Rotterdam.

12. November. Hallucinirt noch: Telephon; verschiedene Stimmen. Inhalt indifferent; Literair; die Stimmen kämen von weit her, auch aus Indien. Schläft oft schlecht trotz Hypnotica.

28. November. Missdeutet die ärztlichen Untersuchungen. Ref. komme nur her, hebe die Bettdecken in die Höhe und treibe Schweinereien. Droht Ref. hängen zu lassen. Behauptet alle Geheimnisse zu kennen etc.

20. Januar 1901. Fernerhin indifferent, theilnahmslos. Spricht spontan nichts. Bei Exploration meist wührend, schimpft unflätig, droht aggressiv zu werden. Auch bei Untersuchungen anderer Patienten erregt. Dann kramt er seine Grössenideen aus, aber auch, wenn er zugänglicher ist, nur ungenügende Auskunft, meist Confabulationen von Grössenvorstellungen. Den Schluss eines Gespräches bildet meist ein Erregungszustand. Spricht ziemlich rasch, etwas gereizt, oft französische und englische Worte und Citate gebrauchend. Hatte eine Zeit lang Geschmackshallucinationen, glaubte in der Milch wäre Strychnin.

20. Februar. Wegen heftiger Erregungszustände allein gelegt bleibt er unverändert. Sitzt schon immer geladen, explosionsfähig da. Erzählt einmal

spontan ein delirantes Erlebniss, dass er heut Nacht im Todtenreich gewesen sei und viele Geister gesehen habe.

16. April. Desorientirende Phoneme: Fährt Ref. plötzlich an: Was, Sie sagen, ich soll geschnitten werden!

6. Mai. Pat. muss jetzt dauernd isolirt sein wegen der heftigen Wuthausbrüche bei Anwesenheit der Aerzte. Sonst meist ruhig, apathisch und lauernd. Selten Entlassungsdrang. Nahrungsaufnahme und Schlaf variiren. Erhält Hypnotica. Nach der Pflegeanstalt überführt.

Aus dortiger Krankengeschichte:

7. Mai 1901. Pat. ist orientirt, richtige Personenangaben. Sei gesund. Seither in Breslau in einer Anstalt wie hier 2—3 Monate. Die städtische Irrenanstalt sei es nicht gewesen. Nach Hallucinationen gefragt, wird er etwas grob: „er höre überhaupt keine Stimmen, das kenne er ja“; antwortet weiter ruhig über sein Vorleben, aber ungenau und unzutreffend. Potus zugegeben.

8. Mai. Ist ziemlich stumpf, äussert keinen Wunsch, scheint sich hier ganz wohl zu fühlen.

15. Mai. Sitzt stets auf demselben Platz, weiss nicht wie lange er hier ist, $\frac{1}{2}$ Jahr sei es wohl noch nicht, aber 3 Monate, oder 4 oder 8. Den Oberwärter will er aus London oder Paris kennen. Sehr reizbar. Nachmittag gegen einen Kranken, der ihn, weil er schrie, zur Ruhe verwies, mit einem Stuhl losgegangen, beruhigte sich bald, erinnert sich bei der Visite nicht mehr an die Erregung.

10. Juni. Oefters gegen den Arzt erregt und drohend gewesen, sonst stumpf, hält wenig auf sein Aeusseres, erwidert die Anrede meist freundlich.

9. bis 12. In der letzten Zeit keine Erregung gezeigt. Giebt die Hand, ohne sich auf eine Unterhaltung einzulassen. Gleichmässig stumpf.

1902. Unverändert. Meist stumpf und interesselos, kümmert sich nicht um die Umgebung.

Im Januar 1903 fieberhaften Lungenspitzenkatarrh, seit Ende Januar fieberfrei, erholt sich in den nächsten Monaten.

5. Mai 1903. Noch auf beiden Lungenspitzen Rasseln. Fieberfrei. Wunschlös. Geistig ohne Regung. Harmlos, ruhig, reinlich. Ende 1903 Pleuritis. R. Exsudat.

10. Februar 1904. Die alten Verfolgungsideen. Er äussert sie aber selten.

24. October. Körperlich dauernd gebessert. Geistig völlig unverändert. Schimpfte noch manchmal in Folge confuser Verfolgungsideen.

Ende 1904. Zeitlich desorientirt. Immer für sich, spricht spontan nie mit anderen. Spielt gut Schach, wird aber grob, wenn der Gegner einen Zug macht, der ihm nicht passt. Auch sonst sehr reizbar, besonders bei ärztlicher Untersuchung und Exploration. Bei Fragen droht er sofort aggressiv zu werden und ist darum nicht genau zu untersuchen. In seinem Aeusseren lässig und schmutzig, lässt den Speichel aus dem Munde fliessen. Haltung steif, Gesichtszüge schlaff, Ausdruck misstrauisch, hegt offenbar noch seine heftigen und ziemlich confusen Beeinträchtigungsideen. Hallucinirt jedenfalls noch

dauernd. Spricht glatt und geläufig; keine Stimmungsschwankungen. Kümmt sich nicht um die Umgebung, findet sich aber darin zurecht.

Die Psychose beginnt mit deliranter Erregung (sieht dabei die Schwester als Prinzessin an), dann folgt ein Stupor mit schwerer Beeinträchtigung der Denkfähigkeit und der Auffassung; Gedächtniss, Merkfähigkeit und Orientirung in der Zeit sind schlecht. Etwas freier geworden, bringt der Kranke eine Reihe confuser, phantastischer Grössenideen vor, zeigt unbestimmte Angst, aber auch ängstliche Beeinträchtigungsidenen, besonders in Folge mangelhafter Erfassung und Missdeutung der Umgebung, die übrigens immerfort wechselt. Fernerhin vorwiegend phantastische Confabulationen, aber auch Hallucinationen des Gehörs, vereinzelte des Geschmacks, Gleichgewichtsstörungen und delirante Visionen. Dabei immer spontan, ohne Production, apathisch, interesselos, aber bei Störungen ablehnend oder heftig gereizt, zu Wuthausbrüchen und Aggressionen geneigt. Seine Aeusserungen sind meist verworren, unverständlich, mit Fremdwörtern vermischt, die z. Th. in fremdem Sinne gebraucht werden. Auch nach Jahren noch ist er stumpf, unzugänglich, hallucinirt wohl noch, verräth in Misstrauen und Gereiztheit seine Beeinträchtigungsidenen. Die zeitliche Orientirung und das Gedächtniss immer noch defect; ohne Interesse für die Umgebung, nachlässig in seinem Aeussern. Anfangs bestanden die ausgeprägten körperlichen Symptome des chronischen Alkoholismus mit leichter Neuritis.

Zur Paralyse, an die man auch denken muss, fehlen die körperlichen Symptome, dann zeigt das Krankheitsbild keinerlei Schwankungen und auch keine Progredienz. Das Verhalten des Kranken ist durch die 4 Jahre ganz gleichmässig geblieben. Die charakteristischen Stimmungsschwankungen fehlen, der Affect, seine Ablehnung sind ununterbrochen die gleichen geblieben, niemals Euphorie! Die Grössenideen sind phantastisch, aber nicht so unsinnig und maasslos, wie die paralytischen, sind im Uebrigen auf einige spärliche, die sich eintönig wiederholen, beschränkt. Das Benehmen des Kranken wird durch wahnhafte Missdeutungen und Verkennungen beherrscht, was die ganze Zeit hindurch gleich bleibt.

Gegen einen katatonischen Stupor spricht das Fehlen eigentlichen Negativismus und sonstiger motorischer Erscheinungen, nur eine vereinzelte Stereotypie ist einmal aufgetreten, die vasomotorischen Reactionen waren unbehindert, es fehlten nur die spontane Regsamkeit. Es bestand aber keineswegs jene stumpfe Gleichgültigkeit, die den Katatoniker zwar Alles in der Umgebung richtig auffassen, aber scheinbar nicht beachten lässt, sondern der Kranke hier beobachtet erst gar nichts, dann betrachtet er Alles mit Angst und Misstrauen, er reagirt auf jede Anrede

mit heftigen Ausbrüchen, wird bei jeder Anforderung an seine Leistungsfähigkeit unwillig oder heftig. Er fasst aber auch ganz einfache Vorgänge der Umgebung offenbar falsch auf, er versteht nicht, was Alles zu bedeuten habe, und das gerade scheint mir ein Charakteristikum des vorliegenden Stuporzustandes zu sein neben anderen Defectsymptomen, die gegen Katatonie sprechen; der dauernden schlechten Merkfähigkeit und mangelnden Zeiteinschätzung, der Kranke giebt in der Pflegeanstalt an, hier 2—3 Monate gewesen zu sein und dort nach ein paar Tagen $\frac{1}{2}$ Jahr. Fernerhin den schlechten Gedächtnissleistungen, der Unfähigkeit zu Ueberlegung und Combination.

An die Korsakow'sche Psychose in deren stuporöser Form ist zu denken und zu ihr steht der vorliegende Zustand gewiss in enger Beziehung. In einer früheren Arbeit¹⁾ haben wir gezeigt und an einigen Beispielen ist es auch oben zu sehen, dass die stuporösen Formen der Korsakow'schen Psychose, also bei denen, wie erwähnt, eine starke acute Giftwirkung anzunehmen ist, neben Herderscheinungen auch psychische Complicationen des Korsakow'schen Complexes zeigen, in Störungen der Intelligenz, der Auffassung und Combination, die im vorliegenden Fall im Vordergrund stehen, während der eigentliche Korsakow'sche Complex hier nicht so ausgeprägt ist. Es besteht schon nicht die charakteristische Desorientirung; der Kranke weiss, wo er sich befindet, kann den Aufenthaltsort aber als Krankenhaus nicht erkennen, deutet ihn in wechselnder Weise um. Er weiss, woher er kommt, zeigt keine amnestischen Confabulationen, dagegen überwiegt der Stupor die gedankliche Leistungsunfähigkeit und erschwerte Auffassung; sobald er etwas freier ist, zeigt sich eine ganz andersartige Psychose. Dieser Stuporzustand schliesst sich nach den beschriebenen Charakteren m. E. jenen an, die Kraepelin unter seinen infectiösen Schwächezuständen schildert, denen die Herabsetzung der Merkfähigkeit, Gedächtnissausfälle und zeitliche Desorientirung ja auch zukommen und die, wie er dort erwähnt, zur Korsakow'schen Psychose in engen Beziehungen stehen. Kraepelin bezieht das zwar nur auf diejenigen Fälle polyneuritischer Psychose, die im Anschluss an Infectionskrankheiten entstehen, indessen die alkoholistischen, die doch nur durch die Vorgesichte unterschieden werden können, stimmen mit ihnen überein und auch darin stimmen sie überein, dass sie Uebergänge zeigen zu den anderen Formen toxischer, also auch postinfectiöser Erkrankungen.

Wenn die Giftwirkungen beim Alkoholismus und bei den Infectionskrankheiten in dem einen Fall, der Korsakow'schen Psychose, die

1) Chotzen, l. c.

gleichen Folgen zeitigen, so werden sie sich auch in der Aetiologie der anderen auf der gleichen Ursache beruhenden Formen begegnen. Wie bei den Infectionskrankheiten, so trifft ja auch beim Alkoholismus mit der allgemeinen Schwächung und Ernährungsstörung des Körpers ein specifisches, im Körper erzeugtes Stoffwechselgift zusammen; man nimmt bei allen Alkoholpsychosen an, dass nicht der Alkohol als solcher, sondern ein im Körper entstandenes Gift die Krankheiten hervorbringt, welches man nicht kennt, von dem man also nicht wissen kann, ob es nicht denen bei Infectionen nahe steht. Insbesondere bei der schweren acuten Polyneuritis mit dem ausgebreiteten und raschen Muskelzerfall finden wir die gleichen Bedingungen für die Entstehung von Psychosen, wie z. B. bei der vorgesetzten Phthise, bei Typhus und auch im Puerperium. Daraus erklärt sich die Beobachtung, auf die Bödeker zuerst und auch wir an genannter Stelle hingewiesen haben (l. c.) und die jedem, der viele polyneuritische Psychosen gesehen hat, bekannt sein wird, dass das acute Stadium in schwersten Fällen alcoholist. Polyneuritis, die bald tödtlich enden, zumeist ganz den Bildern bei schweren Infectionskrankheiten, den schweren „asthenischen“ Delirien und der Verwirrtheit gleichen. In überlebenden Fällen wird man daher nicht überrascht sein, hierher gehörige Psychosen bei der alkoholist. Polyneuritis zu finden. Wie also nach Infectionskrankheiten sowohl die „infectiösen Schwächezustände“ als auch die Korsakow'sche Psychose entstehen können, so bei der Alkoholintoxication ausser der Korsakow'schen Psychose auch jene Psychosen, die sich an infectiöse und erschöpfende Erkrankungen im engeren Sinne anzuschliessen pflegen, wofür unten Beispiele folgen werden.

Was nun speciell die stuporösen Formen der infectiösen Schwächezustände anlangt, so schildert Kraepelin auch bei ihnen neben dem Stupor die Anzeichen der Gehirnerkrankung, Lähmungen, Sprachstörungen, epileptiforme Krämpfe, wie wir sie in den oben beschriebenen Fällen alkoholischer Entstehung gesehen haben; desgleichen auch denselben Ausgang in geistige und gemüthliche Unfähigkeit, Apathie, Urtheilslosigkeit und Vergesslichkeit, wie besonders in Fall 12.

Zu diesen Formen bilden die einfachen stuporösen Formen der Korsakow'schen Psychose, in denen die Schwäche der Ueberlegung und Combination ausgeprägt und die Herdsymptome deutlich sind, jedenfalls schon den Uebergang.

Zu diesen infectiösen Stuporzuständen scheint uns also der obige Fall ein Analogon zu bilden, der einen von vornherein chronisch verlaufenden ungeheilten solchen Fall darstellt, wie sie auch bei anderer Entstehung nach Kraepelin nicht selten vorkommen. Damit möchten

wir auch in der Psychose eine chronische Form von der Art der post-infectiösen Psychosen sehen. Schon der Verlauf stimmt überein, erst die delirante Erregung, dann der Stupor, dann bei etwas mehr Klarheit eine Psychose, die, abgesehen von den Defectorscheinungen, in ihrer unbestimmten Angst, der Verkennung der Umgebung, dem Dahindämmern mit traumhaften Delirien, den phantastischen Confabulationen, den Gleichgewichtsstörungen u. a. deutlich an jene erinnert. Wir können also das Ganze einheitlich auffassen und haben nicht nötig, die Complication einer Korsakow'schen Psychose mit einer anderen anzunehmen, etwa mit dem „hallucinatorischen Schwachsinn“. Mit einer Hallucinosis hat die vorliegende Erkrankung ja gar keine Aehnlichkeit mehr, am allerwenigsten aber mit den oben unter jenem Namen genannten Endzuständen.

Unter ein einheitliches Krankheitsbild sind also die bisher betrachteten Psychosen nicht unterzubringen. In der Phantastik der Wahnideen, in den frühzeitig auftretenden Grössenvorstellungen, in einer gewissen Reizbarkeit, in der Entstehung nach alkoholistischen Anfangsstadien, sei es Polyneuritis, Korsakow'sche Psychose oder dement-sprechender Stupor, haben sie ja etwas Gemeinsames. Aber in den ersten Fällen die stürmischen Bilder der Verworenheit, Confabulationen blühendster Phantastik, Unsinnigkeit der Ideen und blödsinnigste Urtheilslosigkeit, in den letzteren dagegen chronische Bilder mit mehr gleichmässigem Verlauf und einem gewissen Zusammenhang in den Wahnideen. Doch auch da weitgehende Unterschiede. Bei 18 viel Hallucinationen, retrospective Erinnerungsfälschungen und originäre Ideen und eine gewisse geistige Verarbeitung zu einem, wenn auch lockeren Zusammenhang; dabei völlig klare Auffassung und Orientirung in der Umgebung, aber wenig Affect, Stumpfheit sowohl gegen die Verfolgungs- als die Grössenideen; Ausgang in eine Art Defectheilung. Im letzten Fall dagegen bei unklarer Auffassung und stets wechselnder Missdeutung der Umgebung vorherrschend abenteuerliche Wahnideen und Confabulationen, weniger Hallucinationen; heftige Affectausbrüche; Grössenideen, hier wieder phantastischer und zusammenhangloser, ohne jeden Versuch einer Erklärung oder Combination, aber auch eintöniger. Das Krankheitsbild ändert sich auch nicht weiter, insbesondere die Defectsymptome, die Leistungsunfähigkeit des Gedächtnisses und der Intelligenz dauern an und beherrschen also die ganze Psychose.

Ebenso unter sich wie mit den unserigen verschieden sind nun die erwähnten Fälle Klewe's¹⁾ (s. o.).

1) Klewe, l. c.

I. 41jähriger Briefträger. Polyneuritis mit Delirien schon mehrere Jahre vorausgegangen. Wieder erkrankt mit Neuritis, Abnahme des Gedächtnisses. Psychische Störungen beginnen mit Angst- und Gehörstäuschungen. In der Anstalt stumpf, apathisch; leidendes Aussehen, grosse Schreckhaftigkeit, Bewegungen langsam, Antworten erst nach längerem Besinnen. Tremor der Zunge, Pupillen eng, träge Reaction, Gang unsicher. Polyneuritis. Unsichere Angaben über Vorleben, besonders ungenaue Zeitangaben. — Sei in den letzten Wochen sehr schwach geworden, unruhig, ängstlich, „als ob die Leute aus kleinen Dingen grosse Geschichten machen wollten“. — Drängt fort, die Frau wolle ihn betrügen. Dann längere Zeit ganz stumpf, müde, „geistige Regsamkeit ist ganz geschwunden“. Zeitlich unorientirt. „Sehr matt und hinfällig.“ Nach einigen Wochen beginnen Hallucinationen, hört die Frau, sie werde von den Aerzten missbraucht; drohende und beschimpfende Stimmen. Allmäßige körperliche Besserung, gedrückte Stimmung schwindet, gehobenes Selbstgefühl. Heftige Erregungen, schliesslich Grössenideen. Viel Hallucinationen. Gedankenlautwerden, Essen ist vergiftet, Lymphe wird ihm eingespritzt. Eifersuchtsideen. Nach 8 Monaten Beruhigung, einzelne Wahnideen halten an, noch hin und wieder Gehörstäuschungen. Arbeitet aber, hält sich äusserlich geordnet. Ungenaue Erinnerung an die erste Krankheitszeit, im Uebrigen Gedächtniss gut.

Wie Schröder¹⁾ mittheilt, ist die Psychose ganz geheilt.

II. 49jähriger Trinker. Schwäche und Abmagerung der Beine, Arme kraftlos. So schwach, dass er kaum stehen konnte. Sprache lallend und undeutlich. Blühende Grössenideen, Herr der Welt, Herrgott, Kaiser, Christus und Alles. Gesichts- und Gehörshallucinationen, viel nächtliche Visionen. Werde vom „Nullkaiser“ verfolgt. Sehr aggressiv. Allmählich hebt sich der Kräftezustand. Die Wahnideen werden systematisirt, werde von den Freimaurern und Juden verfolgt. Stimmen durchs Telephon. Immer aggressiv gegen die Aerzte. Nach 5 Jahren Beruhigung, allmälig schwinden Hallucinationen und Wahnideen. Nach 7 Jahren völlige Heilung.

III. 37jähriger Trinker. In die Klinik wegen Magenkatarhs. Dort erkrankt. Wechselnde Stimmung, bald Lachen und Singen, bald Depression mit Selbstbeschuldigungen. Ebenso in der Anstalt Wechsel zwischen ängstlicher Erregung und kurzen ruhigen Pausen, zuweilen mit krankhafter Heiterkeit. Nach einer kurzen Entlassung ganz apathisch, blödsinnig, völlig theilnahmslos, unorientirt, Gedächtniss ganz geschwunden. In seinen Antworten verwirrt, zuweilen unverständliches Selbstgespräch. Onanirt öffentlich. Facialisparese rechts, Pupillendifferenz, schwerfälliger Gang, starker Tremor. Eine kurze hallucinatorische Erregung, sonst ruhig, gutmütig.

Nach 3 Jahren allmäßiges Erwachen, Erinnerungen kehren wieder. Einsicht in die umgebenden Verhältnisse. Körperliche Störungen zurückgegangen. Zuhause geordnet, arbeitsfähig, nur ab und zu reizbar.

Nach 8 Jahren wieder aufgenommen (nach Schröder). Hatte wieder

1) l. c.

getrunken, danach tobsüchtige Erregungen. Gleichgültig, ruhig, aber orientirt, ohne neuritische Störungen, Gedächtnisschwäche. Nach 3 Monaten Erregung mit phantastischen Angsvorstellungen, danach wieder schwachsinnig, heiter. — Nach 2 Jahren Besserung, anscheinend geheilt entlassen.

IV. 40jähriger Fischer, erblich belastet. Trinker, intolerant. Nach Alkoholgenuss häufig Stimmen. Eifersuchtsideen, verletzt seine Frau. In der Anstalt anfangs orientirt, theilnahmslos. Starker Tremor der Zunge und Hände, Kniereflexe erloschen. Starke Ataxie. Allmälig verwirrter, ängstliche Unruhe, drohende Stimmen, fürchtet umgebracht zu werden. Schwindel, Kopfweh, Flimmern vor den Augen. Sprache zitternd, mit Mitbewegungen. Pupillen eng. Nach einigen Monaten Besserung. Aber noch Eigenbeziehung, stumpfes apathisches Benehmen. Nach mehr als 2 Jahren verlieren sich die Gehörstäuschungen, „das Gedächtniss bessert sich“. Bekommt Krankheitseinsicht. Ist schliesslich genesen. Nach einigen Jahren, wie Schröder mittheilt, in der Reconvalescenz einer körperlichen Erkrankung wieder Potus und Rückfall. Gehörstäuschungen, Vergiftungsideen, erschlägt die Frau.

In der Anstalt lacht und spricht er viel vor sich hin, verschlossen, finster, später keine Hallucinationen, hält aber Wahneideen fest.

V. 58jährige Trinkerin und Landstreicherin. Kommt in Haft. Bei der Einlieferung Schwatzhaftigkeit und allgemeines Zittern. Nach einigen Wochen Erregung, schwatzte, war anspruchsvoll, unzufrieden, tobte. Beruhigung, dann Wiederausbruch der Unruhe, kommt 5 Monate nach ihrer Einlieferung in die Anstalt. Sehr schwach, kann nicht von selbst gehen; Zittern der Zunge und Hände. Unorientirt, spricht beständig verworren vor sich hin, will aus dem Bett, singt. Unsauber. Sehr gedächtnisschwach, kann die Namen ihrer Kinder nicht nennen. Nach einigen Tagen ruhiger, nach 14 Tagen orientirt, aber noch sehr gedächtnisschwach. Dauernd grosse Schwäche in Armen und Beinen, kann nicht allein essen. Druckschmerhaftigkeit. Alles bessert sich im Laufe der nächsten Wochen. Schmerzen im Unterleib, Tumor. Bei der Verlegung ins Krankenhaus besteht noch gewisse Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen, Gedächtniss hat sich gebessert.

Aus dem Krankenhaus nach Operation ganz geheilt.

VI. 37jähriger Förster. Unter zunehmender geistiger Schwerfälligkeit Krämpfe, Anfälle von Bewusstlosigkeit und Ohnmachtsanfälle. Träge reagierende Pupillen. Tremor der Zunge, schwerfällige, fast lallende Sprache, unsicherer Gang. Zeitliche Desorientirung, kann einfache Rechenaufgaben nicht lösen. In der Anstalt noch eine Zeit lang Schwindelanfälle, grosse Gedächtnisschwäche. Ofters spontan auftretende Erregungen. Allmälig Besserung, besonders der körperlichen Symptome, geistig besteht Urtheilsschwäche und Selbstüberschätzung fort. Draussen nach erneuten Alkoholexessen wieder Verschlimmerung. Delirante Angstzustände. In der Anstalt das frühere Bild. Wieder Besserung, die auch draussen anhält.

Von den Psychosen gleicht kaum eine der anderen und ebenso gleichen sie den unseren nur in gewissen Zügen, die auf die gemein-

same Pathogenese weisen. Alle zeigen die Symptome des schweren Alkoholismus, bes. die cerebralen Herdsymptome, z. Th. ausgebreitete Neuritis und auch in ihrem psychischen Bilde die Erscheinungen schwerer Toxinwirkung. Auch bei ihnen ist aber die Pathogenese wohl nicht einheitlich und bei einzelnen wirken sicher verschiedene Factoren zusammen; so sind mehrere Kranke schon im höheren Lebensalter, besonders bei Fall V kommt neben Senium und dem Abdominaltumor der Alkohol wohl am wenigsten in Betracht. In mehreren Fällen werden wir auch hier an die Formen der postinfectiösen Psychosen erinnert. Auf die körperliche Schwäche und Hinfälligkeit ist mehrmals ausdrücklich hingewiesen. So besonders im Fall II, wo die Entstehung, die deliranten Hallucinationen, die nächtlichen Visionen, die blühenden unsinnigen Größenideen am Beginn ein Bild liefern fast wie jene seltenen, der Paralyse ähnlichen Formen bei Typhus. Die Krankheit wird allerdings chronisch unter Systematisirung der Wahnideen, heilt aber noch nach Jahren.

Fall VI schliesst sich am engsten an unseren Fall 12 oben an mit der zunehmenden Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten und den Gedächtnissstörungen, den Herderscheinungen und den Ohnmachts- und epileptischen Anfällen, die übrigens Kraepelin auch bei postinfectiösen Stuporzuständen gesehen hat.

Im Fall III, im Anschluss an Magenkataarrh, acutes Bild, mit lebhaftem Stimmungswechsel und Angst, dann völliger stuporöser Blödsinn mit Unorientirtheit, Verworrenheit und Verlust des Gedächtnisses, also wieder Erscheinungen, welche den schweren postinfectiösen Stuporen zu kommen. Heilung nach Jahren. Wieder nach 8 Jahren ähnliches Recidiv.

Fall IV endlich giebt wieder eine hallucinatorische Erkrankung, von deren näherer Gestalt wenig mitgetheilt ist. Der Kranke ist erblich belastet, intolerant gegen Alkohol, es scheinen degenerative Factoren mitzuwirken. Deutlich ausgeprägt sind die cerebralen Herdsymptome. Nach 2 jährigem Bestehen tritt Heilung ein.

Eine der Hallucinosis ähnliche Form besteht auch im Fall I, das Anfangsstadium entspricht aber der Korsakow'schen Psychose auch nicht ganz. Sonst ist übrigens in keinem Falle eine solche ausgeprägt. Wenn man die Psychose als hallucinatorischen Schwachsinn bezeichnen will, so muss man sie wieder unterscheiden von den oben erwähnten Ausgangszuständen. Dagegen hat sie mit unserem Fall 5 in einzelnen Symptomen Aehnlichkeit, und auch in der Entwicklung aus einem Stadium mit Verfolgungsideen zu Größenideen; dabei die eigenthümlichen phantastischen Beeinträchtigungen, hier die eingespritzte Lymphe,

dort die abgezogene Natur; schliesslich Beruhigung, die Wahnideen bleiben theilweise bestehen; aber hier tritt Heilung ein, dort Ausgang in Schwachsinn. Der dortige begann acut mit grosser Angst, ihm fehlten die neuritischen Zeichen, ebenso wie die körperliche und geistige Schwäche, er entwickelte eine mehr systematisirte Wahnbildung. Hier aber eine allmähliche Entstehung, erst ängstliche Eigenbeziehung, dann ein langer stuporöser Zustand, in dem besonders hervorgehoben ist das Schwinden der geistigen Regsamkeit und die körperliche Schwäche, „sehr matt und hinfällig“ (also nicht das einfache Bild der Korsakowschen Psychose). Aus diesem Stupor heraus entwickelt sich erst die hallucinatorische Psychose, für deren 1. Phase die Rückerinnerung mangelhaft bleibt.

Es ist also fraglich, ob man diese beiden Fälle vereinigen darf. Sie würden dann aber gegenüberstehen den anderen Formen des hallucinatorischen Schwachsins mit ihrem eigenthümlichen, intermittirenden Verlauf. Hier zeigen die Bilder eine constantere reguläre Entwicklung, nur mit eigenthümlichen phantastischen Verfolgungs- und Grössenideen, und heilte in dem einen Falle mit Hinterlassung eines Schwachsins, im zweiten ganz aus. Die verschiedenen Ausgänge könnten aber auch hier verschiedenen Formen entsprechen, nicht nur der Ausgang im letzteren Fall, auch seine Entstehung nähert ihn den postinfectiösen Erkrankungen.

Wie ähnlich solche den hallucinatorischen Krankheitsbildern sein können, wie sie zugleich auch Züge aus der Kraepelin'schen Schilderung des hallucinatorischen Schwachsins tragen, mag folgender Fall zeigen, in dem der Alkohol zwar mitwirkt, der aber nach Erysipel ausbricht und die Charaktere der postinfectiösen Schwächezustände deutlich trägt.

15. Adolf N., Tischlermeister, 45 J., aufg. 26. Januar 1899.

Keine Heredität. Potus, für 10—15 Pfg. Schnaps täglich.

Schon Ende December schlaflos, unruhig in Folge geschäftlicher Erregungen.

10. Januar 1899. Erysipel des Gesichts, das sich später über den Kopf ausbreitet. Viel Alkohol äusserlich und innerlich. Am 2. Tage schon ängstlich, „komisch“ im Kopf, am 5. Tage irr, wurde unruhig, wollte mit dem Dampfer fortfahren, ängstliche Gesichtshallucinationen: Einbrecher, Blitze, es werde von oben Pfeffer heruntergesiebt etc., Angst, er werde bingerichtet werden, habe Menschen gemordet. Suicidversuche. Auf der Höhe der Angst Verkenntung der Umgebung und seiner Angehörigen; sonst orientirt.

Bei der Aufnahme leicht collabirt. Puls sehr beschleunigt, klein. Apathisch, schlaff, benommen; murmelt ab und zu etwas leise vor sich hin. Unorientirt. Ganz unklare Zeitvorstellung. Traumhafte Delirien. Ab und zu An-

fälle von grosser Angst, es brenne, das Haus stürze ein. Einmal geht er aus dem Bett und will einen Pfleger mit dem Spucknapf schlagen, nachher nur unklare Erinnerung dafür. Allmälig etwas freier, hallucinirt massenhaft, Beschimpfungen und Bedrohungen; vertheidigt sich. Misstrauen, will nicht essen. Gleichgewichtsstörungen, man solle ihn doch mit dem Hause nicht fortfahren, behält sich, dass er in der Irrenanstalt ist. — Pupillen sehr eng, starr, nach einigen Tagen erweitert sich die linke etwas, reagirt minimal. Leichte Fac.-Schwäche 1., Zunge gerade, zittert nicht. Geringer Tremor der Hände, lebhafte Sehnenreflexe und gesteigerte Muskeleregbarkeit, Puls klein, 120.

5. Februar. Zwei Tage viel geschlafen. Zeitlich ungenau orientirt. Giebt gute Auskunft. Nachts noch ängstliche Ideen und Hallucinationen, Krankheitsbewusstsein, grosses Schwächegefühl, Kopfschmerzen.

10. Februar 1899. Langsame Erholung, noch schlechter Schlaf, leicht ängstlich, macht sich Selbstvorwürfe, die anderen litten durch ihn u.a. Leugnet Hallucinationen. Isst gut.

Im Laufe des Febr. wieder anfallsweise auftretende Angstzustände mit Hallucinationen, Kleinheits- und Verfolgungsideen und Missdeutung der Umgebung. Hört die Frau schreien, sie werde misshandelt. Er schade den anderen Kranken, sei am Tode des Kaisers schuld, habe seine Familie ruinirt, deswegen werde er hier festgehalten. Werde hier hinausgeworfen werden, sei obdachslos; Familie im Armenhaus etc. Man solle ihm die Wahrheit sagen, es werde hier Komödie gespielt, es seien hier gar keine Kranke. Hypochondrische Vorstellungen, der Darm sei zugewachsen. Dazwischen auch wieder freier, besonders aber Nachts Angst. Leicht ermüdbar. Grosse gemütliche Reizbarkeit, weintleicht, schlechte Merkfähigkeit.

März. Weiterhin reichlich hallucinirend, überwiegend acustisch, Beschimpfungen und Drohungen, man wolle ihn hier fortschaffen, er sei im Wege, die Betten werden gebraucht. Selbstvorwürfe, er sei ein Tagedieb, Säufer etc., habe eine schlechte Krankheit, Angstvorstellungen: Frau und Kinder werden missbraucht und misshandelt, seien hingerichtet; seinetwegen müssen so viele Menschen hingemordet werden; anderemale wieder erregt, man solle ihn fortlassen, weshalb man ihn gefangen halte, man solle den Unfug enden und die gesunden Leute alle hinausschicken. Man habe ihm eine andere Frau zugeheilt, habe ihn von der ersten geschieden. Phantastisch; fragt die Frau, was man denn mit seinem Leichnam gemacht habe. Noch traumhafte Delirien, er habe das Fest veranstaltet, wo die Irren alle soviel gegessen und getrunken haben. Beständig in einer Art traumhaften Bewusstseinszustandes mit mangelhafter Merkfähigkeit für die Vorgänge. Bei Aufklärung blitzt ihm häufig vorübergehend etwas Situationsverständniß mit einer Art Einsicht auf. Liegt oft versunken, wie träumend da. Confabulirt, er sei bisher jeden Tag draussen bei seiner Arbeit gewesen.

April. Weiterhin gleich. Isst nicht, er sei überflüssig, er müsse ja doch ins Wasser gehen. Geht viel aus dem Bett, er werde gerufen. Die Pfleger raunen sich Geschichten zu, es müssten daheim wüsste Orgien gefeiert werden, man habe ihn betäubt und photographirt und Ansichtspostkarten davon ver-

breitet; möchte nicht lesen, was über ihn in der Zeitung stehe, bittet um Verzeihung für seine schändliche Aufführung; es werde nicht mehr Tag und Nacht, daran sei er auch wohl schuld. Alles sei verändert, die Zimmer liegen anders. Eigenbeziehung: Vertheidigt sich gegen Schimpfereien anderer, bittet um Gift, drängt hinaus, er müsse die Welt von sich befreien. Galgenhumoristisch, es gehe ihm gut, er brauche nur Gift oder eine Pistole. Mitunter heftig erregt. Schläft etwas besser.

Ende Mai. Fortschreitende Besserung, keine Angst und Selbstmordideen mehr. Isst gut. Gewichtszunahme.

Juni. Aufdämmernde Einsicht, corrigirt seine Wahnvorstellungen, aber noch leichte Selbstvorwürfe. Drängt auch sehr fort. Dauernd gut orientirt. Pupillen reagiren gut, gleichweit.

Ende Juni gute Krankheitseinsicht, aber ganz unklare Erinnerung, kann nur summarisch Auskunft geben. Viel desorientirende Phoneme. Sah viel ekelhafte Dinge, Koth und Gift im Essen, die anderen zogen sich Stücke Haut ab, drückten sich Eiterbeulen aus etc.; habe alle Vorgänge auf sich bezogen. Glaubte, es brenne, der Fussboden war so heiß. Das Ganze komme ihm wie ein Traum vor. Ausserhalb der Angst will er die Umgebung zumeist erkannt haben. Gemüthlich noch etwas erschöpfbar.

29. Juni gebessert entlassen. Gewichtszunahme $7\frac{1}{2}$ kg.

Später ganz gesund geworden, hat sich wiederholt hier vorgestellt.

Viel beschäftigter, tüchtiger und gesuchter Meister.

Erst also lebhafte ängstliche Delirien, dann Benommenheit (dabei träge Pupillenreaction und Facialisparese), dann eine mehr hallucinatorische Psychose, in der aber die unklare Auffassung der Umgebung, die Merkfähigkeitsstörung, gemüthliche Erschöpfbarkeit, die Ermüdbarkeit, die traumhaften Delirien und die mangelhafte Erinnerung die Erkrankung als zu den infectiösen Schwächezuständen gehörig charakterisiert. An den hallucinatorischen Schwachsinn erinnert die Entwicklung aus einer delirant verworrenen Phase; dann Remission, Orientirung und Krankheitsbewusstsein; und in der ferneren mit anfallsweisen Angstausbrüchen beginnenden Phase phantastische Verfolgungsideen und abenteuerliche Vorstellungen.

Denkt man sich nun einen protrahirteren Verlauf und nimmt an, dass in dem einen Fall die Defectsymptome, im anderen die hallucinatorischen überwiegen können, so würden wir Bilder bekommen wie oben unser Fall 14 und andererseits wie die Fälle IV und I von Klewe, mit denen allen der vorliegende deutliche Ähnlichkeit hat.

Neben diesen hallucinatorischen Formen haben wir ferner unter dem Bilde der Pseudoparalyse kennen gelernt 2 Fälle, die sich in der Ähnlichkeit mit gewissen Bildern der Dementia paranoides begegneten, der eine nach einer Hallucinosis, wobei die Pseudoparalyse durch Arteriosklerose veranlasst war, der andere nach Polyneuritis und kurzem

Delirium. Ferner schwere Formen der Korsakow'schen Psychose mit ihren verschiedenen Herdsymptomen, aber schon complicirt mit psychischen Defecterscheinungen, wie sie den sonstigen toxischen, speciell den stuporösen Formen der postinfectiösen Psychosen eigenthümlich sind. Dabei einmal eine Psychose, die den senilarteriosklerotischen nahesteht. Andere näherten sich den postinfectiösen Stuporen noch mehr als der Korsakow'schen Psychose. In den complicirenden verschiedenen Geistesstörungen möchten wir zum Theil Gegenstücke zu verschiedenen postinfectiösen Psychosen sehen, zumal alle geheilt sind. Natürlich stimmen sie mit ihnen nicht genau überein, denn beim Alkoholismus kommen eben mehrfache pathologische Momente zusammen, neben der Intoxication die erschöpfende Wirkung der chronischen Stoffwechselstörung, die in der Alkoholkachexie auch auf körperlichem Gebiete zur hochgradigsten Abmagerung und Erschöpfung führt, ferner präsene Involutionserscheinungen, insbesondere Arteriosklerose, sonstige Gefässdegeneration und schliesslich kann man bei Alkoholisten auch die degenerative Anlage nie ganz ausschliessen. Dadurch werden natürlich die Bilder complicirter. Auch sind protrahirtere und chronischere Krankheitsbilder beim Alkoholismus gerade zu erwarten. Die Psychosen entstehen durch die Anhäufung der Giftstoffe allmälig; wir finden in fast allen Fällen von lange vorausgehender Abnahme der Merkfähigkeit und der sonstigen geistigen Leistungsfähigkeit berichtet. Sie sind weniger abgeschlossen, zeigen mehr ein chronisches Wachsen und Verlaufen. Die Infectionskrankheiten aber brechen acut herein, sie treffen auf ein bisher gesundes Individuum, das nach Aufhören der Gifterzeugung zumeist eine grössere Restitutionsfähigkeit haben wird als der durch lange Zeit vorher geschädigte Organismus des siechen, frühzeitig gealterten Alkoholisten. Dass trotz völliger Abstinenz die Erkrankungen fortschreiten, kann nicht gegen die alkoholistische Entstehung sprechen. Wir sehen öfter in der Anstalt den Process fortschreiten und sich ausbreiten, noch gut erhaltene Muskulatur im Verlauf von Wochen und Monaten auf's Aeusserste atrophiren, Kranke noch nach Monaten ohne Auftreten einer Complication zum Tode kommen. Die vorliegenden Stoffwechselstörungen sind doch wahrscheinlich abhängig von chronischen, oft bleibenden Organveränderungen, Es ist also ein chronischer Verlauf alkoholistischer Psychosen nicht wunderbarer, als nach einer Influenza von wenigen Tagen eine schwere stuporöse Verwirrtheit von halbjähriger Dauer. Andererseits ist begreiflich, dass nach Infektionskrankheiten seltener solche Verlaufsformen auftreten, denn gerade bei den chronischen Infectionen, wo die Bedingungen am ähnlichsten der schweren Alkoholintoxication sind, wie bei der Tuberculose, gehört die Psychose den End-

stadien an und endet immer tödtlich (im Puerperium dagegen findet man ähnliche Verlaufsarten); bei den acuten Infektionskrankheiten gleicht sich die Störung rascher aus, wenn der Kranke überhaupt am Leben bleibt. Protrahirt sich auch hier einmal die Psychose, was besonders nach Typhus vorkommt, so ähnelt das Bild ganz auffallend gewissen polyneuritischen Erkrankungen und charakteristisch ist, dass auch hier durch die cerebralen Herdsymptome genau das Bild der Pseudoparalyse entsteht. Einen solchen Fall hat Förster¹⁾ kürzlich unter dem Titel einer Dementia paralytica mit Ausgang in Heilung veröffentlicht. Die Ausgleichung der Störungen bedürfte hier bis zur völligen Heilung fast ein Jahr. Neben den cerebralen Herdsymptomen sind die Aufmerksamkeits-, Merk- und Denkstörung und die grosse Ermüdbarkeit stark ausgeprägt, von der Psychose, die leider nicht unter fachärztlicher Beobachtung verlief, werden berichtet: Delirien am Beginn, dann Stupor, Apathie; im weiteren Verlauf nur Eigenbeziehung, der Kranke glaubt sich veracht und verspottet. Andeutungen von neuritischen Erscheinungen waren hier auch in den bei angestrengten Bewegungen auftretenden Crampi vorhanden. Ausserdem Romberg und Ataxie.

Umgekehrt nun finden wir auch beim Alkoholismus die acuten Krankheitsformen dieser Gruppe. Dass bei schwerer Polyneuritis ähnliche acute Stadien vorkommen, ist oben schon erwähnt. Sie enden meist tödtlich.

Im folgenden Fall aber finden wir die alkoholistische Polyneuritis in Verbindung mit einer Psychose, die man nur mit dem Collapsdelirium vereinigen kann.

16. Wilhelm K., Hutmacher, 50 Jahre. Aufnahme 5. Januar 1899. Keine Heredität, früher nie krank, trank sehr viel, häufig betrunken. Vor 2 Jahren ein Unwohlsein mit Delirien. Seit mehr als 12 Wochen jetzt krank. „Magen-Darmkatarrh und Herzleiden.“ Ass sehr wenig, trank aber weiter, konnte nicht mehr ordentlich gehen. Begann gestern viel zu sprechen, immer dasselbe: „Was machst Du?“ etc., „ich bin krank“, „ich bin krank“ etc. Glaubte in einem gespiegelten Mantel eine Nonne zu sehen, im Winkel den Tod, der wolle ihn holen, sprang aus dem Bett, zupfte an den Gardinen. Sah einen Mann im Zimmer, sagte, die Frau habe sich schon einen anderen angeschafft. Schrie fortwährend laut.

6. Januar 1899. Ungenau orientiert. L. Pupille > R. nur ganz schwache Lichtreaction; Facialisparesis L. Zunge gerade, belegt; lebhafte Patellarreflexe; Patellarclonus beiderseits angedeutet. Tremor der Hände. Gang taumelig. Sensibilität nicht zu prüfen, leichter Romberg. Ueber der rechten Lungen spitze geringe Dämpfung, Schnurren und Rasseln. Herztöne rein, Puls klein,

1) Förster, Dementia paralytica mit Ausgang in Heilung nach Typhus. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie. 16.

sehr leicht unterdrückbar, 102. Patient ist schwer fixirbar, abgelenkt, hallucinirt anscheinend viel, man schimpft und ruft ihn, „es schwebt ihm allerlei vor“. Ängstlich, blickt scheu auf einen Punkt der Decke, schreit von Zeit zu Zeit laut auf, giebt nicht an, warum oder sagt, er habe geschrien, weil der Andere geschrien habe. Das Schreien wiederholt sich in kleinen Pausen, auch die Nacht hindurch. Nähtere Auskunft über seine Hallucinationen ist nicht zu erhalten, auch nicht über Personalien etc. Macht allerhand verworrene, wahnhaft Andeutungen, er sei schon tot; es müsse etwas los sein, dass man ihn nicht verhört habe. Betrachtet verständnisslos und angstvoll die Umgebung, missdeutet sie auch jedenfalls. Die Angst steigert sich anfallsweise auf äussere Anlässe, Thüröffnen etc. und auf Hallucinationen hin. Wehrt ängstlich in die Luft ab: leugnet auf Befragen derartige Handlungen ab, ruft aber dann oft den Arzt an, er wolle gestehen, wolle sagen, was los sei, lehnt es jedoch sofort wieder ab. Verkennt Personen. Bleibt im Bett. Bei der körperlichen Untersuchung allerhand unzweckmässige, ungeschickte Bewegungen, wie im schweren Delirium. Patient giebt zu, viel Schnaps getrunken zu haben, habe schon einmal das Delirium gehabt, glaubt hier gewesen zu sein. 7. Januar 1899. Kroch Nachts unter die Betten, das Schreien hält heute ununterbrochen an. Herzthätigkeit verschlechtert sich unter collapsartiger Schwäche, Puls kaum fühlbar. Macht heute viel eintönige Bewegungen, massirt z. B. seine Beine, rollt die Decken zusammen und wirft sie unruhig hin und her und Aehnliches. Gefragt wozu? „Na so gerne“. Erkundigungen lehnt er ab oder lacht nur. Auf Befragen giebt er einmal an, in der Irrenanstalt zu sein. Zeitlich unorientirt. Isst gut. Mit Koth unrein. — 9. Januar 1899. Puls noch schlecht. Starker grobschlägiger Tremor der Hände; Sprachstocken, Stammeln und Tremoliren. Viel delirante Erscheinungen: „im Nebenzimmer wird Hochzeit gefeiert“ etc. Verbigerirt einzelne Worte, z. B. „Was ist los?“, sie immer lauter und lauter hinausschreiend. Groteske und manirirte Bewegungen und Mienen. Spontane Aeusserungen incohärent: „Es handelt sich nämlich darum, dass nicht etwa schlechte Milch zusammenkommt. Erlauben Sie mal. Wo hat die Nadel gesteckt? Hier. Na, es hat sich die Sache schon wieder gedreht.“ Auf Fragen meist gar keine oder verkehrte Antworten. „Wie lange sind sie schon in Breslau?“ Misst mit dem Rand der Decke ein Stück an seinem Bein ab und zählt 1, 2, 3, 4 und so fort. Völlig unorientirt. — 10. Januar 1899. Heute Nachmittag wieder ein Schwächezustand. Eine Zeit lang still, fragt, wo er sei? Nachher wieder, wie vorher, unruhig. Zerfahrenheit und grosse Erinnerungsschwäche; kann die einfachsten Aufgaben nicht rechnen, nicht Zahl und Namen der Kinder nennen, er wäre in Breslau und bei Brieg. Delirirt noch lebhaft. Decken seien Stoff zu einem Rock, sieht darin ein Kind, spricht es an; sei gestern bei einem Begräbniss bei Brieg gewesen, sehe da in den Decken auch das Begräbniss. Unruhig, geht viel ausser Bett. Giebt Stimmen und optische Hallucinationen zu. Immer noch ängstlich, misstrauisch, missdeutet alles im ängstlichen Sinne.

11. Januar 1899. Die ganze Nacht delirant, nach der Thür drängend, er wolle in die Kirche etc. 12. Januar 1899. Stiller, schreit seltener, verbige-

rirt auch weniger. Immer noch abgelenkt, lässt sich die gestellten Fragen wiederholen, wird aber in der Antwort immer wieder abgelenkt. Die Wochentage zählt er auf, Sonntag, Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag 20., 21., 22. etc. Mit grosser Anstrengung liest er grossen Druck, aber mit deliranter Lesestörung:

Beilage == Breslauer,
Dank == Detail.

Merkfähigkeit schlecht. Nebukadnezar nach 1 Min. vergessen, glaubt es in „Sebastopol“ wiederzuerkennen. Seither stets unorientirt. 15. Januar 1899. Lag in den letzten Tagen benommen im Bett, hantirte nur in deliranter Weise mit seinen Decken, sprach ab und zu leise vor sich hin. Auf lauten Anruf blickt er befremdet auf, antwortet mit lallender, schwer verständlicher Sprache. Trotz wiederholten Campher- und Digitalisgebrauchs bessert sich der Puls nicht. 20. Januar noch benommen, delirant, manchmal jetzt örtlich orientirt. Verkennt Personen im Sinne seiner gewohnten Umgebung. 22. Januar. Keine Auskunft, misstrauisch. Wer denn Ref. sei und weshalb er ihn immer ausfrage? 27. Januar. Patient wird geordneter, merkt sich, dass er in der Irrenanstalt ist, erkennt den Arzt als solchen. Zeitweise noch immer delirant. Puls und Ernährung heben sich langsam. Bleibt beim Exploriren jetzt mehr bei der Sache. 30. Januar. Weiterhin Besserung. Erinnert sich an sein anfängliches Schreien; weiss nur anzugeben, dass er Angst gehabt habe, sonst keinen Grund. Aufmerksamkeit noch sehr schlecht, rechnet jetzt gut, bei grösseren Aufgaben versagt er noch. 5. Februar. Dauernde Orientirung und Situationsverständniss. Entlassungswunsch. Giebt häufig noch Antworten auf Fragen, die an andere gerichtet sind. Noch schlechter Schlaf. Körperlich noch schwach. Spitz und stumpf werden an der Vorderseite der Unterschenkel nicht unterschieden. Schmerzempfindung dort herabgesetzt. Patellarreflex lebhaft. L. Pupille > R. — 17. Februar. Ganz spärliche Erinnerung, aber Einsicht für die Art und Ursache der Erkrankung. Jetzt guter Schlaf und Appetit. Puls noch klein und schwach.

19. April. Seither geordnet. Spitz wird im Bereich der Vorderseite der Unterschenkel und Fussrücken zumeist als stumpf angegeben. Motorische Kraft der Fussheber gering. Fuss spitzen kleben am Boden. Patellarreflex lebhaft. Temporale Ablassung der Sehnerven. Keinerlei Defekte des Gedächtnisses und der Intelligenz. Merkfähigkeit noch wenig herabgesetzt. Gewichtszunahme $15\frac{1}{2}$ kg.

27. April 1899. Bis auf vorstehende Residuen geheilt entlassen.

Nach langem schweren Potus stellt sich also ein Magen-Darmkatarrh ein mit grosser körperlicher Erschöpfung, und eine Psychose, deren acutes Stadium etwa 3 Wochen dauert; neben deliranten Sinnes täuschungen motorische Unruhe, Stereotypien, Angstzustände, Verwirrenheit, bei vollkommener Verkennung der Aussenwelt schwere Beeinträchtigung der Orientirung, des Gedächtnisses und der gedanklichen Thätigkeit überhaupt, also die Charakteristika des Collapsdeliriums.

Nach 3 Wochen langsame Erholung, es bleibt die Orientirung bestehen. Jetzt zeigen sich die Erscheinungen der Polyneuritis, mit noch leichter Herabsetzung der Merkfähigkeit, ohne sonstige Symptome der Korsakow'schen Psychose. Die Polyneuritis verbindet sich also hier mit einem Collapsdelirium und als Ursache dieses wird man den Alkoholismus mit ebensolchem Recht anzuhuldigen müssen, wie in den Fällen Korsakow'scher Psychose, denen Darmkatarrh vorausgeht, was nicht selten ist. Führt man aber die Psychose allein auf die Gastroenteritis zurück, die doch ihrerseits wieder vom Alkoholismus abhängig ist, so beweist der Fall eben, dass der Alkohol die schweren Organveränderungen und Stoffwechselstörungen erzeugt, die solchen Psychosen zu Grunde liegen und man wird in anderen chronischen Fällen ihm dieselbe Wirksamkeit zuerkennen müssen für die entsprechenden chronischen Geistesstörungen.

Den leichteren Formen infectiöser Schwächezustände entspricht etwa nachfolgendes Bild.

17. Oskar S., Arbeiter, 59 Jahr, aufgenommen 5. October 1899.

Früher gesund, seit zwei Jahren ausser Arbeit, „konnte auf den Beinen schlecht fort“, öfters schwindelig. Sehr starker Trinker, kam fast täglich Abends betrunken nach Hause (nach eigenen Angaben 60—70 Pf., Alles durcheinander). Ins Armenhaus gebracht, wird er wegen Delirien nach der Anstalt verlegt. — Sehr abgemagert und völlig kraftlos, kann sich nicht auf den Beinen halten, kann die Füsse nicht vom Boden heben. Liegt apathisch da, benommen; angerufen, giebt er mit lallender, stockender Sprache eine Antwort mit sichtlicher Anstrengung. Weiss, dass er im Krankenhaus ist, sonst unorientirt, kann über Vorleben keine Auskunft geben, producirt immer nur Bruchstücke, es geht ihm Alles durcheinander, neben richtigen Antworten völlig verkehrte; sehr unaufmerksam, fasst auch schwer auf, versteht oft den Sinn der Fragen nicht. Kann nicht sagen, woher er kommt, sei durch einen Irrthum hier, habe sich verlaufen. Starker Tremor der belegten Zunge und der Hände. Lebhafte Reflexe und Muskelregbarkeit. Schmerzempfindung an beiden Unterschenkeln herabgesetzt, leise Berührungen werden nicht gefühlt, spitz und stumpf nicht unterschieden. Verstreute bronchitische Geräusche in der oberen Lungenpartie, sonst innere Organe frei. Macht mehrfach eintönige rhythmische Bewegungen, wirft sich im Bett umher, streckt Arme und Beine etc.

7. October. Abends leicht delirant. Benommen, spricht ab und zu leise vor sich hin. Gänzlich unorientirt. Bald scherhaft, unsinnige Antworten, bald plötzliche Angstanfälle; schlägt ganz unvermuthet nach dem Arzt, er sei der Teufel, sträubt sich sehr ängstlich gegen das Thermometer, unter völliger Verkenntung der Situation: „Mit der Hand weggehen! Zwingen Sie mich doch nicht zum Saufen!“

11. October. War zwei Tage lang lebhafter delirant, gestern viel Schlaf.

Haut nicht mehr delirant, etwas freier, aber noch unorientirt, erkennt die Umgebung nicht; sehr schreckhaft. Blieb auch die folgenden Tage noch unorientirt, immer still daliegend in einem duseligen Halbschlaf. Sehr ermüdbar, versagt bei leichten Rechenaufgaben, auch reducire Merkfähigkeit. Verfügt noch nicht über sein Gedächtnissmaterial, fasst noch immer schlecht auf.

17. October. Weiss, dass er in einem Krankenhaus ist. Wo vorher? „In der . . . strasse ist auch so ein Geschäft — —, so eine Einkleidung — —, so eine Aufnahme.“ Sei gestern mit dem Patienten nebenan in Berlin gewesen, habe tüchtig arbeiten müssen, wisse nicht, ob er jetzt in Berlin sei oder nicht. Er sei zum Tode verurtheilt, weil er einem Kinde das Fett abgezogen habe, sei von seiner Schwester verklagt worden, die Verhandlung sei vorige Woche gewesen. Dabei sehr vergnügt.

19. October. Eigenbeziehung, ärgert sich über die Armbewegungen seines Nachbars, eines Katatonikers, es brauche doch nicht gleich publik zu werden, dass er gehängt werden solle.

20. October. Weiss von dieser Erzählung heute nichts mehr.

24. October. Orientirt, sei etwa 5 Wochen hier, wegen Schnapstrinkens. Giebt über seinen Aufenthalt vor der Erkrankung gut Auskunft.

5. November. Bleibt orientirt. Psychisch frei. Erholt sich körperlich langsam. Die neuritischen Störungen haben sich gebessert, doch ist der Gang noch kraftlos und ataktisch.

25. November. Mit Krankheitseinsicht entlassen, es bestand noch Herabsetzung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit und der gedanklichen Leistungen.

Bei einem körperlich sehr reducierten Individuum bestehen also Benommenheit, Delirien, eintönige, rhythmische Bewegungen, plötzliche Angstzustände, unter Missdeutung der Umgebung, erschwerte Auffassung, Zerfahreneheit im Denken, Gedächtniss- und Merkfähigkeitsstörung, grosse Ermüdbarkeit. Nach Aufhören der Delirien halten die Defectsymptome an, dabei leichte Eigenbeziehung, einige meist ängstliche Confabulationen und dann, nach im Ganzen 2 Wochen unter Anstieg der Ernährung, Heilung. Also anfangs wohl das Bild des schweren Deliriums, aber dabei Bewegungsstereotypien und nachher gehen die schweren Auffassungs- und Denkstörungen, die Benommenheit und besonders die Eigenbeziehung über das Bild der einfachen Korsakow'schen Psychose hinaus; nach Schwinden der Benommenheit orientirt sich der Kranke sofort, auch zeitlich, und kann über seine letzte Vergangenheit gleich ordentlich berichten. Die Krankheit nähert sich damit durchaus den leichteren „infectiösen Schwächezuständen“, nur dass die Delirien hier vielleicht etwas mehr hervortreten. Eine Complication liegt aber nicht vor, ausser ganz geringer Bronchitis war keine Erkrankung aufzufinden, auch keine vorausgegangen, also nur die durch den Alkoholismus be-

dingten allgemeiner Schwächung und Ernährungsstörungen des Körpers sind für die Gestaltung des Bildes verantwortlich zu machen.

In dieselbe Gruppe der Erkrankungen scheint mir auch eine Beobachtung zu gehören, die mit Fall III von Klewe vielleicht einige Aehnlichkeit hat.

18. Gottlieb B., 43 Jahre, starker Trinker (30—40, auch 70 Pf. täglich), machte erst eine Erkrankung durch, die unter Reissen in den Beinen, zunehmender Schwäche begann. Träge Pupillenreaction. Herabgesetzte Schmerzhaftigkeit in den unteren Extremitäten. Heftige Angstzustände in Folge deliranter Hallucinationen. Daneben viel hypochondrische Vorstellungen. Drängt blind fort, theilweise delirant. Verkennung der Umgebung. Nach einigen Wochen Besserung; gab an, ganz phantastische, traumhafte Delirien durchgemacht zu haben. Geheilt unter Gewichtszunahme von $11\frac{1}{2}$ kg.

Drei Jahre später wieder aufgenommen, ängstlich, rathlos, phantastische, hypochondrische Vorstellungen, motorisch rathlos. Widerstrebt, sträubt sich gegen alles, betrachtet voller Angst das Gebaren der anderen Kranken. Nach einigen Tagen ganz stuporös, unsauber, muss künstlich ernährt werden. Allmäßige Besserung. Nach 14 Tagen wieder orientirt, sehr schwach, taumelt beim Gehen, fällt nach hinten um. Schlechte Merkfähigkeit, grosse Ermüdbarkeit, Unlust zu jeder geistigen Thätigkeit, auch zum Redestehen bei Explorationen. Allmäßige Besserung; auch diesmal geringe neuritische Erscheinungen. Nach 4 Monaten geheilt. Gewichtszunahme $12\frac{1}{2}$ kg.

Man wird auch in dieser Erkrankung wohl mit Recht ein Gegenstück zu dem infectiösen Stupor sehen, eine nachweisbare Ursache ausser dem schweren Alkoholismus war aber auch hier nicht aufzufinden. Zweifelhaft ist, ob auch der folgende Fall noch hierher gerechnet werden darf, in dem motorische Erscheinungen im Vordergrund stehen, doch neben Erscheinungen des schweren Deliriums und auch bei der Section fanden sich nur Organdegenerationen, wie sie beim chronischen Alkoholismus auch gefunden werden.

19. Paul H., Schmiedegeselle, 54 Jahre. Aufgen. 15. December 1902.

(Ref. Ehefrau.) Als Lehrling eine schwere Schädelverletzung, später keine Beschwerden davon. Arbeitete bis vor 2 Jahren als Schmied. Seitdem allgemeine Schwäche; besonders konnte er mit den Beinen nicht recht fort, hatte oft Reissen und Kältegefühl in ihnen; deswegen vorgestern ins Hospital. Schon einige Tage vorher sprach er verwirrt. Schlaf und Appetit waren gut. Früher viel getrunken, seit letzter Zeit für 50 Pf. täglich.

16. December. Bei der Aufnahme benommen, reagirte nicht auf Fragen und Aufforderungen und nur auf starke Hautreize mit schwacher Abwehrbewegung. Ging auch nicht allein, knickte im Kniegelenk zusammen. Hat wenig geschlafen. Heute bietet er ein ganz motorisches Bild. Er liegt ruhig auf dem Rücken, den Blick starr zur Decke, den rechten Arm erhoben, stark nach aussen rotirt; plötzlich richtet er sich auf, läuft schwankend zum Kloset,

setzt sich, lehnt sich nach links herüber, streckt den rechten Arm vor, rotirt ihn nach aussen, hält ihn in dieser Stellung kramphaft gegen jeden Widerstand und gegen die stärksten Hautreize fest; nach ca. 3 Minuten erhebt er sich mit plötzlichem Ruck, läuft zum Bett, setzt sich hastig, sich zusammenkauernd, neben das Bett auf den Fussboden und bleibt, bis man ihn ins Bett hebt.

Diese ganzen Manipulationen wiederholen sich in stereotyper Regelmässigkeit bis gegen Abend. Seine ganze Aufmerksamkeit ist vollständig durch sie gefesselt, nur selten kommt er einfachen Aufforderungen, z. B. Zunge zeigen, Hand geben, nach. Er spricht nichts; gegen passive Bewegungen sehr widerstrebend. Gegen Abend ist er sichtlich delirant. Er macht Greifbewegungen in die Luft, zieht Fäden, wendet oft den Kopf heftig zur Seite, einige Male schreit er ängstlich: „August, August“, einmal „August geh weg, es ist ganz schwarz“. Das Essen muss ihm in den Mund gereicht werden, er schluckt langsam. — Auf dem rechten Scheitelbein tiefe Knochenimpression, nicht besonders empfindlich. Haut verschieblich. Lebhafter Sehnenreflex. Unregelmässiger, schwacher Puls. Pupillen reagiren. Fundus normal. Emphysem; mässige Arteriosklerose. Keine Druckempfindlichkeit der Muskeln oder Atrophien. 18. December. Seither dauernd mässig delirant: sieht Locomotiven auf sich zukommen, ruft ängstlich „weg, weg“, sieht es brennen, glaubt im Wasser zu liegen. Dies alles ist aus einzelnen, abgerissenen Spontanäußerungen zu erschliessen. Auf Fragen antwortet er sehr selten, z. B. wer er sei, wie seine Frau heisst. Dauernd mässig benommen, Aufmerksamkeit schwer zu fixiren, vereinzelte Haltungs- und Bewegungsstereotypien, z. B. hält er einige Male den rechten Arm lange steif ausgestreckt oder er wälzt sich immer wieder herunter und lässt die Unterschenkel über den Bettrand heraushängen; einige Male schlug er einförmig mit der Hand an das Steckbrett. Oft stemmt er kramphaft beide Hände an die Seitenbretter. Bei allen passiven Bewegungen Negativismus. Gelingt es eine Stellungsveränderung herbeizuführen, so werden die Glieder in dieser neuen Stellung wie kataleptisch und negativistisch festgehalten. Bei Versuch, ihm etwas einzuflössen, presst er oft die Zähne kramphaft zusammen. Muss einmal katheterisiert werden. Häufig unsauber.

20. December. Dauernd mässig delirant. Gleichgewichtsstörung beim Gehen. Droht beständig hinten herüberzufallen, taumelt nach beiden Seiten. Auf den Bettrand gesetzt, ist er nicht im Stande, sich hinzulegen, er bleibt in der unbequemsten Stellung, in die man ihn passiv versetzt. Herzthätigkeit wird schlechter. Schluckt zeitweise schlecht. Schreit oft unartikulirt auf. Unsauber. 23. December. Benommenheit hat zugenommen. Ab und zu noch Greifbewegungen, sonst ruhig im Bett. Gegen alle Maassnahmen widerstrebend. Häufiges Grimassiren. 24. December. Unter zunehmender Herzschwäche Exitus im Collaps Abends $\frac{1}{2}$ 11 Uhr.

Gehirn: Sehr matsch, 1320 g. Starke streifenförmige Trübungen, sulzige Infiltration der Pia. Geringe Arteriosklerose der Basalgefässe. Sehr zahlreiche Blutpunkte in den Basalganglien. Daneben Adhäsionen beider Lungen. Braune Atrophie des Herzens. Lebercirrhose.

Mikroskopisch ist das Gehirn nicht untersucht. Klinisch erinnern die Delirien bei schwerer Benommenheit, die Gleichgewichtsstörungen an das schwere Delirium Bonhöffer's. Auffallend ist das starke Her-vortreten motorischer Stereotypien, aber bei Intoxications-Psychosen findet man das auch sonst; für eine solche fand sich aber bei der Section keine Unterlage.

Unsere Auseinandersetzungen sollen darthun, dass das schwere Delirium als schwerste Alkoholintoxication zwischen der Korsakowschen und den anderen Intoxicationspsychosen steht; bei den Korsakowschen Psychosen, die aus ihm hervorgingen, wurde oben auf die Uebergänge zu diesen hingewiesen.

Im Folgenden entsteht nun aus einem Anfangsstadium, das dem „schweren Delirium“ entspricht gleichzeitig den acuten postinfectiösen Erkrankungen nahesteht, wieder eine chronische Psychose.

20. Anna L., Maurersfrau, geb. 1851.

I. Aufnahme 21.—29. August 1896. Delir. alcoh. abortiv. — Epileptischer Anfall 3 Tage vor der Aufnahme. Am ersten Abend abortive, delirante Symptome: Zupft, sucht Haare, zieht Strohhüte aus der Decke. Halb orientirt, aber Personen erscheinen bekannt. Am nächsten Tage frei. Krankheits-einsicht.

II. Aufnahme 16.—24. November 1896. Delir. alcohol.

13. November, wieder epileptischer Anfall; im Anschluss daran erkrankt. Gesichts- und Gehörstäuschungen, „soll todt gemacht werden“. Aengstlicher Beziehungswahn und Missdeutung. Indifferente Gehörshallucinationen (Musik).

17. November. Angstfrei, delirant.

18. November. Frei, sofort Krankheitseinsicht für die Psychose und deren alkoholistische Aetologie.

III. Aufnahme 22. Januar bis 13. Februar 1897.

Am 18. Januar wieder epileptischer Anfall (Zungenbiss). Erinnerung seitdem unklar.

Vom 20. Januar an wieder delirante Symptome.

22. Januar. Wie bei der letzten Aufnahme. Zwischenform zu Delirium und alkoholischen Hallucinationen. Vom Delirium: Tremor, Schweiß, Spinnen, Drathzeug, Käfer im Bette, sucht, zupft. Aber orientirt. Bei der Aufnahme noch Krankheitseinsicht, auch in der Folge nicht ganz verloren. Von der Hallucinosis: Massenhafte Gebörshallucinationen, vorwiegend bedrohlich, phantastisch, „soll gebraten, in die Luftheizung gesteckt werden etc.“ Beschimpfungen, sei faul, stellt sich nur krank etc. und indifferent: Musik, Lieder. Rasche Systematisirung, Hausnachbarn und deren ihr bekannte Helfershelfer wollen ihr wegen alten Streites übel, wollen sie verderben, ihr Geld haben. Physikalische Erklärungsideen schon am ersten Tage; Röhren in der Wand zum Durchsprechen, ängstliche delirante Gesichtshallucinationen. Feuers-brünste, Leichenbegängnisse, Köpfe im Nebenzimmer, Schutzleute, alle ihr auf

den Hals gehetzt. Allgemeine Sensationen (Schwindel), das Bett wippte so hin und her. Aengstlicher Beziehungswahn. Glaubt, so oft die Thür aufgeht, sie solle geholt werden etc. Der weitere Verlauf typisch wie bei Delirium. Abends noch Angst, Nachts absolut schlaflos, 2 Nächte lang, 24.—25. Januar Nachts Schlaf, Morgens Krankheitseinsicht. Vorausgegangen starke Alkoholexcesse.

IV. Aufnahme 20. April 1898.

Bis 8. März nie geisteskrank. Gedächtniss und Merkfähigkeit seit dem letzten Hiersein sehr verschlechtert, immer viel Korn getrunken. Am 8. März unruhig, lief herum, 2 Tage darauf epileptische Anfälle, mehrere hintereinander, Dauer 10 Min. bis $\frac{1}{4}$ Std; bewusstlos. In der anfallsfreien Zeit auch unklar verwirrt. Hörte jemand kommen, rief Namen von bekannten Leuten. Personenverkennung. Oertlich desorientirt.

Am 14. März ins Krankenhaus, 20. April Aufnahme hier. Sehr reducirtes Aussehen. Gesicht cyanotisch, blöde Gesichtszüge, Pupillen eng, träge Reaction auf Lichteinfall, Reflexe gesteigert, kein Fussklonus. Kopf nach hinten eingezogen. Gang unsicher, taumelnd, sucht sich überall festzuhalten. Fällt rückwärts. Lungenschall rechts gedämpft. Anfassen des Nackens schmerhaft. Unsauber.

24. April. Delirante Zustände mit motorischen Beimischungen, ungenau orientirt. Erkennt Arzt und Schwester. Sehr schreckhaft, zuckt zusammen bei Annäherung. Theilweise völlig mutacistisch; meist hyperkinetisch. Bewegt unausgesetzt die Hände, als ob sie Wäsche waschen wollte, dreht und windet die Bettwäsche, dreht an Haaren, lässt sich durch nichts davon abhalten; kommt Aufforderungen nicht nach. Gelegentlich nimmt sie krampfhafte Stellungen ein, die Beine hoch und gespreizt gehalten, ist unfähig sich aufzurichten. Hallucinationen: Draussen stände noch Wäsche für sie. Ernährung schlecht

5. Mai. Seit 2. Mai keine Bewegungsunruhe mehr, völlig unorientirt, giebt keine Antwort, isst; schläft nur auf Hypn. Unsauber. Abends wieder delirant, ängstlich, Krieg, Armee, sieht strichweise Gold, spricht schnell, stossweise abgerissene Sätze.

30. Juni. Wechselndes Verhalten, bald ruhig, mutacistisch, bald in geringer Bewegungsunruhe, Zusammenräumen, Umherklettern etc., bald wieder laut. Meist nicht fixirbar, sträubt sich gegen alle Maassnahmen, sehr schreckhaft, oft unsauber. Isst hastig, greift ins Essen. Nur vorübergehend einmal etwas orientirt, wusste, dass sie in der Irrenanstalt ist, befolgte einige Aufforderungen. Schlaf nur auf Hyoscin-Morph.

30. Juli. Bewegungsunruhe liess nach. Hallucinirt nun viel, geht an Thüren und Fenster, grosse Angst, drängt wild fort; die ganze Welt gehe zu Grunde, es ist alles verdreht etc.

5. August. Gestern Abend etwas orientirt, fragt, ob sie in der Irrenanstalt sei? Sehr deprimierte Stimmung! August bis December: In den nächsten Wochen vorherrschend rathlos, motorisch, sobald Bewegungen verlangt werden. Kann nicht auf dem Stuhl sitzen bleiben, steht immer wieder auf, weicht zurück, es scheint als ob sie widerstreben müsste; wird unruhig, zappelig, wenn

sie zu einer Bewegung aufgefordert wird. Aus der Ruhe heraus, plötzlich wilde Erregungen, schlägt den Kopf an die Wand: „der muss zerspringen“. Biegt an Beinen und Zehen: „die müssen doch zerbrechen“, schlägt mit den Beinen an die Bettstelle: „das muss doch einmal gelenkig werden, das war doch früher nicht so“. Allopsychisch: alles sei verändert, es komme ihr vor, als wäre sie noch wo anders gewesen, als wäre sie den 2. Tag hier, sie wisse aber, dass es schon lange sei. Bleibt örtlich orientirt, zeitlich ganz ungenau. Kleinheitsideen: bittet um Verzeihung, weil sie in allem Unrecht habe. Der Platz sei viel zu gross für sie, sie sei zu schlecht, habe gelogen, mache alles verkehrt. Aeussert das alles mitunter in anhaltendem Rededrang, mit vielen leeren Redensarten untermischt, in häufig recht geschraubten Wendungen. Daneben wieder mutacistisch. Mitunter Verzweiflungsausbrüche, macht einmal im Bade ernsthafte Selbstmordversuche. Zeigt auffallende Lücken in ihrem Gedächtnisssschatz. Rechnet schlecht, Merkfähigkeit für Zahlen und Namen reducirt, nicht für optische Eindrücke. Manchmal unsauber.

16. December. Heute auf eine andere Station verlegt, weiss sie kurz darauf nicht genau, wann sie heraufgekommen. Zeitlich unorientirt (1892), sei in einem anständigen, grossartigen Hause, Irrenanstalt, so gross, war früher nicht so gross. Kann über die früheren Aufenthalte nur ungenau Auskunft geben, kommt nicht auf ihr Alter. Ferner rathlos: Eigenbeziehung und Selbstbeschuldigungen, mache die Kranken noch kränker, mache Unkosten, belästige den Arzt. Subjective Empfindung der Hemmung: könne mitunter nicht sprechen, müsse sich ordentlich zwingen dazu, das vernünftige Antworten falle ihr schwer, sie komme sich unvernünftig dumm vor, während sie denke, vergesse sie, was sie gedacht habe. Patellarreflexe beiderseitig gesteigert. Widerstand bei allen passiven Bewegungen. Sehr starke Muskelerregbarkeit (idiomuskulärer Wulst). Spitz und stumpf unterscheidet sie schwer. Intensiver Tremor der Hände und Zunge. Facialis links etwas schwächer. Zunge nach links abweichend.

1. Februar 1899. Zumeist noch gehemmt, mutacistisch, dann auch Negativismus. Berührungsangst mit Abwehrbewegungen; ab und zu unsauber. In freieren Momenten völlig rathlos. Alles sei verändert. Wenn sie was sagen will, fällt alles ganz anders aus. Optische Hallucinationen, sieht Menschen und unbestimmte Gestalten. Akoasmen: Töne einer Orgel. Massenhaft Phoneme, alles wird besprochen, über alles geschimpft, nichts macht sie recht, wie sie es auch machen wolle, immer sei es verkehrt; bei jeder Bewegung Bemerkungen. Massenhafte Beschimpfungen und Bedrohungen, sei so schlecht, habe gestohlen, sehe schmutzig aus, sei ein Tbier, habe gemordet, man werde sie langsam zu Tode martern, ihr die Zunge ausschneiden, die Arme ausreissen und neue einschrauben. Grosse Angst, schreit auf und drängt ängstlich fort. Auch den Kindern geschehe das Gleiche, hört sie schreien und jammern. Aengstlicher Beziehungswahn, man zeige ihr die Messer, mit denen sie gemordet werden solle. Noch Kleinheitsideen! Mai: Seither öfters Erregungen, heftige Schimpfausbrüche, in denen sie ganz blau im Gesicht wird. Reaction auf ihre beschimpfenden Hallucinationen, die widersprechenden imperativ. Phoneme und Eigenbeziehung. Mitunter anhaltender Rededrang im Sinne selbstbeschul-

digenden Kleinheitswahns und der Rathlosigkeit. Die Kranken rennen von ihr fort, spucken sie an etc. Traumhaftes Verkennen der Situation: wenn ich zu meinen Leuten wollte, müsste ich viele Meilen laufen. „Heut waren so viele Menschen da, die haben mich alle unter die Arme genommen“. (Wurde wiederholt zu Bett gebracht.) Vertheidigung gegen ungerechte Vorwürfe, dass sie gemordet habe etc., zum Theil indifferenten Inhalts aus Ideenflucht und Hypermetamorphose, stellenweise incohärent. Zwischen diesen Erregungen regungslos zu Bett, das Essen muss ihr gereicht werden, selten unsauber. 6. Juni. Sehr erregt, schlägt mit Händen und Füßen um sich, wird ganz blau; Rededrang, immer phantastischeren und verworreneren Inhalts. Auftauchen von Grössenvorstellungen, aber noch in Vorwürfe gekleidet, habe die Kaiserlichen Hoheiten verrathen, Goldsachen verschluckt, sei mit Gold umgeben, der Teufel hole alles immer weg. Die Sonne sei verfinstert. Der liebe Gott habe ihr früher alles gesagt, thue es nicht mehr; ihre Kinder seien Königskinder, habe alle Menschen verrathen. Phantastische Beeinträchtigungen: Grosse Messer, Dolche und grosse Thürme, alles ist in sie gefahren und sie müsse alles lebendig verschlucken etc., der Teufel sei da, Getöse und Gekratze in der Luft u. s. w. Juli: Jetzt öfter solche Erregungen mit Rededrang von erwähntem Inhalt. Entnimmt allen Geberden und Bewegungen der Kranken Vorwürfe für sich, vergrössert die Umgebung in Kleinheitswahn. August bis September: Unverändert, Rededrang oft stundenlang, immer phantastischer. Sonne sei in's Wasser gefallen, sie sei auseinander genommen und von einer Fürstlichkeit wieder zusammengemauert worden etc. Aus ihren akinetischen, versunkenen Zuständen heraus treten jetzt hyperkinetische Anfälle auf, bei denen sie theils in würdevoll-theatralischer Haltung, theils leicht tänzelnd im Saal umherläuft, mit tactmässigen Armbewegungen in pathetischer Weise spricht, zum Theil in Reimen, oder auch singt. 15. Januar 1900. Seither unverändert, öfters die oben beschriebenen Erregungszustände. Tanzt, singt, declamirt, häufig sinnlose, selbstgemachte Wortreimereien. Sonst rathlos, wie früher; desorientirende Phoneme; Missdeutungen und beeinträchtigender Beziehungswahn halten an. Rededrang, oft durch aussere Anlässe (Visite) ausgelöst. Selbstanklagen, Vertheidigungen und Entschuldigungen. Meist unzusammenhängend, immer nur allgemeine Redensarten, nie bestimmte Thatsachen; auch viel Reminiszenzen. 19. Mai. Erregungszustände seltener, sonst hallucinant, rathlos. Massenhafte, widersprechende Stimmen, lebhafte plötzliche Stimmungsumschläge, weint, lacht, wird zornig. 30. August. Explosive Erregungszustände, zumeist bei der Visite, sprudelt alles überstürzt heraus, ohue die Sätze zu beenden. Auto- und allopsychische Desorientirung. Verkennt Personen, hält z. B. eine andere Patientin für ihren Mann, springt auf sie zu und umarmt sie stürmisch. Alles verändert sich fortwährend. Daneben wieder tief depressiv, sei an allem schuld, hallucinirt ängstlich, hört ihre Kinder. Leicht gehemmt, zum Theil mutacistisch, sie fürchte, durch ihr Sprechen die Anderen zu stören, es sei zeitweise so, als ob sie den Mund nicht aufmachen könne. 10. Februar. Erregungszustände, oft wohl hallucinatorisch veranlasst, durchbrechen ihre meist vorhandene Hemmung. Sie springt im Aerger auf; schimpft sich jetzt immer mit denselben stereotypen

Phrasen. Nach einigen Schritten bleibt sie plötzlich starr und stumm stehen, wie ein halb aufgezogenes Spielwerk, lässt sich in's Bett bringen und versinkt wieder in ihre gewöhnliche schweigende Starre, auch auf Befragen wenig mehr, als die gleichen immer wiederkehrenden Phrasen: „wenn sie so sage, dann würde man sagen, was fällt denn dem Weibe ein? Jetzt redet sie so und so und dabei wollte sie doch anders reden und es ist auch wieder verkehrt etc. Mit denselben Redensarten lehnt sie Aufforderungen ab, denen sie fast nie nachkommt. Schlaf und Appetit jetzt gut. 29. März 1901. Unverändert. Erklärt mitunter nach ihren Erregungen, sie wisse selbst nicht, warum sie aufspringe und das alles spreche. Das Körpergewicht, das seit der Aufnahme sich zwischen 41—43 kg hielt, nimmt seit December beständig ab. Fieber unregelmässig. Abends Steigerungen über 38,0—38,5. Ein phthisischer Process auf der rechten Lunge breitet sich aus. Reichliches Rasseln. Pat. hustet viel. 10. April. Im Allgemeinen ruhig; selten Erregungszustände. Pat. ist sehr schwach; äussert spontan garnichts; eine genaue Exploration ist wegen ihrer körperlichen Hinfälligkeit unmöglich. Beständige Temperatursteigerung. Schlechte Nahrungsaufnahme. Puls klein.

20. April. Collaps, erholt sich aber wieder.

7. Mai. In der letzten Zeit fortschreitende Schwäche und Kräfteverfall, heute Morgen Exitus letalis. Section konnte nicht gemacht werden.

Die Frau machte also ein abortives Delirium und dann zwei Psychosen von der bekannten Mischform zwischen Delirium und Hallucinosis durch, jedesmal mit einleitendem epileptischen Anfall. Fortgesetztes starkes Trinken. Gedächtniss und Merkfähigkeit nehmen ab. 1 Jahr nach der letzten Aufnahme wieder erkrankt. In den ersten Tagen wieder eine Serie epileptischer Anfälle. Danach unorientirt, benommen, delirant. In der Anstalt ein Bild ganz wie das des schweren Deliriums. Desorientirung, Benommenheit, die schwere Gleichgewichtsstörung, taumelnder Gang, Unfähigkeit sich aufzurichten; Unsauberkeit. Beschäftigungsdelirium. Sehr ängstlich, schreckhaft, sträubt sich gegen Alles. Die Aehnlichkeit mit Meningitis, auf die Bonhöffer hinweist, wird hier noch durch Nackenschmerhaftigkeit gesteigert. Neben der deliranten Unruhe auch ganz ziellose, z. Th. krampfartige Bewegungen, aber auch rein motorischer Bewegungsdrang, abwechselnd damit Ruhe mit Mutacismus, so dass ein Bild resultirt, wie man es bei schweren Infectionskrankheiten, besonders bei vorgeschrittener Phthise sieht. Oft heftige Erregungen, meist nicht fixirbar. Facialis- und Hypoglossus-Parese, enge, träge reagirende Pupillen. Nach der schwer deliranten, noch einige Zeit hallucinatorische Verworrenheit, mit grosser Angst. Dann überwiegend allgemeine Rathlosigkeit, massenhafte Phoneme, Alles ist verändert, depressiv ängstlicher Affect. Verzweiflungsausbrüche, Selbstbeschuldigungen und Kleinheitsideen. Lebhafte Eigenbeziehung. Wech-

selnde Erregung und Hemmung, immer noch mangelhafte Orientirung und Zeitabschätzung. Dabei grosse Gedächtnissdefekte, reducire Merkfähigkeit, kann ihre Gedanken nicht zusammenhalten, Erschwerung der Denkfähigkeit. Angst, Rathlosigkeit, Eigenbeziehung halten an, massenhafte Hallucinationen, optisch und acustisch, Beschimpfungen und Bedrohungen. Oft heftige Erregungen. Traumhafte Missdeutung der Situation. Anfallsweise Rededrang, immer phantastischer, phantastische Beeinträchtigungsideen. Andeutung von Grössenvorstellungen, dann ein töniger, inhaltsloser. Hemmung und motorische Erregungen mit rhythmisch tactmässigen Bewegungen wechseln ab. Am Ende des 3. Jahres Kräfleverfall, Tod an Phthise.

Motilitätssymptome treten im ganzen Verlauf sehr hervor. Indess die Verwirrenheit dauert einige Monate, durch dreiviertel Jahre halten die Desorientirung, die Herabsetzung der Denkthätigkeit, Merkfähigkeit und Gedächtnissstörungen an; dauernd traumhafte Situationsmissdeutungen und Personenverkennungen. Wohl besteht gelegentlich Negativismus, aber mehr doch das ängstliche Widerstreben. Die Kranke bleibt dauernd affectvoll, ganz entsprechend den Beschimpfungen und Selbstvorwürfen, auch dauernd rathlos. Es zeigt sich keine Andeutung der gemüthlichen Abstumpfung, der Apathie, die doch den charakteristischen Stempel der Katatonie bildet. Allerdings treten auch motorische Entladungen stereotyper Art mit Singen und Tanzen auf, dabei also plötzliche Umschläge der gewohnten Verstimmung ins Gegentheil, fast immer als Reaction auf äussere Anlässe. Indessen ob man diese Bilder zur Katatonie rechnen soll oder nicht, darauf kommt es hier weniger an, als festzustellen, dass die Psychose hervorgeht aus einem Anfangsstadium, wie es den schweren toxischen Processen eigenthümlich ist. Ein solcher lag aber nur vor in dem Alkoholismus, sonst kein ätiologisches Moment, das wir verantwortlich machen können. Die epileptischen Anfälle gehen immer nur dem Ausbruch der Psychose voran, wurden sonst nie beobachtet, ebenso wenig andere epileptische Symptome und, wie Bonhöffer¹⁾ auseinander setzt, sind sie in solchen Fällen Symptome der schweren Alkoholvergiftung. Die Tuberculose kann man auch nicht zur Erklärung herbeiziehen. Es ist zwar schon im Beginn gedämpfter Lungenschall rechts erwähnt, aber keinerlei acute Erscheinungen: auch im Krankenhaus, wo sie die ersten 3 Wochen gewesen, ist nichts von einer körperlichen Erkrankung notirt. Durch ganze drei Jahre hindurch fehlen alle Symptome, erst dann tritt Fieber und Körpergewichtsabnahme auf. Ausser-

1) l. c.

dem setzt die Krankheit auch plötzlich ein, hat ihre grösste Schwere im Beginn und geht allmälig in ein chronisches Stadium über, also gerade umgekehrt, wie bei der Tuberkulose zu erwarten ist.

Zieht man also die vorausgegangenen alkoholistischen Erkrankungen, den erneuten Alkoholabusus, den acuten Beginn wieder mit epileptischen Anfällen in Betracht und die Uebereinstimmung mit dem Bilde des schweren Deliriums, so wird man wohl nicht ablehnen können, die Psychose auf den Alkohol zurückzuführen. Man könnte die Dauer des Anfangsstadiums gegen ein schweres Delirium geltend machen wollen, aber erst jüngst haben wir ganz dasselbe Bild wieder durch mehrere Wochen anhalten sehen, ehe der Kranke zum Exitus kam. Hier schliesst sich an das schwere Delirium eine andere intoxicatorische Psychose an, nicht die Korsakow'sche, die wohl erst nicht besonders ausgeschlossen zu werden braucht. Schon die motorischen Erscheinungen geben darüber hinaus, aber auch die Gedächtniss- und Merkfähigkeitsstörungen entsprechen nicht der Korsakow'schen, sondern wie die diffuse Erinnerungs- und Denkerschwerung, denen bei den Intoxications- und Erschöpfungspsychosen. Es ist nicht zu verkennen, dass die vorliegende Erkrankung sowohl mit der obigen nach Erysipel (15), als auch mit der in Fall 1 Uebereinstimmung aufweist.

Es entspricht durchaus der Lehre Wernicke's¹⁾, dass die Veränderungen im Gehirn bei Alkoholismus, Tuberkulose etc. die gleichen, polyneuritischen, sind, wenn dabei auch die gleichen Krankheitsformen auftreten.

Die letzten Erkrankungen rücken die Frage rein motorischer Erkrankungen bei Alkoholisten nahe. Bei der Verwandtschaft solcher mit den besprochenen Formen muss an die Möglichkeit motorischer Psychosen bei Alkoholisten gedacht werden.

Kraepelin erwähnt auch, dass solche beobachtet wurden und auch wir haben bei schweren Trinkern Katatonien gesehen, wiederholt auch nach vorausgegangenen Alkoholerkrankungen, ohne dass sie sich aber in Symptomeu und Verlauf von denen anderer Entstehung unterschieden. Wenn man also nach der Kenntniß obiger Krankengeschichten die Aetiologie des Alkohols für solche Erkrankungen nicht glattweg ablehnen kann, so besteht doch auch die Möglichkeit einer Combination. Anders liegt vielleicht folgender Fall. Hier trat die Krankheit zuerst mit einem epileptischen Anfall ein und recidivirte in Pausen von je 4 Jahren, bisher 3 mal innerhalb 10 Jahren, der 2. und 3. Anfall wurden hier beobachtet, dauerten 8 und 7 Monate; die Anfälle gleichen einander und zeigen folgenden Verlauf:

1) Wernicke, Grundriss S. 506.

21. Acuter Beginn mit einer Verwirrenheit und leichter motorischer Unruhe von theils ganz stereotypem Charakter, theils gewissen Situationen entsprechend, besonders militärischen Uebungen. Dabei incohärenter Rededrang, mit Ideenflucht und lebhafter Hypermetamorphose. Viel delirante Sinnestäuschungen, traumhafte Visionen, Angstzustände, grosse Schreckhaftigkeit. Verkennt Personen, ist zeitlich völlig unorientirt, örtlich schwankend. Pupillendifferenz, Facialisparesis. Zuckungen der mimischen Muskulatur, Sprachstocken und Silbenstolpern, Temor der Hände. Unklare Zeitschätzung, grosse Gedächtnissausfälle. Nach der erregten Zeit kommt eine länger dauernde Akinese, darin häufig Angstanfälle mit starken Spannungszuständen. Innehalten gezwungener Haltungen, Negativismus, dabei angstvolle Visionen, Schlangen, Ratten etc. Solche Zustände wechseln mit freieren ab, in denen er örtlich orientirt ist, die Personenverkennungen zum Theil corrigirt; einige hält er dauernd fest. Immer leicht ängstlich, man verfolgt ihn, alle seien hinter ihm her. Oft rathlos, manchmal auch Galgenhumor. Noch viele Halluzinationen, Gleichgewichtsstörungen, alles schwanke, alles verändere sich, Sensationen. Unter Schwankungen Besserung. Kommt nur zu einer oberflächlichen Einsicht. Sehr mangelhafte Erinnerung an die Psychose. Es bleiben geschwächte Patellarreflexe und leichte Sensibilitätsstörungen zurück.

Bei dem gleichmässigen Ablauf der Anfälle, erst Hyperkinese, dann Akinese und den regelmässigen Recidiven wird man ehestens geneigt sein, auch hier eine Combination anzunehmen; jedenfalls weicht das Bild von dem gewöhnlichen der Katatonie entschieden ab und das starke Hervortreten der Orientirungs- und Gedächtnissstörungen der des Projectionssystems verweisen vielleicht auch diesen Fall unter die intoxicatorischen Stuporzustände. Das Gedächtniss soll auch im Laufe der Jahre abgenommen haben, die letzten Jahre vor der dritten Erkrankung war der Patient kaum noch arbeitsfähig. Die Aehnlichkeit mit der Paralyse war eine grosse.

Auch von Wernicke¹⁾ wird der Fall als alkoholistische Pseudoparalyse aufgefasst. Die motorischen Erscheinungen beherrschten aber hier den ganzen Krankheitsverlauf.

Kahlbaum²⁾ veröffentlichte aus der hiesigen Anstalt 2 Fälle im Anschluss an ein typisches und ein abortives Delirium, die im Wesentlichen ein Bild boten, das der Wernicke'schen Schilderung der verworrenen Manie entsprach. In dem einen Fall ging auch eine Melancholie vor Jahren voraus, die Kranke starb an Apoplexie. Der andere bot Jahre lang das Bild, das Kahlbaum schildert und ging nach einigen Jahren an Tuberculose zu Grunde.

1) Wernicke, Krankenvorstellungen. I. 30.

2) Kahlbaum, Klinische Beobachtung zweier Fälle polyneuritischer Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 56.

Auf motorische Erscheinungen in alkoholistischen Dämmerzuständen kommen wir an anderer Stelle zurück.

Eine andere Frage ist das Vorkommen motorischer Symptome bei typischen Alkoholerkrankungen, insbesondere bei der Hallucinosis, eine Frage, die wieder für die Abgrenzung der alkoholistischen Formen von Wichtigkeit ist.

Bonhöffer¹⁾ theilt einen Fall einer Alkoholhallucinosis mit, in welchem der Kranke auf Befehl der Stimmen allerlei Bewegungen und Exercitien ausführte. Eine ganz analoge Beobachtung folgt hier:

22. 35jährige, sehr starke Trinkerin (1 M. Korn), seit 3 Wochen plötzlich erkrankt; Stimmen, die sich über sie unterhalten, sie schimpfen und bedrohen, aber auch Befehle ertheilen. Angedeuteter Beziehungswahn. Vorübergehend auch delirante Visionen, prügelnde Männer, massenhaft Fliegen, Strohhalme u. s. w. In der Anstalt ganz orientirt. Tremor, Facialisparese, Silbenstolpern. Ataxie. Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nerven und der vergrösserten Leber. Links Radialislähmung. Stimmen hören bald auf. Sofort Krankheitseinsicht. Nach 3 Wochen geheilt entlassen. Patientin erhielt verschiedene Befehle, in die Kirche zu gehen, ein Bild zu zerschlagen, sich auf der Erde zu wälzen, zu beten, wobei ihr jedes Wort vorgesprochen wurde. So betete sie fast den ganzen Tag, besonders musste sie ein- und denselben Satz stundenlang hinter einander nachbeten.

Hier waren also die motorischen Erscheinungen in imperative Phoneme gekleidet.

Oefters hört man nun auch von leichten Hemmungsercheinungen im Beginn scheinbarer Alkoholhallucinosen berichten, wir haben sie aber immer als ein sicheres Zeichen eines progredienten Verlaufs bewährt gefunden.

Man könnte jedoch auch in den motorischen Reizerscheinungen und dem Stupor neben den Geruchshallucinationen und hypochondrischen Sensationen in anderen acuten Fällen noch weitere Analogien, zwischen den acuten alkoholistischen und den progredienten Formen sehen und damit die oben skizzirten engeren Beziehungen herleiten. Die Annahme solcher würde ja auch in unseren früheren Auseinandersetzungen eine Stütze finden, wenn auch die progredienten Formen auf chronischen Autointoxicationen beruhen. Doch auch dieses ist ja nur eine Annahme und eine, die sicher nur auf einen Theil der hier in Frage kommenden Fälle passt. Die mannigfachen Formen der chronischen Hallucinosis haben wohl nicht die gleiche pathologische Grundlage. Und auch bei den Psychosen auf dem Boden

1) Bonhöffer, Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. L. 182.

des Alkoholismus kommen verschiedene pathogene Momente zur Wirkung. Die schwere Intoxication schädigt schliesslich alle Gewebsbestandtheile, wenn sie auch zu einigen besondere Affinitäten haben mag. Wir wissen aber heute noch nicht, wie sich die Schädigungen der einzelnen Gewebsbestandtheile klinisch darstellen und wie sie sich gegenseitig beeinflussen. Jedenfalls können wir alle geistigen Störungen bei Alkoholisten nicht aus einem einzigen pathogenen Princip erklären. Ebenso wenig also wie die chronischen mit den acuten, so brauchen auch die verschiedenen Varietäten dieser nosologisch noch nicht dasselbe zu sein, wenn sie auch alle auf dem Boden des chronischen Alkoholismus erwachsen. Die oben erwähnte Sichtung muss hier erst vorausgehen, danach aber wird vielleicht gerade der Vergleich mit den alkoholistischen Formen dahin führen, einige der progradienten Formen als chronische Intoxicationspsychosen zu erkennen, was wir heute allenfalls vermuten, andere werden sich als frueste und leichteste Formen von Rückbildungsspsychosen erweisen.

Anders war es mit den schweren, intoxicatorischen und postinfectiösen Psychosen. Hier haben wir ein klinisch relativ gut gekanntes Material und eine bestimmte Aetiologie, es ist also möglich, ähnliche Formen beim Alkoholismus auf ähnliche ätiologische Verhältnisse zu beziehen. Durch diesen Vergleich gewannen wir Verständniss für eine Anzahl complicirter Psychosen, die wir als Analogien zu jenen Psychosen ansehen konnten, trotz der früher erörterten Complicationen. Wir können danach festhalten, dass alle die Formen von Psychosen, die schweren Intoxications also auch Infectionen des Körpers folgen, auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ebenfalls entstehen können.

Die Complication mit degenerativen Symptomen schafft schwer zu beurtheilende und abgrenzbare Krankheitsbilder, weil der Einfluss der Degeneration auf Psychosen noch nicht genügend bekannt ist.

Beim Alkoholismus nun ist die Breite des degenerativen Einschlags sehr gross; wir wollen hier aus dem grossen Kapitel der Reaction Degenerirter, auf acuten oder chronischen Alkoholismus, nur auf einige für das vorliegende Thema wichtige Eigenthümlichkeiten und einen eigenartigen Symptomcomplex hinweisen.

Bei dem Kranken S. (Fall 2) haben wir eigenthümliche Grössenideen kennen gelernt, die in einem Zustande alkoholistischer Erregung ein oder zwei Tage geäussert und dann verleugnet wurden. Sie waren ganz verschieden von den späteren Grössenideen desselben Kranken in der Geisteskrankheit, die consequent entwickelt und auch dauernd festgehalten wurden. Sie stellen nun unseres Erachtens ein degeneratives

Symptom dar, das in dieser eigenartigen Gestalt nur bei alkoholistischen Störungen gefunden wird.

Es mögen erst weitere Beispiele folgen:

25. Paul M., Schornsteinfeger, geboren 1865, aufgenommen 25. Mai 1904.

Sehr erregt, lärmst und schreit, läuft im Zimmer umher, affectirtes Benehmen, Größenideen, er sei der Graf Woltersdorf, habe 6 Häuser, seine Dienerschaft sei draussen, anspruchsvolles Benehmen. Hallucinirt, sieht Feuer, will solches löschen, begrüßt Frauenspersonen, verkennt die Pfleger, confabulirt in consequenter Weise, betrachtet den Arzt als seinen Gärtner und giebt ihm dienstliche Anweisungen und Vorhaltungen. Plötzlich dazwischen ganz ruhig, macht geordnete Angaben, um danach wieder dasselbe Gebaren fortzusetzen, giebt an, Diener und Equipagen gesehen zu haben, habe sagen hören: „Bitte, Herr Graf, steigen Sie ein!“ -- Nach Schlaf am anderen Tage klar, geordnet, giebt an, ähnliche Zustände schon dreimal gehabt zu haben nach Trunk und Aerger; auch gestern nach Aerger viel Schnaps getrunken. Weiss noch, dass er erregt ins Spital kam, was weiter geschah, wisse er nicht. Seine Ideen röhren wohl von den vielen „Schwarten“ her, die er gelesen.

Habe ab und zu Schwindelanfälle, es werde ihm dann schwarz vor den Augen. Tremor der Hände.

28. Mai entlassen.

9. Juni. In demselben Zustand aufgenommen, noch am anderen Tage erregt, sei Graf und Branddirector, schimpft heftig wegen Freiheitsberaubung. Noch am 3. Tage unangemessenes, dreistes Benehmen. Ablehnend. Dann geordnet. Weiss, dass er Streit gehabt und sich betrunken habe, sei Wohnung suchen gegangen, von da ab Amnesie.

9. September verlegt.

18. Februar 1905 wieder dasselbe Bild. Sei Polizeidirector, Commandeur, Graf, habe 8000 Mk. geerbt, wolle dem Kaiser dafür Juwelen kaufen. Läppisches Benehmen. Ironische Antworten. Klagen über Kopfschmerz und Schwindel. Erbrechen. Anderen Tags klar und einsichtig. Amnesie. Seither geordnet, aber läppisch.

Der erste und dritte Anfall entsprechen den epileptiformen pathologischen Rauschzuständen. Das zweitemal aber protrahirte sich der Anfall, noch zwei Tage lang Erregung, gereiztes, unangemessenes Betragen und noch am zweiten Tage die eigenthümlichen Größenideen. Der Kranke giebt an, diese Zustände nach Trunk und Aerger schon öfters gehabt zu haben. Er leidet an Schwindelanfällen mit Schwarzwerden vor den Augen. Für die epileptische Grundlage spricht auch die Amnesie.

26. Emanuel B., Journalist, 41 Jahre. Vom 1. bis 28. October 1898 hier wegen leichten alkoholistischen Dämmerzustandes.

21. Februar 1900. Leicht benommen. Sehr langsame und zögernde Bewegungen und Antworten. Ungenau orientirt. Er sei jetzt incognito, sei in

Wirklichkeit Unterstaatssecretär a. D. und Prinz von Japan. Sei a. D., weil ihm nach dem Tode Stephan's v. Podbielsky vorgezogen worden sei. Den letzteren Titel habe er erhalten, weil er dem Kaiser von Japan das Leben gerettet habe. Er wäre in Japan gewesen, um dort elektrische Anlagen zu machen und als der Kaiser einmal kam, sie zu besichtigen, sei er von einem grauen Bären angefallen worden, den Patient mit einem Degen erstach. Gegen ungläubige Bemerkungen dieser Erzählung gegenüber ist er nicht sehr empfindlich. Seit seiner Entlassung wiederholt mit kurzen Unterbrechungen in Krankenhäusern wegen Nervenschwäche. Giebt zu, wieder Bier und Schnaps getrunken zu haben.

Pupillen reagiren. Zunge belegt, weicht ein wenig nach rechts. Tremor der Hände. Reflexe. Muskelerregbarkeit lebhaft. Romberg.

23. Februar. Meint, er habe wenig geschlafen. Das sei besser, er müsse jetzt mit hoher Politik sich befassen, da er in den Reichstag gewählt werden würde. Auf energische Einrede gegen solche Erzählungen wird er perplex und roth. Erklärte später, nachdem er Nachmittags geschlafen, sei er jetzt klar. Sehe ein, dass die Geschichten Unsinn seien. Das seien Träumereien, denen er gerne in schlaflosen Nächten nachging. Wenn er etwas angetrunken war, erzählte er sie auch, ärgerte sich am anderen Tage darüber, manchmal aber habe er sie selbst geglaubt. Meint auch, sie jetzt in seinem geschwächten Zustand geglaubt zu haben.

28. Februar. Stets kummervoller Gesichtsausdruck. Müde und schlaff. Viele Klagen über allerlei Schmerzen, Reissen, Kopfschmerzen etc. Schlechter Schlaf, liege mit offenen Augen und überlasse sich seinen Ideen. Hinsichtlich der Größenideen erklärt er, es sei möglich, dass seine Phantasie manchmal mit ihm durchginge.

15. März. Fortgesetzt ruhig und geordnet. Dieselben Klagen. Verlegt.

B. ist ein neuropathisches Individuum, der wieder unter dem Einfluss von Alkohol in einen leichten Dämmerzustand geräth, in dem er unsinnige Größenideen und Confabulationen vorbringt. Ueber die Entstehung solcher Ideen äussert der Kranke, es wären Träumereien, die er nur aussprach, wenn er betrunken war, an die er manchmal aber selbst glaubte.

In Verbindung mit anderen Confabulationen und seltsam hypochondrischen Sensationen treten die Größenideen bei einem zweifellos Degenerirten in folgender Krankengeschichte hervor, die auch sonst grosse Eigenthümlichkeiten aufweist.

27. Theodor N., Kaufmann, geb. 1860. Vater des Pat. starker Potator, wahrscheinlich hereditäre Lues. Auf der Schule fauler, schlechter Schüler. Als Lehrling Veruntreuungen. In den nächsten Jahren ausschweifender Lebenswandel, 1884 wegen Unterschlagungen 2 Jahr Zuchthaus. Danach unsteter Lebenswandel, trank viel Korn und Rum, gerieth oft in schwere, aufgeregte Rauschzustände, deren er sich später nicht erinnerte.

Die erste Aufnahme hier 2. November 1886. Pat. hatte nach schweren Trunk-excessen behauptet, man habe ihm seinen Kopf genommen und ging mit einem grossen Messer bewaffnet darauf aus, einem anderen den Kopf abzuschneiden und sich selbst aufzusetzen. Jammert um seinen Kopf, könne nicht sprechen, nicht essen, beruhigt sich bald, erwachte am folgende Tage vollständig klar, völlige Amnesie. Intensiver Tremor. 5. November 1886 entlassen.

15. December 1886 wieder eingebroacht, total betrunken. Hatte in einer Wirthschaft den Versuch gemacht, einem Gaste das Bein abzuschneiden, um sich dasselbe an Stelle des seinen einsetzen zu lassen. An dieser Idee hielt Pat. mehrere Tage fest. Hatte sich die letzten Tage wiederholt über sein Bein geärgert. An die Scene im Wirthshaus unklare Erinnerung; sonst klar und geordnet. 29. December. Nachts unruhig, ängstlich, sein Kopf habe auf dem Tisch gestanden, habe deutlich gefühlt, dass er keinen hatte. Klagen über Angst, Herzklopfen, lebhafte Träume. 1. Januar 1887 Angst und Herzklopfen, 2—3 Stunden dauernd, ärgere sich über sein schlechtes Bein. 3. Januar. Sah heute Abend zwei weisse Kreuze an der Wand, vorher Angst, sieht ein, dass es Täuschung ist. 8. Januar. Hört heute Militärmusik; vorher wieder Herzklopfen, in der Zwischenzeit geordnet. 16. Januar. Hörte Leute unter dem Bett mit einander flüstern, habe das zu Haus öfters vor der Thür gehört. 26. Januar. Sah im Bett liegend den Deckenbalken auf einer Seite herunterkommen. Vor und nachher Angst und Herzklopfen. Sofort nachher immer Einsicht in die Krankhaftigkeit dieser Erscheinungen. Hypochondrische Sensationen kehren wieder, wird dadurch tief verstört. In seinem ganzen Wesen erschien Pat. unsicher, ängstlich, 26. Februar. Beschäftigte sich dauernd. Leugnet Hallucinationen, scheint aber zu dissimuliren. Klagt öfter über Angst. Keine Verfolgungssideen. Intelligenzdefekte nicht nachweisbar. 27. Februar. Aeussert plötzlich: Jetzt fahren sie wieder einen Todten hinaus. Glaubt, es hat jemand zu ihm gesprochen. 8. März. Sah Nachts an einem Faden ein Beil über seinem Kopf hängen, griff danach und erkannte die Täuschung. 27. März. Stützt plötzlich beim Gehen, er habe einen Moment eine Barrière in Leibeshöhe gesehen.

Im April 1887 in eine andere Anstalt, von dort am 10. September 1887 entlassen, hier 15. December 1887 wieder aufgenommen; bald nach der Entlassung habe er beobachtet, dass die Leute auf ihn besonders achteten; am Tage vor der Aufnahme wegen eines kleinen Diebstahls verhaftet, sah er im Gefängniss einen Mitgefangeinen bald roth, bald natürlich aussehen; sah rothe Männer etc. In der Anstalt das gleiche ängstliche, unsichere Wesen wie früher, litt anfangs an abendlichen Hallucinationen, hörte sich rufen, hypochondrische Ideen phantastischer Art (er sei gar nicht mehr da); am 21. November 1887 wieder transferirt, es verloren sich die acuten Symptome bald, Krankheits-einsicht blieb mangelhaft. Pat. war reizbar, zornmüthig, Andeutungen von Beachtungswahn. 8. September 1888 wieder entlassen. Am 9. November 1888 wurde er wieder hierher gebracht. Draussen Stimmen: „Lump, Schuft“, in Localen: „ist der Lump schon wieder hier“. Hier die ersten Nächte Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, sowie leichte Beängstigung,

Polizisten sprachen über ihn, katholische Geistliche umstanden sein Bett etc. Später frei, aber reizbar, händelsüchtig, glaubte sich stets zurückgesetzt und beeinträchtigt, liebte Denunciationen und Verdächtigungen des Wartepersonals.

In einer anderen Anstalt unverändert. Nach einer kurzen Beurlaubung hier neuerdings in leicht delirantem Zustande aufgenommen und zurückgebracht, blieb bis zum 25. Februar 1893. Mitte 1893 ohne dauernden Unterhalt, ergab er sich wieder dem Trunke. Am 16. August wieder in hiesiger Anstalt, die letzten Tage aufgereggt, schlaflos. Letzten Nachmittag nach Aerger hintereinander getrunken. Er hatte sich in mehreren Localen als Criminalbeamter ausgegeben, ausserdem in einem Geschäft einen silbernen Armreif gestohlen. Nur unklare Erinnerung an die Vorgänge. Kam plötzlich auf den Gedanken, ein Armband zu kaufen. Da kam ihm eine alte Idee, sich für einen Criminalbeamten auszugeben, die jedesmal, wenn er betrunken ist, in derselben Weise wiederkehrt. Ging in ein Geschäft, liess sich ähnliche Armbänder, wie das gekaufte zeigen, und entwendete eines. In der Anstalt vollständig geordnet bis auf erhöhte Empfindlichkeit und Reizbarkeit, dem Arzte gegenüber übertriebene Höflichkeit und Unterwürfigkeit. Fühlt sich immer beeinträchtigt. Deutliche Selbstüberschätzung.

9. März 1894 in Pflegeanstalt, September 1899 entlassen ins Armenhaus.

17. Januar 1900 wieder hier. Hatte auf der Strasse einen Auflauf verursacht, sich taubstumm gestellt.

War die letzten Tage aus dem Armenhaus fortgelaufen, hat sich umhergetrieben und getrunken; war in einer der letzten Nächte selbst in die Anstalt gekommen, verlangte seine Aufnahme und stellte sich als Prinz Albert vor.

In der Anstalt diesmal gleich geordnet, aber wehleidig, jammersüchtig; unklare Erinnerung an die vergangenen Tage. Starker Tremor der Zunge und Hände.

23. Februar. Zurückverlegt.

24.—25. August. In einer Wirthschaft mit dem Messer auf die Anwesenden eingedrungen. Bei der Verhaftung starker Widerstand, vor dem Polizeiarzt: sei Prinz Biron aus Tsintau, 1780 geboren, sei hergekommen, um Truppen zu werben.

Am anderen Tage weiss er von alle dem nichts, Amnesie bis zum Mittag des vergangenen Tages.

21.—26. September. Seit einigen Tagen unruhig, hört Stimmen, glaubt sich verfolgt. Sausen im Kopf. Schimpfen: „Schwein, Bastard“. „Wenn Du Dich nicht würgst, würde ich Dich.“ Angst, wollte zum Fenster hinauspringen.

In der Anstalt noch 2 Tage die Stimmen, auch Akoasmen, Jahrmarkt. Leichte Angst, dann frei.

10. October (5. Aufnahme). Angetrunken eingeliefert. Stimmen hätten ihm anbefohlen, 10 Fensterscheiben zu zertrümmern. Er giebt spontan an, er sei Prinz Tuau, Oberkommandirender, verlangt, dass man ihm mit der entsprechenden Achtung begegne. Affectionates Benehmen, Arzt und Umgebung werden verkannt. Wunde am rechten Handgelenk.

11. October. Ist zeitlich noch nicht genau orientirt, weiss nicht das Vor- ausgegangene und woher die Verletzungen stammen, nur dass ihm jemand ge- schlagen habe. Hält noch immer fest, er sei Prinz Tuan, Oberstkommandirender der chinesischen Truppen; man hält ihn für den Kaufmann N., in Wirklichkeit sei er es nicht.

13. October. Klar, geordnet und orientirt, seit dem 8. October habe er keine Ruhe mehr gehabt, habe Stimmen gehört. Man hatte ihn verfolgt. Was dann geschehen sei, weiss er nicht. Wie er auf die obigen Ideen kommen konnte, kann er auch nicht angeben.

20. November. Klagt ab und zu über rheumatische Schmerzen. Nerven- stämme und auch die Musculatur, insbesondere die Wadenmusculatur auf Druck empfindlich. Die rechte Wade etwas atrophisch. Zeitweise schleppt Pat. auch das rechte Bein nach.

14. December. Verlegt.

Nachdem häufig pathologische Rauschzustände vorausgegangen waren, treten eigenthümliche hypochondrische Sensationen im Trunk auf. Der Kranke will anderen Kopf und Bein abschneiden, um sie an Stelle der ihm genommenen oder erkrankten eigenen zu setzen. Zuerst nach der Beruhigung Einsicht, später aber dauern die hypochondrischen Sensationen und die abenteuerlichen Ideen in der Anstalt an. Es treten dann, während er äusserlich geordnet und ruhig blieb, immer anfallsweise vereinzelte Sinnestäuschungen, optische und acustische, aber auch hypochondrische Sensationen auf, bei völliger Klarheit, aber mit vorausgehender Angst und Herzklöpfen. Aehnliche Hallucinationen wurden bei Epileptikern auch ausserhalb der Anfälle von verschiedenen Beobachtern [Griesinger, Wildermuth, Aschaffenburg, Krafft-Ebing, Lachm und¹⁾] berichtet. Auch hier weisen wohl die Angstanfälle, welche die Erscheinung begleiten, wie das intermittirende Rothsehen eines Mit- gefangenen, auf die epileptische Natur der Erscheinungen hin, wenn auch Krämpfe nie aufgetreten sind. Patient sieht die Krankhaftigkeit der Erscheinungen immer ein, er reagirt auf die Sinnestäuschungen garnicht, während er durch die auch immer wieder auftretenden hypochondrischen Sensationen tief verstimmt wird. Im Uebrigen treten degenerative Züge während seines Anstaltsaufenthaltes hervor, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Eigenbeziehung, Krakehlsucht, Denunciationen des Personals u. s. w. Späterhin wiederholte kurze hallucinatorische Psychosen, die einige Tage in der Anstalt noch anhalten. Mehrfach dann alkoholistische Bewusstseinsstörung mit den phantastischen Grössenideen, sei Prinz Albert, Prinz Tuan etc. Einmal giebt er sich auch als Criminalbeamter aus.

1) Siehe Lachm und, Ueber vereinzelt auftretende Hallucinationen bei Epileptikern. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XV.

Während er für jene Grössenideen keine Erklärung geben kann, berichtet er über letztere, es sei ein Gedanke, der ihm jedes Mal in der gleichen Weise komme, wenn er betrunken sei. Zu bemerken ist, dass diesen Dämmerzuständen Angst, Hallucinationen und Verfolgungs ideen vorangingen. Nach Alkoholgenuss treten also wiederholt kurze Hallucinosen auf, aber auch in der Anstalt spontan kurz vorübergehende Angstzustände mit vereinzelten Hallucinationen, vermutlich epileptoide Erscheinungen, jedenfalls ist der Kranke aber ein ausgesprochener Degenerirter.

Mit Hysterie verbunden, zeigt das Symptom der Kranke:

28. Heinrich N., Bremser, 37 Jahre, aufgenommen 5. November 1896.

Bis zum 14. Jahre Krämpfe gehabt. Immer schreckhaft. Viel getrunken, um Unruhe zu betäuben. Oft Gesichter, Thiere gesehen, Männer auf der Bettdecke. Geräusche gehört. Wegen hysterischem (?) Erbrechen im Spital gewesen, Krämpfe gehabt (Potator). Oft Nervenschmerzen, viel Angst. Vor 7 Jahren Verbrennung. Starke Brandwunden. Ein Jahr krank. Pensionirt 1892. Seitdem zu Hause, viel gelesen. Wenn er ausging, betrunken. Trinkt Schnaps bis zum Ekel. Kümmel, Baldriantinctur, Höllensteine (?) in Rum gelöst. Gegen die Frau seit einem Jahre sehr gewaltthätig, heftige Wuthzustände, riss ihr ganze Büschel Haare aus. Bedrohte sie mit dem Messer. Heftige Beschimpfungen. Eifersuchtsideen, Nachts nicht geschlafen. Ein Selbstmordversuch mit Scheide wasser. Aus dem Krankenhaus Nachts ausgerückt.

6. November 1896. Pupillen reagiren. Zunge zittert; rechts aussen eine Narbe. Silbenstolpern, Tremor im Gesicht bei spontanem Sprechen. Grimassirt viel. Gesteigerte Patellarreflexe. Tremor bei subjectiven Anstrengungen. An der rechten Hüfte und der linken Rückengegend grosse Brandnarben. Eigenthümlich verschlossener Gesichtsausdruck. Schneidet viel bedrohliche Grimassen. Orientirt. Spricht wenig. Hat Beeinträchtigungsideen gegen seine Ehefrau. Gehörshallucinationen. Viel bedrohliche Stimmen von der Strasse. Beschimpfungen, Verhöhnen. Stimmen des Arztes: Schweinhund etc. Optische Hallucinationen, Fratzen, Mann mit starren Augen, nackte Gestalten. Beachtungswahn, man mache sich über ihn lustig, verachte ihn, weil er Säufer sei. Angst. Mehrfach Anfälle hysterischen Charakters. Frequente Athmung, Zähnekirschen und Fletschen. Augenverdrehen. Gute Pupillenreaction. Erhaltene Empfindung. Sensorium erhalten. Convulsivisches Zittern. Rennt oft mit dem Kopf gegen die Wand. Blutandrang und eine Wuth, dass er sich nicht zu helfen weiss. Ende December freier, gute Stimmung, nicht mehr ängstlich.

4. Januar 1897 wieder sehr ängstlich, hört wieder viel Stimmen, rennt oft gegen die Wand. 12. Februar. Seit Ende Januar Besserung. Nachlass der Erregungen und Hallucinationen. Stampf. Erschöpft. Klar, Krankheits einsicht, aber für die Hallucinationen wenig mittheilsam. Geordnet, guter Schlaf. 19. Februar. Pat. ist heute plötzlich wieder rückfällig geworden, liegt wieder zu Bett, finstres Gesicht. 21. Februar. Wieder wohler. 29. Mai. Seit-

her meist geordnet. Wohlbefinden. Fleissig. Hört aber von Zeit zu Zeit Stimmen. In Folge dessen sehr erregt, schimpft heftig, gereizt gegen andere Kranke. Beruhigt sich nach einiger Zeit. Alle paar Wochen Krampfanfall. 14. August. Seither ganz geordnet. 16. September. Mürrisch, unzugänglich; plötzlich heftig erregt, zerschlägt Scheiben; er lasse sich nicht beschimpfen, ausstopfen. Schon gestern Abend aggressiv gegen Kranke. Für seine Erregung ohne Einsicht, wohl aber für die erste Psychose. Habe viel Angst gehabt, mit Verstorbenen gesprochen. 18. December entlassen.

1898. Kurzer alkoholischer Erregungszustand.

9. Juni 1900. Bei der Aufnahme starker Foetor alcoholicus. Scheu um sich blickend. Zeitlich ungenau orientirt. Giebt an, verschiedene Bilder, Gestalten zu sehen und sehr viel zu hören. Aeussert sich aber nicht über den Inhalt des Gehörten. 10. Juni. Geschlafen.

Status: Pupillen sehr eng, reagiren. Zunge zittert. Leichter Tremor der Hände. Leichte Facialisparesis links. Patellarreflexe gesteigert. Bringt mit grosser Selbstgefälligkeit und vergnügter Stimmung allerlei Phantastereien vor. Er sei das vorige Mal im Krankenhause gestorben und nun zum zweiten Mal auf der Welt; sein Geist bleibt frisch, fährt in einen anderen neuen Leib, er werde immer leben. Wenn die Zeit gekommen, verfliesset er in nichts, werde unsichtbar. Habe die Kräfte von Gott, Gott spricht zu ihm, sagt ihm, was er thun solle. Werde einst die ganze göttliche Gewalt bekommen. — Klagt über heftige Kopfschmerzen, es mache ihm soviel Bilder vor. Habe wieder viel Baldrian mit Aether getrunken.

15. Juni. Vollständig ruhig und geordnet. Weiss sich nicht mehr auf die obigen Aeusserungen zu besinnen. Einsichtig. Er habe wieder zu viel Gemengten getrunken und werde wohl vieles gesagt haben, was nicht vernünftig ist. 25. Juni. Fortgesetzt geordnet. Entlassen.

7. October. Zu Hause erregt, hat Möbel demolirt. 8. October. Heut zeitlich und örtlich orientirt. Sei blass hergekommen, um eine Nacht hier auszuruhen, er wolle nach Philadelphia reisen, habe Millionen, auch 6 Häuser im Besitz, er sei hergebracht worden, weil er ein Rittergut kaufen wolle. Nimmt eine hoheitsvolle Pose an. Grimassirt, rollt die Augen, verzieht den Mund. — Habe Brustschmerzen. Es thue ihm überhaupt alles weh.

Nach Angabe der Frau ist Pat. in letzter Zeit immer reizbar geworden, hat viel hallucinirt. Hat andere Leute belästigt. 11. October. Ruhig, geordnet. Aeussert nichts mehr von den Grössenideen. Angeblich Amnesie für den Erregungszustand zu Hause. 14. October. Giebt an, derartige Ideen, wie oben, kommen ihm oft. 19. October. Giebt heute an, er habe in Folge der Stimmen, die er gehört hat, geglaubt, seine Frau poppe ihn. Aus diesem Grunde habe er sie verhauen und in seiner Wuth verschiedenes zerschlagen, hätte wieder getrunken. Einsichtig. 29. October 1900 entlassen.

22. December 1900. Seit einigen Tagen sehr unruhig, sehr gereizt; kein Schlaf. Bei der Aufnahme stellte er sich als Generalfeldzeugmeister Skobeljew vor. Wieder stark nach Schnaps riechend. Den Arzt begrüßt er: „Sie kommen mir etwas bekannt vor, Sie muss ich schon irgendwo gesehen haben.“

Mit „Herr N.“ angerednet, ruft er gereizt: „Ich verbitte mir diese Anrede, das bin ich nicht.“ Auf der Station zunächst ruhig; gegen Abend verlässt er das Bett, nimmt allerlei theatralische Posen an, fuchtelt mit den Händen in der Luft herum, grimassirt, rollt mit den Augen, faucht vor sich hin.

Sei jetzt der Obergott; Gott stehe unter ihm; die Leitung der ganzen Welt liegt jetzt in seinen Händen. 23. December. Nachts auf Paraldehyd geschlafen. Ist nicht mehr Obergott, aber Generalfeldzeugmeister. Oertlich orientirt, zeitlich nicht. Er ist hierher gekommen, um seine alten Freunde wieder einmal zu besuchen. Ruhig. Leugnet, getrunken zu haben. 24. December. Heut klar, orientirt und einsichtig. Erinnere sich an seine „verrückte Ideen“ nicht, er leide öfters daran. Es sei möglich, dass solche Zustände mit dem Schnapstrinken zusammenhängen. 30. December. Fortgesetzt ruhig und geordnet.

5. Januar 1901. Verzerrt ab und zu das Gesicht, verdreht die Augen. Verfügt über Hunderte von Millionen, verbält sich aber ganz ruhig, liegt zu Bett. 28. Januar. Meist ruhig, einmal aggressiv gegen einen Patienten, er lasse sich nicht reizen. Oft unarticulirte Töne und Schreie ausstossend. Er könne nicht anders. Desgleichen Singultus und Grimassiren. Meist vergnügter Stimmung, arbeitet selten, amüsirt durch Witze und läppische Einfälle. 10. Februar. Frägt, ob es wahr sei, dass er 12 Mark Reisespesen mit auf den Weg bekomme. Will nach Berlin, der Kaiser schenke jedem 50 000 Mark etc. 11. Februar 1901. Auf Wunsch entlassen.

24. Juni 1901. Bei der Aufnahme euphorisch, orientirt. Nachts unruhig geschlafen. In den letzten Tagen gehäufte Krampfanfälle, Erregungszustände, schimpft, droht, versucht aggressiv zu werden. 28. Juni. Aeusserte vorübergehend Grössenideen, er sei der Schah von Persien etc., wollte allerhand Erfindungen machen, Geordnetes Verhalten, habe sich wegen seiner Frau aufgeregt, habe in der Küche so was gehört, als ob Jungen bei seiner Frau wären. 29. Juni. Will die Nacht Stimmen gehört haben, es habe in der Wand „gepischt“.

5. Juli. Bringt ab und zu seine phantastischen Grössenideen vor, sonst geordnet. 10. August 1901. Entlassen.

24. August 1902. Seit mehreren Wochen erregt, sang tagelang; auch auf der Strasse.

Bei der Aufnahme vergnügt, singt und tanzt. Die Leute im Hause hätten ihn geärgert, ihm das Essen verunreinigt. Er sei Cultusminister von ganz Europa, Reformator des deutschen Reiches etc. Ruhig, singt bisweilen in einem selbstgebildeten Kauderwelsch. Spricht meist mit gezielter Stimme. Er ist als Redemeister engagirt, werde eine Millionärstochter heirathen. 26. August. Will zu Hause öfters Stimmen gehört haben, habe bis nach Bayern gesprochen etc. Allerhand Scherze, singt, grimassirt in der Art eines Groteskommikers.

5. November. Ruhig, geordnet. Seltens noch seine abenteuerlichen Einfälle. Will entlassen sein, um eine Millionenbraut zu heirathen. Discutirt und vertheidigt solche Ideen, lacht aber manchmal selbst darüber. 19. December. Entlassen.

12. Mai bis 6. Juni 1903. Nach Trunk wieder kurze Erregung. Wie vorher.

19. October 1903. Hat die Frau verprügelt. Er schimpfte und lärmte, behauptete, sie veran lasse die Leute, ihm das Bier zu verunreinigen.

Bei der Aufnahme orientirt, ruhig. Stellt sich als Generalleutnant vor.
20. October. Nachts ruhig. Giebt die Erregungen zu. Wieder seine abenteuerlichen Ideen.

4. December 1903. Bis auf zeitweise läppische Erregungen geordnet. Hält an den Beeinträchtigungs- und Eifersuchtsideen gegen die Frau fest.

26. Februar 1904. Während eines schweren, katarrhalischen Icterus unverändert. Wahnvorstellungen und das albern scherzende Benehmen, wie vorher.

21. Mai. Körperlich wohl. Producirt immer seine Phantastereien. Geordnet, fleissig.

29. Juni. Verlegt.

Schon in der Jugend bestehen Anfälle, in der Anstalt ausgesprochene hysterische. Nach starken Alkoholexcessen tritt eine hallucinatorische Psychose auf mit Angst, Gehörs- und Gesichtshallucinationen und Verfolgungsideen. Nach einigen Wochen Beruhigung, aber nun wiederholen sich immer wieder Recidive, zuletzt nur in der Dauer von einigen Stunden. Erregung in Folge hallucinirter Beschimpfungen. Dazwischen ruhig, geordnet, klar und einsichtig. Der Kranke blieb nicht dauernd in der Anstalt und so hängen die späteren Erkrankungen immer wieder mit Alkoholexcessen zusammen. Sie beginnen immer mit Hallucinationen, in Folge dessen Eifersuchs- und Beeinträchtigungsideen gegen die Frau, dann die phantastischen Grössenideen, für die nach einigen Tagen immer wieder Einsicht kommt. Er selbst führt sie auf den Alkoholabusus zurück. Später bringt er die gleichen Ideen auch während des Anstaltsaufenthaltes zeitweise vor, einmal ernsthaft, dann wieder scherzend; arbeitet daneben meist fleissig, bietet lange Zeit gar nichts Auffälliges, oft aber ein albernes, läppisches Benehmen. Dauernd Eifersuchtsideen gegen die Frau.

Bei allen diesen Kranken tritt also ein gemeinsamer Symptomencomplex auf. Sie produciren ganz phantastische, abenteuerliche Grössenideen, sind Prinz von Japan, General Skobeljew, Prinz Tuan, besitzen grosses Vermögen etc. Sie confabuliren entsprechend, malen die Situation aus und suchen ihre Rolle durchzuführen. Dieses Gesuchte springt dabei häufig in die Augen, die Kranken benehmen sich affectirt, hochfahrend. Sie zeigen nicht die Euphorie des Paralytikers, eher eine gewisse Reizbarkeit, aber doch auch nicht die ekstatische und angstvolle Agitation des Epileptikers. Aber die Zustände sind nicht alle gleich; die Kranken sind wohl alle in einem veränderten Bewusstseinszustand, aber dieser ist nach der verschiedenen Grundlage verschieden. Sie decken sich nur in einem Falle mit pathologischen Rauschzuständen,

in dem Heilbronner¹⁾ ähnliche Grössenideen gesehen hat, öfters mit den alkoholistischen Dämmerzuständen, die Möli²⁾ mitgetheilt hat, der unter seinen Beobachtungen auch 2 Fälle mit expansiven Ideen hat. Das eine Mal bei einem Traumatiker war das Bild ganz das gleiche, wie in unseren Fällen, nach Schlaf bestand Klarheit und Amnesie. Im anderen Fall mit hysterischen Symptomen bestand nur das Gefühl, als ob ihm die Welt gehörte. Mehrfach kommt es erst zu einem allmäglichen Abklingen unter Fortdauer der Grössenideen im Rahmen einer kurzen Psychose.

Im Fall 25 mit sonstigen epileptiformen Erscheinungen sehen wir bei demselben Individuum 2 mal einen epileptiformen pathologischen Rauschzustand mit entsprechenden Hallucinationen und motorischer Unruhe und einmal einen protrahirten Dämmerzustand. Hier wie in 27, einem ebenfalls wahrscheinlich Epileptischen, bestand Amnesie. Auch die Entstehungsweise ist hier wie beim pathologischen Rausch ein Zusammenwirken von Aerger und Alkohol, analog im folgenden von mangelhafter Ernährung und Alkohol. In diesem Fall 26 ist das Symptom ganz rein und isolirt. Von Epilepsie oder Hysterie ist nichts zu erfahren, aber doch viel allgemein neurotische Beschwerden. Hier bestand keine völlige Amnesie, ebensowenig bei 28, dem obigen Fall 2 und einem noch zu besprechenden (29), die alle drei Hysteriker betreffen. Fall 27 zeigt es auch einmal isolirt in einem solchen Dämmerzustand, sonst ist es bei ihm, wie in den noch übrigen Fällen, mit anderen psychotischen Erscheinungen, Angst und Hallucinationen, verbunden. Gewöhnlich geht eine hallucinatorische Psychose voran, die Angst und Erregung steigert sich und unter weiteren Alkoholgenuss kommt es zu dem Dämmerzustand. Das Symptom hat die Neigung einmal aufgetreten, sich in künftigen pathologischen Bewusstseinszuständen zu wiederholen, die Ideen sind dann immer ähnliche, aber nicht ganz die gleichen. Eine schwere Benommenheit bestand in keinem Fall, was Möli für diese Zustände für charakteristisch hält. Am grössten war sie noch in den pathologischen Rauschzuständen bei 25, hier schwankte auch, wie dabei zumeist, die Orientirung. Bei 26 bestand mehr eine träumerische Versunkenheit, auch bei den übrigen war eine Benommenheit kaum merklich. Sie verkannten die Umgebung nicht immer, ob

1) Heilbronner, Ueber pathologische Rauschzustände. Münch. med. Wochenschr. 1901.

2) Möli, Ueber die vorübergehenden Zustände abnormen Bewusstseins in Folge von Alkoholvergiftung etc. Allg. Ztschr. f. Psych. 57.

sie aber Alles richtig auffassten, war nicht zu entscheiden. Eine zeitliche Unklarheit bestand immer. Die Amnesie war auch verschieden, meist keine völlige, aber wechselte auch bei den verschiedenen Anfällen desselben Individuums. Der pathologische ging nach Schlaf oder auch sonst direct in den normalen Bewusstseinszustand über. Die Grössenideen wurden, wenn Erinnerung bestand, als traumhaft bezeichnet.

Ueber den Ursprung der Ideen giebt 26 an, es seien Träumereien, die er nur in der Betrunkenheit aussprach, aber manchmal selbst glaubte. 25 vermuthet, dass die Ideen wohl aus den „Schwarten“ stammen und auch Fall 28 sind sie nicht unbekannt, solche Ideen kämen ihm oft in der Trunkenheit. Die Anderen wollten nicht wissen, wie sie dazu kamen, indessen sprechen die Kranken nach der Beruhigung nicht gern über diese Ideen und verleugnen sie. Sie erwachen also in diesen Fällen vielleicht erst in den Dämmerzuständen, während bei anderen Ideen, die auch sonst vorhanden sind, auftauchen und die Bewusstseinsverfälschung in dem Dämmerzustand bilden, also ähnlich, wie es Möli für die Fälle schildert, wo ein schon vorher vorhandener Gedanke in dem Dämmerzustand herrscht und zur Ausführung kommt. Wie es der Kranke B (26) schildert, stellt das Symptom eine Art Pseudologia phantastica dar. In anderen Fällen vergesellschaftet es sich auch mit gleichartigen Erscheinungen, der Kranke N. giebt sich in der Trunkenheit als Detectiv aus, eine Idee, die ihm immer in der gleichen Weise, aber nur in der Trunkenheit wiederkehrte. In 2 und 28 dageben noch ganz ähnliche Confabulationen. Die Ideen bleiben auch manchmal über die Beruhigung und eine gewisse Aufhellung hinaus bestehen, können dann aber durch Suggestion leicht beseitigt werden. Die Pseudologia ist also durch den Alkohol hervorgerufen, denn wenn die Ideen auch nicht allemal zuerst unter der Alkoholwirkung entstehen, so werden sie doch dann zuerst geäußert und geglaubt; in den Dämmerzuständen aber erhalten sie die suggestive Kraft, dass sie das Denken der Kranken beherrschen. Diese Dämmerzustände sind aber immer alkoholistische, durch Alkohol ausgelöste, wenn auch wie oben erwähnt bei 25, 26 und 29, die keine schweren Gewohnheitstrinker, aber intolerant sind, unter Mitwirkung von schwächenden Momenten und Erregungen. In den anderen Fällen scheinen die Angst und Hallusionen die Rolle äusserer Reizungen zu übernehmen. Diese Kranken sind langjährige Trinker, in den meisten Fällen sind andere alkoholistische Erkrankungen, pathologische Rauschzustände, kurze halluzinante Zustände, selbst ausgesprochene Psychosen, schon vorhergegangen. Wenn auch andere psychotische Erscheinungen schon bestehen, so treten

die Grössenideen doch immer erst in dem Dämmerzustande hervor. In nicht alkoholistischen Bewusstseinsstörungen haben wir sie in dieser Form nie gesehen¹⁾). Insofern stellen sie also einen alkoholistischen Grössenwahn der Degenerirten dar. Dass die Kranken Degenerirte sind, begiebt wohl keinem Zweifel, bis auf den einen unseren zeigen alle epileptische oder hysterische Symptome, der eine Möli's nach Trauma Alkoholintoleranz, also eine gleichwerthige Prädisposition.

Hier interessirt noch besonders das Vorkommen dieses Symptoms in Verbindung mit hallucinatorischen Erkrankungen.

In den letzten beiden, besonders der letzten Krankengeschichten, sehen wir Gegenstücke zu den oben besprochenen Fällen „hallucinatorischen Schwachsins der Trinker“, die Schröder mitgetheilt hat. In beiden Fällen wiederholen sich periodisch hallucinatorische Zustände, die besonders im zweiten Fall genau dieselbe Gestaltung haben, wie dort; nach einer Hallucinosis treten immer anfallsweise bei sonst geordnetem Benehmen wieder Hallucinationen und Erregungen auf, danach bald wieder Beruhigung mit theilweiser Einsicht. Daneben finden sich ferner hysterische Zustände, ein läppisches Benehmen, Grössenideen, bald unter Affect geäussert, bald mehr, ohne dass Werth darauf gelegt wird, humoristisch. In der Krankengeschichte VIII bei Schröder wird nun neben den hallucinatorischen Anfällen, ebenfalls das hysterische Benehmen erwähnt, der possenhafte Aufzug, in dem der Kranke herumläuft, desgleichen die flüchtigen Grössenideen, der Kranke giebt sich bald für einen Baron, bald Freiherrn aus; die Uebereinstimmung ist eine weitgehende, nur überwiegen dort die hypochondrischen Sensationen, die wir wieder im vorigen Falle ausgesprochen haben, wo neben ver einzelten Hallucinationen hypochondrische Sensation phantastischer Art wiederkehren, die periodisch Verstimmungen und Reizzustände des Kranken veranlassen.

Auch bei den Schröder'schen Fällen überwiegen bald Sensationen, bald Hallucinationen. Es scheinen uns also die dort mitgetheilten Fälle, wie schon erwähnt, alkoholistische Erkrankungen Degenerirter darzu-

1) Anmerkung bei der Correctur: Bei Untersuchungsgefangenen sahen wir in letzter Zeit ein ähnliches Symptomenbild. Aber der Verlauf war hier ein anderer, die Ideen knüpften mehr an die Situation der Kranken an, ähnlich wie in der im Gefängniss entstandenen Psychose unserer Kranken S. (2), oben; sie sind reicher und consequenter ausgeführt, entsprechend den hysterischen Confabulationen, es fehlt ihnen der Affect der alkoholistischen Bewusstseinsstörungen. Sie bewiesen aber, dass wir es in den obigen mit gleichartigen, nur hier durch Alkohol ausgelösten Erscheinungen zu thun haben.

stellen. Die Kranken werden schliesslich dement, es ist das auch bei unseren hier deutlich: schon unser Fall 2 fiel später durch sein läppisches und dementes Benehmen auf. Beim vorletzten war der Affect ganz abgestumpft, der Kranke blieb zuletzt still, apathisch, verschüchert und ohne Interessen. Der letzte Kranke aber zeigte schliesslich ein albernes Wesen; während er anfangs die abenteuerlichen Wahnbildungen ausserhalb der Dämmerzustände als Verrücktheiten und Dummheiten bezeichnete, tischte er sie später immer wieder mit Vergnügen auf. Diese geistige Schwäche ist jedenfalls ein Product des fortgesetzten Alkoholismus des fortschreitenden degenerativen Proesses. Das Charakteristische dieser Formen ist also die Phantastik, der periodisch intermittirende Verlauf, die geringe Festigkeit und Aktionsfähigkeit der Wahnenideen, eine gewisse geistige Schwäche und Urtheilslosigkeit; dabei meist äusserlich unauffälliges Benehmen, also Eigenheiten, die ähnlich dem hallucinatorischen Schwachsinn zugeschrieben werden. Luther¹⁾ erwähnt auch chronische Psychosen, in denen Grössenideen bald ernsthaft behauptet, bald scherhaft behandelt wurden, vielleicht stimmen sie mit den hier beschriebenen überein.

Nähern sich diese letzten Krankheitsfälle dem Bilde des „hallucinatorischen Schwachsins“, so können diese Grössenideen in Verbindung mit den Herderscheinungen des Alkoholismus wieder eine Form der alkoholistischen Pseudoparalyse liefern.

29. Emil J., Barbier, 44 J., aufg. 11. Januar 1896.

Sehr erregbar, jähzornig, intolerant gegen Alkohol, nach wenig Schnaps und Bier sehr erregt.

Ziemlich aufgeregt, Grössenideen. Er ist der Kaiser von Deutschland. Er habe den Hospitaldienern 10000 Mark gegeben. Behauptet 300000 Mark mit hereingebracht zu haben. Er sei der Prinz von Fürstenberg. Auf der Station ruhig, blieb im Bett.

14. Januar. Ruhig, Grössenideen nach Schlaf geschwunden, bezeichnet sie als traumhafte. — Sprachstörung. Geringer Tremor der Zunge. Bei Seitwärtsbiegungen Mitbewegungen des Facialis. Rechter Facialis leicht paretisch. Steifigkeit in den Streckern des Oberschenkels. Reflexe etwas erhöht. Dermographie.

28. Januar. Glaubt sich von einem Schutzmann verfolgt. Fühlt sich dadurch in Angst versetzt. Stiche in der Brust, wie mit Messern durchbohrt, sowie ihn der Schutzmann anbliekte. Will sich nicht als Verbrecher ansehen lassen. Geräth bei der Production dieser Erlebnisse in Affect. Keine Krankheitseinsicht dafür. Krankheitseinsicht für Grössenideen. Sprachstörung deutlich.

1) l. c.

20. Februar. Euphorisch ohne bleibende Krankheitseinsicht. Einmal hysterische Absenz nach einer Untersuchung seines Zustandes, mit Weinen, Jammern, Umherwälzen, Reaction auf Nadelstiche. Keine Antworten auf Fragen. Keine Zuckungen, habe solche Anfälle nach Aerger schon öfter gehabt. Orientirt. Gedächtniss recht defect, Merkfähigkeit gut, Rührselig. Sprachstörung noch angedeutet. Die rechtsseitige Facialisparese kaum noch sichtbar.

7. März. Heut auf Antrag seiner Frau entlassen.

II. Aufnahme. 3. August 1896 Abends 11 Uhr in erregtem Zustand aufgenommen, orientirt, Rededrang, gehobener Stimmung. Am anderen Morgen ganz ruhig, giebt geordnete Auskunft. Tags vorher Aerger und Trunk.

Geräth während seiner weitschweifigen Erzählung gelegentlich in verdächtige euphorische Stimmung. Keinerlei Krankheitsgefühl, versichert lachend, er sei ganz gesund. Pupillen gleich weit, reagiren in allen Qualitäten. Facialis ohne Differenz. Vibrieren der Gesichtsmusculatur beim Zeigen der Zahne und Zunge. Sprachstörung geringen Grades. Lebhafte Sehnenreflexe.

7. August. Tremor der Hände. Sehr erregbar. Für Erregungszustände Einsicht.

12. August. Entlassen.

III. Aufnahme 29. März bis 24. Juni 1897.

IV. Aufnahme 21. August bis 27. October 1897. Beidemal pathologischer Rausch, tobt und skandalirt mehrere Stunden. Nach Schlaf klar, geordnet.

V. Aufnahme 1. September 1904. Bei der Aufnahme gehobener Stimmung, erklärt in burschikoser Weise, Ref. solle ihm sofort das Bein abnehmen. Stellt sich als Regierungsrath von Hoffmann vor, spricht von seinen Millionen, zieht Zeitungen, Papiere aus der Tasche, die er als wichtige Documente Ref. vorlegen will.

2. September. Nachts ruhig. Producirt heut eine Anzahl unsinniger Grössenideen, hat aber nichts von der Euphorie des Paralytikers, geräth bei Zwischenfragen in Verlegenheit. Er heisse Hoffmann, sei Bau-Regierungsrath, sei hier im Krankenhaus, wolle sich das Bein abnehmen lassen, das müsse weg, sei ihm im Wege. Er habe Millionen, bezahle Alles.

Giebt dann zu, mehrere Male hier gewesen zu sein; klagt über Beklemmungen, Kopfschmerzen, als ob die Stirn von Messern zerschnitten würde. Er höre Stimmen, er solle zu Sr. Majestät kommen, das ganze Geld mitbringen. Majestät würde mit ihm nach Russland fahren, wo man das Geld brauche. Giebt später auf Vorhalt seinen richtigen Namen an.

Status: Pupillen reagiren prompt, mit geringem Ausschlag. Zunge gerade, zittert. Starker Tremor der Hände und Gesichtsmuskulatur. Patellarreflexe gesteigert. Leber vergrössert. Am Abend klar. Oertlich und zeitlich orientirt. Seit 14 Tagen fühle er sich krank, es wurde ihm schwarz vor den Augen; auf der Strasse erschrak er plötzlich, sah einen hinter sich stehen, der ihn verfolgte. Hörte rufen, dass er mitkommen solle. Angeblich nur ab und zu getrunken. Herabgesetzte Merkfähigkeit.

3. September. Nachts angeblich wenig geschlafen, träumte schlecht; es war ihm so, als wären Kinder im Bett.

15. September. Dauernd ruhig und geordnet. Mitunter larmoyanter Stimmung. Klagt auch zuweilen über leichte und unbestimmte Aengstlichkeit. Schläft angeblich schlecht, braucht Hypnotica.

10. October. Zunächst oft noch missmuthig, reizbar, klagt über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Später arbeitet er fleissig im Garten, reizbar. Einsicht für die Grössenideen und den Alkoholismus. Gebessert entlassen.

Neben den Grössenideen erwecken also die Sprachstörung, Facialisparesse, Tremor der Zunge, die Euphorie und Gedächtnissdefekte den Verdacht der Paralyse. Wie der weitere Verlauf zeigt, bewährt er sich nicht. Die Herderscheinungen bessern sich schnell und für die Grössenideen tritt sofort Einsicht auf; das kann wohl auch nach kurzer Beobachtung einen Irrthum ausschliessen, besonders, wenn, wie im vorliegenden Fall, hysterische Anfälle auf das hier beschriebene Symptom hinweisen. Auch bei diesem Kranken wieder ausgesprochene Hysterie; neben dem Grössenwahn pathologische Rauschzustände und auch ein anderer Exaltationszustand, Lebhaftigkeit, Rededrang und Euphorie. — 9 Jahre später wiederholt sich derselbe Zustand wie damals, jetzt zeigt sich wieder die Aehnlichkeit des Symptoms mit der Pseudologia phantastica. Diese eigenthümlichen Expansionszustände können also wieder ein Bild der alkoholistischen Pseudoparalyse geben. Aus den angeführten Momenten wird die Diagnose wohl bald gestellt werden können.

Schwierig kann die Entscheidung auch noch in gewissen Fällen von Manie werden, worauf auch Heilbronner¹⁾ jüngst hingewiesen hat. Rufen die in den mittleren Jahren auftretenden Manien so wie so immer den Verdacht der Paralyse wach, so ist die Verwechselung besonders leicht, wenn sich zu den manischen die alkoholistischen, insbesondere die cerebralen Herderscheinungen hinzugesellen. Hierfür möge kurz nur ein Beispiel angeführt werden.

30. Georg Z., Restaurateur, 42 Jahre.

Anamnese (Ref. Frau). Keine Kinder am Leben. Keine Fehlgeburten etc. Vater und Schwester des Pat. trinken. Pat. ist immer leicht aufgeregt gewesen. Hat seit mehreren Jahren viel getrunken. Seit dem Tode des Kindes verändert, grämte sich damals sehr, war sehr still. Eifersuchtsideen, drohte mehrfach Ref. zu erschlagen. Seine Erregung zeigte Schwankungen. Seit 5 Wochen treibt er es wieder schlimm, trieb sich viel in Cafés etc. herum, lebte über seine Verhältnisse. Brannte oft Nächte lang Licht. Bedrohte Ref. mit dem Revolver, wenn sie ihm kein Geld gab. Bildete sich ein, er wäre der stärkste Mann der Welt, wollte nach Paris, den Meisterschaftsgürtel holen.

1) Heilbronner, Die strafrechtliche Begutachtung etc.

Er wäre steinreich, verschenkte Sachen, gab umsonst Waaren hin. Hielt nicht auf sich, wusch sich nicht.

Trieb sich mit Frauenzimmern herum, fuhr mit einer Puella per Droschke spazieren, brachte sie dann nach Hause, stellte sie seiner Frau als seine Braut vor, als das schönste Weib der Welt.

Mit 27 Jahren angeblich öfters schwindlig gewesen, mehrere Male umgefallen.

30. Januar. Grosser, kräftiger Mann. Pupillen gleich weit, reagiren gut. Linker Facialis schwächer innervirt als der rechte. Zunge zittert, weicht etwas nach rechts ab. Zittern der Gesichtsmuskulatur und Tremor der Hände. Patellarreflexe gesteigert. Leichte Hyperästhesie. Leber etwas vergrössert. Herzähmung nach links verbreitert, Töne rein. Oertlich und zeitlich orientirt. Eifersuchtsideen gegen die Frau, berichtet über bestimmte Vorgänge (!). 1899 machte die Frau in Folge seiner Vorhaltungen Suicidversuch; ihm selbst sei damals nach dem Genuss von Kaffee schlecht geworden, es sei nicht unmöglich, dass die Frau ihm etwas hineingethan habe. Habe später die Frau wieder zu sich genommen.

Er sei ein Mechaniker, wie es keinen zweiten gäbe, habe Tag und Nacht gearbeitet, die letzten 4 Wochen nicht geschlafen, sei bei der Arbeit zusammengebrochen. 1. Februar. Drängt fort, er sei gesund, die Frau würde inzwischen seine ganzen Sachen verkaufen. Ein Freund habe durch verabredetes Händeklatschen ihm das mitgetheilt. Grössenideen, Gefühl der gesteigerten Leistungsfähigkeit. Er habe eine Menge selbstspielender Musikwerke im Werthe von 15000 Mark. Er habe diese alle selbst gearbeitet. „Mich sollten Sie einmal vor Gericht sprechen hören.“ Er sei Athlet, Schwimmhünstler, Billardkünstler, spiele aber nur mit Elfenbeinbällen. Er spiele Klavier, Geige etc. Leichte Inkontinenz der Stimmung. 20. Februar. Ruhig, aber euphorisch, selbstbewusst, hat allerlei Wünsche, lässt sich aber leicht beruhigen. Rededrang, kommt dabei aber von Einzelheiten zu Einzelheit, sehr umständlich, behält jedoch leidlich den Faden. Sehr drastisch und ungeniert. Etwas Bewegungsdrang. Merkfähigkeit erhalten, rechnet befriedigend. Schlaf unregelmässig. 2. März. In den letzten Tagen wieder etwas lebhafter, bramarbasirt viel von seinen Fähigkeiten und Verdiensten. Bei skeptischen Entgegnungen leicht gereizt, geräth wiederholt mit den Mitpatienten in Conflict. 26. März. Beständig Misstrauen gegen die Frau, sie werde ihn betrügen und sein Geld vergeuden. Somatisch nichts Besonderes.

29. März. Von der Ehefrau herausgenommen.

II. Aufnahme. Den ganzen Sommer hindurch erregt gewesen, gegen den Herbst still, missgestimmt. Einsicht für die erregte Phase, er müsse wohl krank gewesen sein. Den Winter hindurch niedergeschlagen, viel Kopfschmerzen, mitunter Schwindel (trank viel). Müde und schlaff in seinem Wesen. Hatte aber gutes Urtheil für seine Lage und seine unzweckmässige Lebensweise. Konnte sich seinen Unterhalt verdienen. Gegen das Frühjahr wieder erregt, reizbar, gewaltthätig, machte wieder grosse Pläne, wollte alles Mögliche kaufen, als Ringer auftreten etc.

24. April 1905 wieder in die Anstalt gebracht, wie das vorige Mal. Dieselbe Euphorie, Rede- und Bewegungsdrang. Gehobenes Selbstgefühl, Grössenideen, Renommistereien, Reizbarkeit. Merkfähigkeit, Rechnen und Combiniren ungestört, Pupillen reagiren, Reflexe gesteigert, Tremor. — Am Abend des zweiten Tages unruhiger, Nachts ängstlich, die anderen Kranken schnitten Gesichter, tuschelten, riefen Schimpfworte, neckten und foppten ihn. Schimpfte heftig.

Am anderen Tage wieder frei davon, aber ohne Einsicht. Blieb ferner frei. Die maniakalische Erregung liess ein wenig nach. Wurde von der Frau am 10. Juni wieder herausgenommen.

Entschieden musste man zuerst, in Folge der Facialisparese, der Zungenabweichung, des Tremors der Zunge und der Gesichtsmuskulatur, neben der Euphorie und den Grössenideen an Paralyse denken und der Verdacht war auch lange rege, besonders da noch von Schwindelanfällen berichtet wurde. Indessen die Herdsymptome schwanden in der Anstalt bald, bei dem zweiten Aufenthalt war die Pupillenreaction noch ungestört, die Merkfähigkeit und Combination zeigte noch jetzt keine Einbussé. Also auch durch dieses Zusammentreffen können pseudoparalytische Bilder entstehen.

Das Krankheitsbild ist jedenfalls hier ganz aus der Combination, einer Manie mit alkoholistischen Symptomen zu erklären; die bei der 2. Aufnahme in der zweiten Nacht auftretenden optischen und akustischen Hallucinationen mit Angst sind wohl Folgen der Abstinenz, die ja nach Bonhöffer¹⁾ auch feichte Delirien auslöst. Sie kehren später nicht wieder.

Wir fassen am Ende noch einmal zusammen:

Einen Schluss auf die Aetiologye von Psychosen können wir heute, da uns nur der klinische Weg offen steht, nur ziehen, wenn specifische Merkmale in Symptomen und Verlauf vorhanden sind, wodurch sich die einer bestimmten Schädigung folgenden Psychosen von anderen unterscheiden. Chronisch-paranoische Psychosen auf den Alkohol zurückzuführen, ist eben deshalb schwierig, weil sie von Psychosen der Nichttrinker noch nicht unterschieden werden können, weil auch der Symptomencomplex der acuten Alkoholhallucinosis mit Erkrankungen bei Nichttrinkern, aus denen chronische Formen hervorgehen, weitgehende Uebereinstimmung zeigt.

Die Abgrenzung der Alkoholhallucinosis ist noch keine sichere und es könnten auch Zusammenhänge zwischen ihr und chronischen Formen

1) l. c.

existiren. Dies festzustellen, bedarf es aber genauer klinisch-symptomatologischer Vergleiche, von ätiologischen Gesichtspunkten darf man dabei nicht ausgehen; denn der chronische Alkoholismus begreift mehrere verschiedene ätiologische Momente als Quellen für den Ursprung von Psychosen in sich, die chronische Vergiftung setzt die verschiedensten Veränderungen. Neben der Intoxication kommen chronische Organ- und Stoffwechselveränderungen, ganz besonders Gefässdegenerationen und Involutionerscheinungen in Betracht. Diese verschiedenen Factoren könnten nun ähnliche Formen, aber doch von verschiedener klinischer Bedeutung hervorbringen, und das Symptomenbild der Hallucinosis entsteht ja in der That auf dieser verschiedenen Grundlage. Die progradienten Formen der Hallucinosis sind zum grossen Theil eine Erkrankung der höheren Lebensjahre, des Klimacteriums und des Alters. Hierbei kommen gerade die Formen vor, welche sich durch zahlreiche hypochondrische Sensationen, Geruchs- und Geschmacks- und auch optische Hallucinationen auszeichnen. Mit solchen in Involutionsvorgängen wurzelnden Formen scheinen einige der progradienten Erkrankungen der Alkoholisten übereinzustimmen, besonders jene, welche nach wiederholten acuten Erkrankungen auftreten.

Auf die Schilderung Kraepelin's vom hallucinatorischen Schwachsinn der Trinker passen verschiedene Krankheitsbilder, deren klinische Sonderstellung aber nicht gesichert ist. Die Delirien, die solchen Erkrankungen vorausgehen, weisen ganz atypische, auch der Alkoholhallucinosis fremde Züge auf; gegen anamnestisch berichtete muss man sehr skeptisch sein; der einzige Fall nach wiederholten Delirien, den wir anführen konnten, zeigte schon im 1. Anfall eine Combination mit einer anderen Psychose. Die eigenthümlichen Ausgangszustände, die sich durch den intermittirenden Verlauf auszeichnen, sind nicht einheitlich nach der Symptomatologie, sie stellen wahrscheinlich Erkrankungen Degenerirter dar, bei denen man dieselben Verlaufsformen findet; vielleicht wirkt zur Gestaltung dieses Endstadiums auch Arteriosklerose mit.

Davon zu unterscheiden sind Fälle, die sich im Anschluss an alkoholistische Anfangsstadien fortschreitend entwickeln, mit eigenthümlich phantastischen Beeinträchtigungs- und Grössenideen. Die Fälle, die wir kennen lernten, waren aber in Entstehung und Ausgang verschieden und ihre Zusammenghörigkeit ist zweifelhaft. Der eine ging in einfachen Schwachsinn über, der andere heilte. Zwei andere glichen mit zahlreichen Confabulationen, retrospectiven Erinnerungsfälschungen und originären Ideen gewissen Formen der Dementia paranoides und stehen wahrscheinlich zu Rückbildungsvorgängen in Beziehung, bei dem einen war Arteriosklerose deutlich, wodurch das

Bild der Pseudoparalyse zu Stande kam. Andere schlossen sich den Formen von Pseudoparalyse an, die der Korsakow'schen Psychose nahe stehen. Man kann die Pseudoparalyse nicht allgemein als eine Vereinigung der Korsakow'schen Psychose mit dem „hallucinatorischen Schwachsinn der Trinker“ bezeichnen. Von den oben beschriebenen Endzuständen ist in keinem Falle die Rede. 2 Hallucinosis ähnliche Psychosen dabei sind ganz geheilt. Alle übrigen sind ganz verschiedene Psychosen, die mit einer Hallucinosis keine Aehnlichkeit haben. Ferner findet man bei der Pseudoparalyse keineswegs immer eine ausgesprochene Korsakow'sche Psychose.

Ueberall, wo er sich mit anderen Psychosen als dem acuten oder chronischen Delirium verbindet, ist der Korsakow'sche Symptomencomplex selbst nicht ganz typisch, sondern von vornherein complicirt.

Das pseudoparalytische Bild wird bewirkt neben psychischen Symptomen durch cerebrale Herdsymptome, in Folge parenchymatöser Degeneration und Hämorrhagien. Die Blutungen, die besonders in den Fällen schwerster Intoxication, beim „schweren Delirium“ und der „Polioencephalitis haemorrh. sup.“ gefunden wurden, sind wahrscheinlich der Ausdruck einer acuten Steigerung des Processes, der zu den in den chronischen Fällen gefundenen dauernden Gefässveränderungen führt. Auch diese können wieder eine eigene Quelle geistiger Störungen abgeben, die den senil-arteriosklerotischen entsprechen können, mit der man auch bei jugendlichen Polyneuritikern rechnen muss. Sie concurren mit der schweren Toxinwirkung, wahrscheinlich auch zur Gestaltung der pseudoparalytischen Bilder. Bei diesen schweren toxischen Erkrankungen kommen neben den Herderscheinungen, die verschiedene Formen organischer Gehirnerkrankungen ergeben, Störungen der Auf-fassung, der Ueberlegung und des Urtheils, zur Gedächtniss- und Merkstörung hinzu, welche sie den anderen Formen der intoxicatorischen Erkrankungen, speciell den stuporösen Formen der postinfectiösen Psychosen annähern. Diesen ganz entsprechende Stuporzustände fanden wir unter den pseudoparalytischen Bildern.

Zwischen diesen alkoholistischen Formen und der Korsakow'schen Psychose bestehen ganz dieselben Beziehungen, wie zwischen ihr und den stuporösen Schwächezuständen nach Infectionskrankheiten.

Die Bedingungen für die Entstehung von Psychosen sind beim chronischen Alkoholismus, besonders bei der Polyneuritis oft analog denen bei acuten und chronischen Infectionskrankheiten und so können wir ganz dieselben acuten und chronischen Intoxications- und Erschöpfungspsychosen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus finden.

Umgekehrt beschreibt Kraepelin bei den postinfectiösen Stuporzuständen im Anfangsstadium, entsprechend dort dem schweren Delirium, dieselben Herdsymptome und in ungeheilten Fällen dieselben Gedächtniss-, Intelligenz- und Gemüthsstörungen, wie man sie bei den alkoholistischen Pseudoparalysen findet. Auch die „infectiösen Schwächezustände“ können das Bild einer Pseudoparalyse annehmen, wie sie sich auch ihrerseits in gewissen Fällen den organischen Gebirnkrankheiten nähern.

Die Stuporzustände bei den alkoholistischen pseudoparalytischen Erkrankungen sind also Gegenstücke zu den postinfectiösen und das gleiche möchten wir auch von den anderen als Pseudoparalyse mitgetheilten Psychosen und verschiedenen Formen postinfectiöser Schwächezustände annehmen. Sie gehen auch alle in die erwähnten Defectzustände aus, oder heilen ganz. Sie beginnen nur nicht so stürmisch, nehmen einen mehr subacuten, protrahirteren Verlauf, da sie allmälicher entstehen, sich lange vorbereiten und kein gesundes, sondern ein schon sieches Individuum befallen.

Den postinfectiösen Verworrenheitszuständen entsprachen die alkoholistischen auch in den motorischen Symptomen und bei einer chronischen Psychose, die aus einem schweren Delirium sich entwickelte, bestand im chronischen Stadium die Schwierigkeit, sie von der Katatonie abzugrenzen. Ebenso sahen wir eine ausgeprägt katatonische Psychose in Verbindung mit den alkoholistischen cerebralen Herdsymptomen mit Gedächtniss- und Merkfähigkeitsstörungen.

Bei der acuten Alkoholhallucinosis kommen motorische Reizsymptome und leichter Stupor mitunter vor. Ob darin schon engere Beziehungen zu den progredienten Formen angedeutet sind, ist noch zu untersuchen.

Die Korsakow'sche Psychose hat ein für sie charakteristisches paranoides Endstadium; neben den Defectsymptomen eine einzige Beeinträchtigungsidee (zumeist gegen die Umgebung gerichtet und mit dem Inhalt bestohlen zu werden). Es erfolgt keine Weiterbildung und das Eigenthümliche ist, dass diese eine Idee stereotyp und fast automatisch fortwährend geäussert wird.

Bei Degenerirten kommen in alkoholistischen Bewusstseinsstörungen, die zum Theil dem pathologischen Rausch entsprechen und meist protrahirtere Dämmerzustände darstellen, eigenthümliche phantastische Grössenideen vor. Die Kranken nehmen eine bestimmte hohe Stellung ein und treten danach auf, confabuliren in diesem Sinne. Es besteht dabei zumeist keine Euphorie wie beim Paralytiker, sondern eine mehr gereizte, hochfahrende Stimmung oder träumerische Versunkenheit. Die Grössenideen können ganz isolirt auftreten, zumeist aber sind Sinnes-

täuschungen dabei; oft gehen schon einige Tage Angst und Halluzinationen voraus, bis dann der Dämmerzustand unter weiterem Alkoholgenusse eintritt. Die Amnesie ist meist keine vollständige. Die Ideen entsprechen einer durch Alkohol ausgelösten Pseudologia phantastica. Die Gestaltung des Dämmerzustandes scheint abhängig zu sein von der degenerativen Grundkrankheit. Dieses Symptomenbild kann wieder eine Form der alkoholistischen Pseudoparalyse bewirken, wenn sich zu dem alkoholistischen Größenwahn die cerebralen Herdsymptome der Alkoholisten hinzugesellen.

Eine weitere Form endlich pseudoparalytischer Bilder entsteht durch die Vereinigung der Symptome des chronischen Alkoholismus mit der Manie.

Das Bild der alkoholistischen Pseudoparalyse entsteht also erstens aus der Verbindung von Arteriosklerose mit Alkoholpsychosen; zweitens, wenn die polyneuritische Tabes oder die cerebralen Herdsymptome sich verbinden mit einem Rückbildungsstadium der typischen Korsakowschen Psychose oder mit verschiedenen Formen, welche von ihr einerseits zur Gruppe der postinfectioesn Psychosen, andererseits zu Formen organischer Gehirnkrankheiten (beim Hervortreten der Gefässerkrankung) hinüberleiten; in diese Gruppe gehören auch langsam progrediente Fälle, die allmälig mit deliranten Attauen oder alkohol-epileptischen Anfällen Gedächtnisschwäche und stuporöse Demenz ausbilden; drittens entsteht das Bild der alkoholistischen Pseudoparalyse aus der Vereinigung cerebraler alkoholistischer Herdsymptome mit einem in alkoholistischen Bewusstseinsstörungen auftretenden Größenwahn Degenerirter und aus ihrer Verbindung mit der Manie.

Zum Schluss sage ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Primärarzt Dr. Hahn, für die Ueberlassung der Krankengeschichten auch an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank. Desgleichen auch den Herren Directoren der Irrenanstalten Kreuzburg, Rybnik, Plagwitz und Brieg, Geheimen Sanitätsräthen Brückner, Zander, Petersen-Borstel und Petersen, die mich durch Ueberlassung von Krankengeschichten in liebenswürdiger Weise unterstützten.
