

## XXIX.

# Zur Casuistik der polyneuritischen Psychose<sup>1)</sup>.

Von

**Michael Lapinsky,**

Professor der Kaiserlichen Universität zu Kiew.

~~~~~

Im „Archiv von Mersjejewsky“ 1887 beschreibt S. S. Korsakow eine besondere Form einer psychischen Erkrankung, die mit den Symptomen einer multiplen Neuritis begann, und zwar zeigten sich Veränderungen in der motorischen und sensiblen Sphäre und Störungen der Reflexe; ein wenig später oder auch gleichzeitig hiermit wurden Anzeichen einer psychischen Erregung und hallucinatorischer Verwirrtheit bemerkt; späterhin entwickelte sich eine deutlich ausgeprägte Störung des Gedächtnisses, und zwar in Bezug auf kurz vorher stattgefundene Ereignisse, Illusionen der Erinnerung (Pseudo-Reminiscenzen) und eine Neigung zum Fabuliren; die mikroskopische Untersuchung des Grosshirnes ergab in derartigen Fällen Veränderungen der Associationsbahnen und der Zellen der Gehirnrinde.

Diese psychische Erkrankung wurde in einigen Fällen einer multiplen Neuritis — alkoholischen oder auch anderen Ursprungs — beobachtet und als unmittelbare Ursache derselben wurde eine Vergiftung der nervösen Apparate angenommen.

Dieses Leiden wurde von S. S. Korsakow *Cerebropathia psychica toxæmica* — oder der Kürze wegen — *Psychosis polyneuritica* genannt.

Diese Arbeit lenkte die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich und rief gleichzeitig eine rege Polemik und Erwiderungen hervor, die von verschiedenen Seiten auch jetzt noch laut werden.

Die Mehrzahl der Kritiker behauptete, dass das Bild der Korsakow'schen Psychose für den Psychiater nichts Neues darbietet, bei den verschiedenartigsten Erkrankungen vorkommt und keinerlei Beziehungen zur multiplen Neuritis hat.

---

1) Vorgetragen in der Kiewer neurologischen Gesellschaft XI. 17. 1903.

Tilling (60) z. B. sah eine Störung des Gedächtnisses in demselben Grade, wie sie bei der polyneuritischen Psychose beobachtet wird, bei einem 74jährigen Greise mit stark ausgeprägter Arteriosklerose. Jedes Mal, wenn bei diesem Patienten ein Anfall von Stenocardie auftrat, verlor er sein Gedächtniss vollständig. Derselbe Autor beobachtete bei einem 34jährigen Polizeisoldaten nach einem Trauma des Kopfes eine psychische Störung, die der Korsakow'schen Psychose analog war. Diese Störung bestand im Verlust des Gedächtnisses und in einer Neigung zum Fabuliren. Ferner behandelte Tilling einen Studenten, der in einen Keller hinabgestürzt war, wo er in comatósem Zustande aufgefunden wurde; nach ärztlicher Hilfe kam er zu sich, gerieth aber sofort in einen Erregungszustand, sprach viel, wobei sich Paraphrasien, Verwirrtheit, Gedächtnisstörung und Neigung zum Fabuliren zeigten. Tilling hatte auch die Möglichkeit sich davon zu überzeugen, dass derselbe Gedächtnissverlust, die Unfähigkeit sich zu orientieren und die Neigung zum Fabuliren nach Infectionskrankheiten vorkommen. In Folge dessen hält es Tilling auch nicht für zulässig, in der polyneuritischen Psychose eine eigenartige Erkrankungsform zu erblicken. Die Benennung Psychosis polyneuritica hält er für unrichtig, da die Verwirrtheit und Erregung, die im Beginn der polyneuritischen Psychose beobachtet werden, keinerlei Beziehung zur Polyneuritis haben.

Auch Babinsky (26) verneint eine ätiologische Beziehung zwischen dieser Psychose und der Polyneuritis, ohne hierüber besondere Erklärungen abzugeben.

Gudden (23), Seglas (55) und Frank (15) gehen von verschiedenen Gesichtspunkten aus und stimmen in der Verneinung der spezifischen Aetiologie der Psychose überein. Der erste von ihnen misst der Ermattung des Grosshirnes eine hervorragende Bedeutung zu und sieht hierin das Resultat einer starken Erregung. Seglas (55) sieht im Syndrom von Korsakow eine banale Verwirrtheit. Die nachfolgende Amnesie erklärt er durch eine Erschlaffung des Nervensystems, das durch die Erregung der vorhergehenden Periode ermüdet ist. Frank erklärt das ganze Bild der psychischen Erkrankung durch ungenügende Ernährung.

Elzholz (14), Raimann (47), Mönkenmöller (42) und Schultze (53), die diese Psychose in Fällen beobachteten, in denen keine Anzeichen einer multiplen Neuritis vorhanden waren, sind in ihren kritischen Folgerungen mit Korsakow nicht einverstanden.

Elzholz und Raimann bemühen sich nachzuweisen, dass der Korsakow'sche Symptomcomplex bei Polyencephalitis superior Wer-

nicke angetroffen wird, wobei sie sich nicht sehr erfolgreich auf die Beobachtungen von Boedecker (7), Murawjew (45), Gudden (23) und anderer Autoren beziehen, die psychische Veränderungen bei Polyoencephalitis superior bei Potatoren beschreiben:

Haury (24) [S. 21] spricht die Ansicht aus, dass die Symptome der neuritischen Psychose bei Syphilis, Leukämie, Malaria und bei progressiver Paralyse vorkommen.

Chancelay (11) behauptet, dass eine gleichartige Störung der Psychik bei Grosshirntumoren vorkommt (die von ihm angeführte Beobachtung Treuel's spricht aber wenig für seine Behauptung).

Gudden (23) findet, dass derselbe Symptomcomplex bei Vergiftungen mit Stickstoffoxyd und bei Selbstmörder beobachtet wird, die sich durch Erhängen das Leben nehmen wollten, aber aus der Schlinge gelöst wurden, nachdem sie die Besinnung verloren hatten.

Redlich (51) erinnert daran, dass der Korsakow'schen Psychose analoge Erscheinungen bei wiederbelebten Ertrunkenen, bei Hysterikern nach schweren Anfällen, bei Greisen nach apoplektischen Insulten und zuweilen auch bei schweren Affecten beschrieben worden sind.

Mönkenmöller (42) sieht eine vollständige Uebereinstimmung der Symptome der Korsakow'schen Psychose mit analogen Geisteserkrankungen bei progressiven Paralytikern und bei Dementia senilis.

Jolly (27) beobachtete ein gleichartiges Bild bei zwei Patienten mit Gehirnsyphilis; er ist der Ansicht, dass in chronischen Fällen einer polyneuritischen Psychose Veränderungen im Grosshirn vorhanden sein müssen, die an progressive Paralyse oder an Dementia senilis erinnern.

Jolly (27) schreibt das gesammte Krankheitsbild dem Alkoholgenuss zu. Seiner Ansicht nach ist die Korsakow'sche polyneuritische Psychose nichts anderes, als ein Delirium tremens in protrahirter Form.

---

Die Autoren schreiben dem Alkoholgenuss bei Affectionen der Psyche eine so grosse Bedeutung zu, weil sie sich dabei auf zahlreiche, in der Literatur beschriebene Krankengeschichten stützen, in denen einerseits Hinweise auf Alkoholismus vorhanden waren, andererseits auf Affectionen des peripheren und centralen Nervensystems, auf Störungen des Intellektes, Gedächtnisschwäche, Wahnideen u. s. w. hingewiesen wird.

Wir finden z. B. bei einem Patienten Leyden's, einen an Neuritis leidenden Alkoholiker, Hinweise auf Verwirrtheit, Unmöglichkeit sich zu orientiren, leichtes Phantasieren u. s. w.; diese Erscheinungen entwickelten sich beim Patienten Leyden's 4 Tage vor dem Tode.

Moeli (11) beobachtete eine multiple Neuritis bei einem 53jährigen Patienten, in dessen Anamnese Hinweise auf Abusus in Baccho vorhanden

waren. Im klinischen Bilde lenkte ausser den typischen Symptomen von Polyneuritis die ungeheuere Vergesslichkeit die Aufmerksamkeit auf sich.

Charcot (11b) stellte in seinen Vorlesungen (*Leçons de mardi*) im Jahre 1884 seinen zahlreichen Zuhörern zwei Alkoholikerinnen vor, die an multipler Neuritis litten. Diese beiden Patientinnen antworteten, über Alkoholmissbrauch befragt, immer, dass sie sich stets durch aussergewöhnliche Nüchternheit ausgezeichnet hätten („toutes deux vous affirmeront qu'elles étaient d'une sobriété à toute épreuve“). Der berühmte Lehrer erklärte diesen Betrug von Seiten der unglücklichen Patientinnen durch Gedächtnissverlust; sie hatten es ebenso vergessen, dass sie Cognac und Absynth getrunken hatten, wie sie die stechenden Schmerzen, über die sie am Tage vorher geklagt hatten, vergessen.

Bernhardt (5) beobachtete einen Patienten, der an Neuritis litt, in dessen Anamnese Alkoholismus vermerkt war. Dieser Patient überraschte durch seine Unfähigkeit, kurz vorher geschehene Ereignisse zu behalten.

Einen gleichen Gedächtnissverlust beobachtete Fischer (18) in einem analogen Falle.

Strümpell (58a) beschreibt eine Polyneuritis bei einem Alkoholiker, bei dem er Gedächtnisschwächung in Folge dessen Unfähigkeit sich zu orientieren und gleichzeitig Neigung zum Fabulieren beobachtete.

Löwenfeld (38) beschrieb eine Frau mit multipler Neuritis, bei der Gedächtnisschwäche und Herabsetzung der intellectuellen Fähigkeiten beobachtet wurden; die Folge hiervon war, dass die Patientin sich nicht orientieren konnte, schweigsam war und dass ihr Vorstellungsvermögen äusserst schwach war.

Oppenheim (46) beobachtete eine starke Gedächtnisschwächung bei einem Alkoholiker, der an Polyneuritis litt.

Joffroy (25) beobachtete Gedächtnisschwächung, Unfähigkeit sich zu orientieren und starke Verarmung des Vorstellungsvermögens bei einem Patienten, der Potator war und an Polyneuritis litt.

Vierordt (62) beschrieb eine 22jährige prostituierte Alkoholikerin, die nach einer Erkältung an Polyneuritis erkrankte; gleichzeitig wurde bei ihr Gedächtnisschwäche und Verwirrtheit constatirt. Patientin war vor ihrer Erkrankung an Polyneuritis syphilitisch infieirt worden.

Müller (44) beobachtete eine 68jährige Greisin, bei der eine acute Störung der Psyche in Form von Vergesslichkeit, Verwirrtheit und Orientirungsvermögen auftrat; da diese Patientin sich immer durch Abusus in Baccho ausgezeichnet hatte, so schreibt der Autor diese psychische Störung dem Einfluss des Alkoholismus zu.

Lilienfeld (97) beobachtete eine Polyneuritis bei einem Patienten, bei dem gleichzeitig Vergesslichkeit, Verwirrtheit und Orientirungsvermögen die Aufmerksamkeit auf sich zogen.

Eine analoge Erscheinung constatirte auch Schulz (54).

Tilling (59) beschrieb sieben Fälle einer alkoholischen Neuritis, deren Verlauf durch psychische Störungen in Form von Gedächtnisschwäche, Neigung zum Fabuliren und Verwirrtheit complicirt wurde.

Auf diese Beobachtungen gestützt, behaupteten die Kritiker Korsakow's, dass das von letzterem geschilderte Bild der Psychose nicht durch die Polyneuritis, sondern durch den Einfluss des Alkohols hervorgerufen wird.

Die letztgenannte Behauptung fand eine starke Stütze in den speziellen Arbeiten über den Einfluss des Alkohols auf das Gedächtniss.

Freund (16) erklärte die Schwächung der Erinnerung an kurz vorhergegangene Ereignisse bei Alkoholikern durch den verderblichen Einfluss des Alkohols.

Zu demselben Schluss gelangten Wille (66), Babillé (2) und Redlich (52).

Der letztere der citirten Autoren ist der Ansicht, dass die Abnahme des Gedächtnisses zu den acuten alkoholischen Störungen gehört und sehr bald nach Aufnahme des Alkohols eintritt, wobei sich, je nach der Menge des genossenen Spiritus, ein höherer oder niederer Grad der Abnahme entwickelt.

---

Einige Autoren, die sich mit der Ansicht Korsakow's, in Bezug auf die von ihm beschriebenen Erscheinungen, einverstanden erklärten, sprachen ihm jedoch die Priorität ab.

Chancelay (11) z. B. behauptet, dass die Störung der Psyche bei Neuritiden schon lange vor Korsakow beobachtet wurde: Maingault (1860) sah eine solche bei diphtheritischer Neuritis und Vincent (1878) beschrieb sie bei Malaria-neuritis.

Viele Autoren (Tilling, Seglas, Frank, Chancelay u. A.) fanden es vollständig unverständlich, warum Korsakow die betreffende Psychose — Cerebropathia toxæmica — benannt hatte, da doch in seinen Fällen ein Leiden der peripheren Nerven vorhanden war. Dieser Vorwurf galt für um so berechtigter, als das Vorhandensein von anatomischen Veränderungen des Grosshirnes bei dieser Psychose erst durch spätere Untersuchungen festgestellt wurde.

Aeusserst missbilligend verhielten sich die Lyoner Neuropathologen zu der Arbeit Korsakow's. In seiner Dissertation spricht sich Gaston Haury (24) dahin aus, dass „die polyneuritische Psychose keine Exi-

stenzberechtigung hat“, „es ist schon längst Zeit, sich von diesem Irrthum frei zu machen, der die Psychiater nur verwirrt; das Zutagetreten der polyneuritischen Psychose lässt sich nur durch ungenügende Beobachtung und durch ein Nichtbegreifen der beschriebenen Fälle erklären“ („La psychose polyneuritique n'a pas droit à l'éxistence“. „Nous espérons en effet démontrer la manque de profondeur dans l'interprétation des cas observés“. „Bien plus nous ajouterons qu'il est grand temps de renoncer à cette entité, qui a déjà trop longtemps vécu“ (p. 6).

Die absprechende Haltung vieler Autoren der erwähnten Psychose gegenüber störte übrigens einige Autoren nicht mit den Ansichten Korsakow's übereinzustimmen, diese Zugeständnisse verringerter jedoch die Meinungsverschiedenheit unter den Psychiatern nicht.

Der Aufsatz Korsakow's fand also einigen Widerspruch. Einige Autoren gaben einen Zusammenhang dieser Psychose mit der Polyneuritis nicht zu, andere wieder schrieben das gesammte Krankheitsbild dem Alkoholismus zu; ein Theil der Kritiker wandte sich gegen die Bezeichnung *Cerebropathia toxæmica*.

Da der Streit in dieser Beziehung noch nicht für abgeschlossen gelten kann und die Schlichtung desselben noch vieler casuistischer Beobachtungen bedarf, so halten wir es für angebracht, unsere drei Fälle dieser Psychose zu beschreiben, die in der einen oder anderen Weise diese Frage illustriren können.

## II.

1. Die 28jährige Frau Ch. hat in ihrem 24. und 26. Legensjahre glücklich geboren und machte jetzt das dritte Mal eine Fehlgeburt im VIII. Schwangerschaftsmonat durch.

Schon im Verlauf der letzten zwei Tage vor der Geburt platzten bei der Patientin die Lippen, es kam einige Male zum Erbrechen und es wurden Schüttelfrösste beobachtet. Zwei Tage nach der Geburt stieg die Temperatur bis 38,5, 39,0 und 39,5 mehrmals am Tage und diese Temperatursteigerung wurde jedes Mal von Schweissausbruch und Schüttelfrost begleitet. Das Bewusstsein ist getrübt. Apathie. In der Nacht war Patientin erregt, fürchtete sich, schrie, betete und bat um Schutz, ohne anzugeben, was sie fürchtet und was mit ihr vorzugehen scheint: sie erkannte Niemanden. Das Tageslicht beruhigte die Patientin, sie kam zu sich, antwortete auf gestellte Fragen und klagte über Schwäche und Schmerzen im ganzen Körper. Die Milchsecretion begann am dritten Tage, hörte aber zum Ende der ersten Woche vollständig wieder auf. Die Lochien waren in den ersten Tagen äusserst übelriechend und gingen in geringer Menge ab: der Geruch der Lochien verschwand allmählich.

Am Ende der vierten Woche nach der Geburt waren die Hände und Füsse der Patientin stark abgezehrt und geschwächt. Patientin konnte nicht gehen

und nur mit Mühe sitzen; Appetit fehlte; außerdem wurde Erbrechen und Obstipation beobachtet. Nachts war die Patientin nach wie vor sehr unruhig (wahrscheinlich Hallucinationen), fürchtete sich und phantasirte still vor sich hin. Tags über war sie ruhig und sogar apathisch.

Den ganzen Sommer über verbrachte die Patientin auf dem Lande und besuchte Salzbäder, die wenig Nutzen brachten.

Bis zu dieser Geburt hatte sich die Patientin, die auf dem Lande geboren und aufgewachsen war, durch blühende Gesundheit ausgezeichnet. Nur in der Kindheit hatte sie Masern und Scharlach durchgemacht. Während der Schwangerschaft waren keinerlei Verdauungsstörungen vorgekommen (an Erbrechen hatte sie nicht gelitten) und Oedeme der unteren Extremitäten waren nicht beobachtet worden. Patientin raucht nicht; hat niemals getrunken und trinkt auch jetzt nicht; sie hat einen ungewöhnlichen Widerwillen gegen Wein, Cognac u. s. w.

Bei der objectiven Untersuchung, sechs Monate nach der Geburt, wurde Folgendes constatirt. Die Patientin ist von mittlerem Wuchs. Das Knochen-system ist normal entwickelt. Die Hautfarbe ist schmutzig, die Schleimhäute sind blass, icterisch gefärbt, was besonders deutlich am harten Gaumen hervortritt. Ueberall starker Schwund des Unterhautgewebes; Oedeme sind nirgends vorhanden. Die Muskulatur der unteren und oberen Extremitäten, und zwar hauptsächlich der distalen Theile derselben ist stark atrophirt. Die willkürlichen Beugebewegungen der Finger und des Fusses gehen äusserst langsam vor sich und sind sehr schwach. Die Finger können gar nicht gestreckt werden. Der Fuss kann willkürlich nur sehr schwach gestreckt werden. Die Ge-wölbe beider Füsse sind hoch, die Zehen sind gekrümmpt. Die passive Streckung dieser Theile ist bis zu einer gewissen Grenze möglich, darüber hinaus wird sie schmerhaft empfunden. Die Kraft der willkürlichen Bewegungen in den Knie- und Hüftgelenken ist beschränkt. Die Finger können bewegt werden, die von denselben entwickelte Kraft ist aber so gering, dass die Patientin nur mit Anstrengung einen Löffel in der Hand zu halten vermag. In gleicher Weise sind die Bewegungen im Ellenbogen und Schultergelenk geschwächt.

Die Brust- und Bauchmuskeln sind besser erhalten, ihr Umfang ist jedoch ebenfalls geringer und ihre Kraft ist herabgesetzt.

Die Bewegungen des Augapfels und die mimischen Bewegungen weichen nicht von der Norm ab. Fibrilläres Zittern ist nicht vorhanden.

Die Untersuchung mit dem elektrischen Strom ergab eine theilweise Degenerationsreaction in den distalen Muskeln der Extremitäten.

Die tactile Sensibilität ist an den oberen und unteren Extremitäten normal — die Schmerz- und Temperaturrempfindung ist mässig herabgesetzt, und zwar nimmt die Abnahme dieser Sensibilitätsart zu den Fingerspitzen hin ab; an den Fingerspitzen verspürt die Patientin die leiseste Berührung, aber keinen Schmerz. Das Muskelgefühl ist normal. Das Ortsgefühl und die Fähigkeit der Stereognose ist in beiden Händen der Patientin gleich stark gestört.

Die Hautreflexe sind nur am Bauch vorhanden; die Reflexe der Conjunctiva bulbi, der Nasenschleimhaut und der Uvula sind vollständig normal. Nur

der Sehnenreflex des M. masseter ist vorhanden, alle übrigen — so der Reflex der Tendoachillis, der Patellarreflex, der Reflex des Supinator longus triceps fehlen vollständig.

Die Pupillenreflexe sind normal. Die Harnblase functionirt regelrecht, früher ist eine gewisse Incontinenz beobachtet worden (vielleicht in Folge ungenügender Aufmerksamkeit); jetzt wird 5—6 mal täglich Harn entleert; Stuhlgang erfolgt ohne künstliche Nachhülfe alle 2 Tage.

Die Sinnesorgane — Geschmack, Geruch, Gehör — sind augenscheinlich normal; was das Gesicht anbetrifft, so ist Patientin beim Unterscheiden der Farben des Spectrums unsicher und macht hierbei Fehler. Monocular liest Patientin, sowohl in der Nähe als auch in der Ferne, mit dem linken und rechten Auge gleich gut. Das Lesen mit beiden Augen geht gleichzeitig nur bei nicht langdauernder — eine bis anderthalb Minuten — Anspannung der Augen glatt vor sich. Bei längerem Lesen — circa 10 Minuten lang — macht Patientin Fehler, die den Sinn entstellen, was sie offenbar selbst gar nicht bemerkt, da sie sich für den Inhalt des Gelesenen nicht interessirt. Schon nach 4 Minuten langem Lesen behauptet Patientin, dass die Buchstaben und Zeilen verschwimmen, einige von ihnen treten hervor, andere wieder versinken. Ein Entfernen des Buches auf 18—25—30 Zoll verbessert ebenso wie das Nähern desselben das Lesen nicht.

Sehstörungen zeigen sich auch in anderer Hinsicht. Die Patientin bestimmt die Grösse, Form und die Entfernung der Gegenstände im Zimmer, das 8 m lang und 5 m breit ist, schlecht. So behauptet sie z. B., dass die Wasserflasche, die 3 m entfernt auf dem Fensterbrett steht, und die Lampe, die in 7 m Entfernung auf der Commode steht, gleich weit von ihr entfernt sind und dass die Höhe der letzteren der Höhe der Wasserflasche gleich ist; die Wasserflasche ist de facto 2 mal niedriger als die Lampe. Das in der Perspective gezeigte Stethoskop (ohne Ohrmuschel) hält sie für einen Spazierstock und bei wiederholter Frage für eine Angelruthe. Das im Profil gezeigte Stethoskop hält sie für einen nicht zugespitzten Bleistift. Die perspectivisch gezeigte, mit dem Boden ihr zugekehrte Wasserflasche hält sie für eine Lampenkuppel im Profil — bezeichnet sie dieselbe richtig. Die mit der Schmalseite ihr zugekehrte Taschenuhr hält sie für die Zündholzsachtele ihres Mannes (die aber viereckig ist); die mit der Breitseite ihr zugekehrte Uhr bezeichnet sie richtig. Das auf den Commode liegende, mit der Schmalseite ihr zugekehrte Buch hält sie für eine Kragenschachtel (eine solche Pappschachtel steht auf dem Fensterbrett und hat eine vollständig andere Form); nach dem Aufstellen des Buches bezeichnet sie dasselbe richtig mit dem Namen des Autors „Gorki“.

Der Puls ist 70 in der Minute, parvus. Die Herztonen sind nicht ganz rein, die Herzgrenzen sind nicht erweitert. Nonnensausen über der V. jugularis. Der Leib ist mässig aufgetrieben; die Gegend der Leber, der Nieren, der Milz und die unteren Regionen des Bauches im Gebiete des grossen Beckens sind empfindlich. Die Zunge ist dick belegt; Foetor ex ore; die Lippen sind trocken und geplatzt; häufige Uebelkeiten; Erbrechen kommt selten vor. Kein Fluor; die Menses hatten sich vor 2 Wochen zum ersten Mal nach der

Geburt eingestellt, und zwar in geringer Menge, ohne Schmerzen. Harn: spec. Gewicht 1,020, roth, trübe; kein Zucker und Eiweiss; eine Menge Indican.

Den Zustand der Psychik der Frau Ch. konnte ich im Verlauf von drei Wochen beobachten, in welchem Zeitraum ich sie 8 Mal besuchte.

Die Patientin war schweigsam und verhielt sich ihrer Umgebung und den Besuchen und Untersuchungen des Arztes gegenüber gleichgültig.

Bei erzwungenen Unterhaltungen mit ihren Angehörigen, die sie zerstreuen wollten „phantasirt“ sie, wie ihr Mann mittheilt. In vielen Fällen erfindet sie Einzelheiten von de facto in ihrer Kindheit stattgehabten Ereignissen, die fraglos unrichtig sind, aber so genau von ihr mitgetheilt wurden, dass an ihnen nicht gezweifelt werden kann. Der Vergangenheit erinnert sie sich nicht gut. Die in letzter Zeit stattgehabten Ereignisse sind entweder vollständig aus ihrem Gedächtniss verschwunden oder ihre Reihenfolge in chronologischer und topischer Hinsicht hat sich beträchtlich gelockert. So behauptet Patientin z. B., dass sie in der laufenden Woche erkrankt sei. Die Schmerzen der Geburt bestätigt die Patientin; darüber befragt, die wievielte Geburt es gewesen sei und wann dieselbe stattgefunden habe, behauptete sie, dass es die zweite Geburt gewesen sei, und dass dieselbe vor 2 Jahren stattgefunden habe. Als sie hierauf daran erinnert wird, dass sie ja drei Kinder hat, dass also auch drei Geburten stattgefunden haben müssen, fängt sie an sehr erfinderisch zu phantasieren und behauptet, dass sie das erste Mal Zwillinge geboren habe (de facto ist es nicht der Fall). Die Namen ihrer beiden ersten Kinder kennt sie, den des letzten Kindes nicht; das Alter des ersten Kindes erräth sie richtig. Auf die Frage nach ihrem eigenen Alter antwortet sie ausweichend und nennt ihr Geburtsjahr (richtig). Sie erinnert sich des Namens des Arztes, der die erste Geburt geleitet hat. Sie ist auch mit der Behandlung dieses Arztes in den letzten Wochen sehr zufrieden (de facto hat dieser Arzt den Wohnort der Patientin bereits vor 3 Jahren verlassen). Das Aeussere des Arztes kann sie nicht beschreiben. Ihr Personengedächtniss ist überhaupt sehr schlecht. Bei jeder einzelnen Visite musste ich mich der Patientin auf's Neue vorstellen und sie empfing mich so, als wenn sie mich zum ersten Mal sähe. Bei meinem letzten Besuch erkannte mich Frau Ch. wie gewöhnlich nicht, gab sich aber nachher den Anschein, als wenn sie sich erinnere; letzteres war jedoch nicht der Fall, da sie unsere Bekanntschaft mit einer Kartenpartie bei gemeinsamen Bekannten in Verbindung brachte; um ihrem Gedächtniss nachzuhelfen, beschrieb ich ihr die faradische Maschine, die ich das vorhergehende Mal bei der Untersuchung ihrer Muskeln angewandt hatte (was sie erschreckt und ihr Schmerz verursacht hatte), hierauf erkannte sie mich endlich und rief aus: „Ach, sie sind ja der Arzt“. Dieses war jedoch nur eine Schlussfolgerung über meinen Beruf — mein Aussehen, mein Name und die Ereignisse der vorhergehenden Visiten waren ihrem Gedächtniss vollständig entschwunden. Als ich mich abermals vorstellte und ihr die Einzelheiten der vor 2 Tagen ausgeführten Untersuchung beschrieb, hörte sie mich zweifelnd und misstrauisch an; die Untersuchung, die lange Unterhaltung mit ihr, sowie die Persönlichkeit

des Untersuchenden waren offenbar vollständig aus ihrem Gedächtniss verschwunden.

Bei jeder Untersuchung der Sensibilität verursachten ihr Nadelstiche Schmerzen, die sie jedoch nicht an die vorhergehende Untersuchung erinnerten. Ebenso gering war die Erinnerung an Gesichts-, Tast- und Schmerzeindrücke; Temperatur- und Geschmacksempfindungen hingegen hinterliessen immer einen tiefen Eindruck. Wenn ich vor den Augen der Patientin kaltes Wasser in ein Glas goss, mit dem ich einige Mal ihre Temperaturempfindung geprüft hatte, so rief ich dadurch auf ihrem Gesichtsausdruck keine Anzeichen von Furcht oder unangenehme Empfindungen hervor, wenn ich aber mit dem Glase ihren Leib berührte, schrie sie auf: „Ach! das ist ja schon wieder Eis“ (augenscheinlich hatte sie es vergessen oder achtete, richtiger gesagt, nicht darauf, dass das Glas mit Wasser gefüllt war). Eis war der Patientin nie, auch nicht während des Puerperiums, auf den Leib gelegt worden, so dass sich der Ausruf „schon wieder“ nur auf die letzte Untersuchung beziehen konnte. Beim Anblick der bläulichen Flasche, die die von mir verordnete Medicin (Kali iodati 6,0, Strichnini nitrici 0,005; Aqu. dest. 200,0) enthielt, blieb die Patientin, so lange die Medicin in den Löffel gegossen wurde, vollständig indifferent, sobald sie aber dieselbe in den Mund nahm, prägte sich auf ihrem Gesicht Widerwillen aus und nach dem Verschlucken der Medicin wandte sie sich an ihre Mutter mit den Worten: „Warum gebt ihr mir beständig dieses widerwärtige Zeugs. Ich kann mich daran nicht gewöhnen“. Eine gleichartige Medicin hatte die Patientin vor ihrem Herkommen nach Kiew nie eingenommen.

Frau Ch. antwortete auf Fragen, die an sie gerichtet werden, ergreift beim Gespräch aber niemals die Initiative. Ein Verlangen nach Unterhaltung verspürt sie nicht; ihr Gedankengang ist ein sehr langsamer. Auf die Bitte hin, ihre letzte Reise zu beschreiben (per Dampfer nach Kiew) beginnt sie sehr langsam mit folgenden Phrasen: „Wir packten ein, kamen hin, lösten Billette, fanden unsere Plätze“. „In wie fern ihre Plätze, waren denn die Plätze numerirt?“ „Ja, wir sassen im Paterre“. „In was für einem Parterre? Im Theater? Sie befanden sich doch auf Reisen“. Auf diese Weise zum eigentlichen Thema zurückgeführt, nimmt die Patientin ihre Zuflucht wieder zu leeren Phrasen: „Das Sitzen ermüdete, es war langweilig, außerdem war nichts zum Essen da und ich hätte gerne geschlafen“. „Wie sind Sie gereist?“ „Per Bahn“ (Die Patientin reiste de facto nicht per Bahn, sondern per Dampfschiff). „An welcher Station sind Sie eingestiegen?“ „In Homel“. „Mit wem sind Sie gefahren?“ „Neben mir sass ein Officier“ (Es ist kein Officier da gewesen). „Haben Sie gesessen oder gelegen?“ „Ich habe gesessen (de facto hat die Patientin während der ganzen Fahrt gelegen). „Worüber klagen Sie gegenwärtig?“ „Ueber gar nichts“. „Ist Ihnen das Liegen langweilig?“ „Nein“. „Haben Sie Schmerzen?“ „Ja, soeben hatte ich Brustschmerzen“ (de facto haben die Brustschmerzen schon vor einem Monat aufgehört). „Warum liegen Sie eigentlich?“ „Man erlaubt mir nicht aufzustehen“. „Wer verbietet es Ihnen denn?“ „Meine Mutter und mein Mann“. (Fehlen des Krankheitsbewusstseins.) „Sind Sie heute umhergegangen?“ „Ja, ich war in einem Laden“ (Die Patientin ist

seit einer Woche nicht mehr aufgestanden.) „Ich habe Kuchen gekauft“. „Wo sind Sie jetzt?“ „Im Gasthause“. „Wo? in Homel“ „Nein — in Kiew“. „Wollen Sie nach Hause?“ (Der Gesichtsausdruck wird ein etwas lebhafterer.) „Ja“. „Wollen Sie Ihre Kinder sehen?“ Ja! Ja! rufen Sie sie hierher“. „Sie sind doch auf dem Lande“. „Ja?“ (mit dem Ausdruck gleichgütiger Verwunderung). „Die Kinder sehnen sich nach Ihnen, meinen, werden schlecht behandelt“ (Thränen treten der Patientin in die Augen). „Lieben Sie Ihre Kinder? „O ja! sehr!“ (vorübergehende Aufmunterung).

Augenscheinlich hat Frau Ch. weder angenehme, noch unangenehme Hallucinationen oder Illusionen (des Gesichts, Gehörs, Geschmacks und des Geruchs). Sie spricht langsam (früher war sie sehr lebhaft). Ihre Stimmung ist gleichförmig apathisch. Im Gesichtsausdruck ist kein seelisches Leiden oder Trauer sichtbar; nur selten belebt sich der Gesichtsausdruck. Die Gesichtszüge bleiben unbeweglich, so lange man nicht mit der Patientin spricht. Beim Gespräch strengt Patientin sich sichtbar an, um aufmerksam zu sein. Ihr Gedankengang zeichnet sich weder durch eine besondere Färbung, noch durch Schnelligkeit und Tiefe aus; hierüber liess sich urtheilen, wenn man die Ruhe der Mimik in Betrag zog; wenn man mit der Patientin sprach, bildete sich auf ihrer Stirn zwischen den Augen Verticalfalten, und zwar blieb es sich gleich, ob von gegenwärtigen Dingen (Untersuchung der Sensibilität) oder von längst Vergangenem die Rede war. Die erwähnten Falten blieben während der ganzen Gesprächszeit bestehen. Der gewöhnlichste Gedankenaustausch erforderte bei der Patientin eine starke Anspannung der Aufmerksamkeit. Der Eintritt einer neuen Persönlichkeit in das Zimmer oder das Hereinragen eines Gegenstandes, an dem die Patientin nicht gewöhnt war, rief ebenso wenig wie das Hereinragen eines bekannten, nothwendigen Gegenstandes (z. B. der Lampe in das dunkle Zimmer) eine besondere Reaction auf ihrem Gesicht hervor. Eine Menge verschiedener Empfindungen überschritten die Schwelle des Reizes nicht und verblieben in den Grenzen der unbewussten Empfindung. Eines Tages besuchte ich die Patientin während des Mittagessens. Die Mutter der Patientin hatte ein Hühnchen fein zerschnitten und schob ihr abwechselnd mit Saft (scheinbar Striebearsaft) etwas davon direct in den Mund, worauf sie ihr einen Schlusck Wasser gab. „Was kauen Sie jetzt?“ fragte ich, als sie das Fleisch im Munde hielt. „Saft“, antwortete die Patientin und bat um Wasser. Dieses war eine falsche Schlussfolgerung in Folge ungenügender Aufmerksamkeit: der Saft hatte einen zu spezifischen Geschmack, um mit dem Fleisch verwechselt zu werden, ausserdem kaute sie den Saft nicht, sondern schluckte ihn hinunter, nachdem sie daran gesogen hatte. Meine Frage über das Kauen hätte ihr an und für sich die Antwort — Fleisch — in den Mund legen müssen. Die Antwort der Patientin war ein lapsus linguae, der nicht durch genügende Aufmerksamkeit corrigirt worden war, da die Geschmacksempfindung die Schwelle des Reizes nicht überschritten hatte; es war jedoch gleichzeitig eine völlig überzeugte Schlussfolgerung, wofür das Verlangen nach Wasser spricht.

Die Aufmerksamkeit der Frau Ch. war äusserst stark geschwächt. Um

beim Untersuchen des Kniestreflexes die Aufmerksamkeit der Patientin abzulenken, gab ich ihr in die linke Hand einen ihr bekannten Wollknäuel und legte abwechselnd in ihre rechte Hand eine runde Tasse mit abgebrochenem Henkel, einen schweren, gusseisernen Tintenfassdeckel, einen Wasserflaschenstöpsel oder ein leeres Glas und bat sie auf die in ihrer Hand befindlichen Gegenstände zu sehen und mir zu sagen, was sich in ihrer rechten und linken Hand augenblicklich befindet. Auf zehn diesbezüglich gestellte Fragen antwortete sie nur ein Mal richtig.

Auf die in Bezug auf die Aufmerksamkeit der Patientin im Verlauf der letzten 2 Monate gestellten Fragen theilte ihre Mutter mit, dass Frau Ch. seit ihrer Erkrankung sehr zerstreut war. Wenn sie z. B. mit ihrem Mann sprach, nannte sie ihn „Mutter“ und nannte umgekehrt ihre Mutter mit dem Kosenamen ihres Mannes, was ihr früher nie passirt war. Diese Zerstreutheit der Patientin benutzten ihre Angehörigen um ihr Milch zu geben, die sie nicht mochte. Anfangs gaben sie der Patienten Thee mit etwas Schmand, gossen dann allmählich, vor den Augen der Kranken, in beliebiger Menge Milch zu und gaben ihr schliesslich reine Milch und bemühten sich gleichzeitig die Aufmerksamkeit der Patientin abzulenken. Auf diese Weise gelang es, ohne dass Frau Ch. den Betrug merkte, ihr Milch beizubringen, die sie sich hartnäckig zu trinken weigerte, und dabei behauptete, dass Milch bei ihr Uebelkeit und Erbrechen hervorrufe.

In den ersten vier Wochen nach der Geburt wechselten die Personen und Gegenstände ihrer Umgebung, ohne dass sie es merkte. Ihre Angehörigen und Gutsnachbaren besuchten sie häufig. Sie begrüsste sich mit ihnen und antwortete auf die Fragen nach ihrem Befinden immer ein und dasselb, ohne dass sie das Wechseln der mit ihr Sprechenden bemerkte. Es war schwer mit ihr ein Gespräch zu führen; man musste ein und dieselbe Frage mehrmals wiederholen; wenn die Frage sehr lang war, wurde sie von der Patientin gar nicht beantwortet; kurze Fragen mussten wiederholt werden. Hierbei war die Patientin zweifellos bei Bewusstsein. Die Patientin verlangte nach Essen und Trinken, verlangte beim Erbrechen nach einer Schale, bemerkte Feuchtigkeit in ihrem Bett und ihre Antworten auf gestellte Fragen waren, wenn auch kurz, so doch vollständig vernünftig. Anfangs wurde vorausgesetzt, dass sie das Gesicht und Gehör verloren hätte; die ärztliche Untersuchung ergab aber normale Augen und Ohren. Augenscheinlich hatten die angeführten Störungen ihren Grund in der Zerstreutheit.

Der Ideenkreis der Patienten war beschränkt. Die Verarbeitung sogar unmittelbar empfangener Eindrücke (Gesichts-, Geschmacks-, Gehörs- und Empfindungseindruck) ging sehr langsam vor sich. Die Continuität des Bewusstseins war gestört; früher, und zwar vor der Erkrankung an Polyneuritis, eingravierte Vorstellungen waren klar erhalten geblieben, neu empfangene, die von einander getrennt waren und sich nicht mit den früheren vermengten, gingen sehr bald verloren.

Die Patientin war im Stande regelrecht zu discutiren, wenn die besprochenen Facta nicht in Raum und Zeit genau fixirt werden mussten, obgleich

auch letzteres gut gelang, so lange hierzu nicht eigene Erfahrungen erforderlich war. Auf die Frage, welche Ausbildung ihre Kinder erhalten sollen, antwortete Frau Ch. „meine Kinder sollen Ingenieure werden“. „Warum denn nicht Lehrer?“ „Die Lehrer sind alle arme, verschüchterte Menschen“. „Aber Aerzte?“ „Viel Arbeit, ermüdend, Ansteckungsgefahr“. „Welche Regierungsverfassung besteht in Frankreich?“ „Die Republik“. „Und in Italien?“ „Die Constitution“. „Welche Religion herrscht hier vor?“ „Der Katholicismus?“ „Und in Deutschland?“ „Das Lutherthum“. „In Oesterreich?“ „Der Katholicismus?“ „Ihr Mann dient in der Semstwo?“ „Nein, er beschäftigt sich mit der Bewirthschaftung seines Gutes“.

„Wann war die Aufhebung der Leibeigenschaft?“ „1862“. „Der letzte türkische Krieg?“ „1877“. „Wann starb Kaiser Alexander II.?“ „1881“.

Wir sehen in der vorliegenden Erkrankung das Bild einer multiplen Neuritis und eine gewisse psychische Störung, die sich nach der Geburt entwickelt haben.

Die Diagnose — Neuritis — stützt sich auf die typische Störung der motorischen Sphäre, die in Form von Paresen und Muskelatrophien zum Ausdruck gelangt; ausserdem bestätigen die Herabsetzung der elektrischen Reaction, das Verschwinden der Haut- und Sehnenreflexe und eine gewisse Herabsetzung der Schmerz- und Temperaturempfindung diese Diagnose vollständig.

Die Besonderheiten dieser multiplen Neuritis bestehen in einer beträchtlichen Herabsetzung des Ortssinnes, der Stereognose und des stereoskopischen, binocularen Sehens. Das letztere bestand darin, dass die Patientin, trotz der normalen Accommodation, der regelrechten Convergenz der Sehaxen und trotz dem normalen Zustande des die Augen bewegenden Muskelapparates, nicht länger als 2—3 Minuten hintereinander lesen konnte, nach diesem Zeitraum verschwammen die Buchstaben und einige Zeilen traten hervor, während andere gleichzeitig versanken. Noch deutlicher trat diese Störung des stereoskopischen Sehens beim Taxiren des Zwischenraumes zwischen einzelnen Gegenständen zu Tage, ebenso wie bei der Bestimmung der Grösse derselben und beim Beurtheilen derselben durch perspectivische Betrachtung; alle diese Folgerungsarten, die sich auf körperliches Sehen stützen, gingen fehlerhaft vor sich.

Aus der Anamnese erfahren wir, dass der Neuritis eine schwere infectiöse Puerperalerkrankung vorangegangen war, die von Temperatursteigerungen, Uebelkeit, Erbrechen u. s. w. begleitet wurde.

Im Status praesens der Patientin lenkt die andauernde Affection des Verdauungstractes, die Indicanmenge und das Eiweiss im Harn und icterische Färbung der Hautdecken und Schleimhäute in Verbindung

mit Brech- und Uebelkeitsbewegungen — eine gewisse Toxaemie — die Aufmerksamkeit auf sich.

Die psychische Störung der Patientin zeigte sich in Folgendem: Hallucinationen, Illusionen und Wahnsinne waren nicht vorhanden. Das Bewusstsein war für die Gegenwart nicht gestört; sie kann von dem was sie fühlt, sieht, hört und weiss Rechenschaft ablegen; es war daher leicht, sich mit der Patientin zu verständigen, umso mehr, da sie nichts vor dem Arzt verheimlichte und ihren Angehörigen ihre Gedanken mittheilte. Logische Schlussfolgerungen gingen bei der Patientin vollständig regelrecht von Statten, ihre geistigen Interessen dagegen und diejenigen Begriffe, die das Material für ihr alltägliches Denken abgaben, waren stark zusammengeschrumpft und verarmt. Die Armut an Vorstellungen zeigte sich im Fehlen des Verlangens nach Unterhaltung und der Initiative bei derselben, sowie darin, dass sie ausgefragt werden musste und monotone Antworten gab.

Das Gedächtniss der Patientin war stark herabgesetzt, und zwar in Bezug auf vor kurzer Zeit stattgehabte Ereignisse; nur wenige von diesen letzteren waren in ihrem Gedächtniss mehr oder weniger zurückgeblieben, die Localisation derselben nach Zeit und Ort waren dabei aber gestört; der Zusammenhang der Ereignisse untereinander fehlte und in Folge dessen enthielt das Gedächtniss Lücken und die Continuität desselben war gestört.

Der Grund für diese Lücken steht mit der Abschwächung der passiven Aufmerksamkeit und mit der Unfähigkeit, die Umgebung zu beobachten, im Zusammenhang. In Folge dessen hinterliess die Umgebung nur bei activer <sup>angespannter</sup> Aufmerksamkeit einen deutlichen Eindruck, da nun aber eine solche Aufmerksamkeit nur in gewissen Intervallen vorhanden war, so musste der räumliche Zusammenhang und die zeitliche Auseinanderfolge der Ereignisse verloren gehen. Die Verminderung der Aufmerksamkeit musste auch durch die Störung der Perceptionen beeinflusst werden, die entschieden verändert waren, und zwar ganz besonders für Gesichts-, stereoskopische und vielleicht auch noch andere Empfindungen; Dank diesem Umstände zog der betreffende Eindruck einerseits die Aufmerksamkeit auf sich und gelangte langsam zum Bewusstsein — andererseits konnte er aber — weil er bedeutend verstümmelt war — mit dem Vorrat von Eindrücken von demselben Gegenstande, die die Patientin vor der Erkrankung in sich aufgenommen hatte, zu keinem Ganzen verschmelzen.

Ausser der Verminderung des Gedächtnisses wurden auch noch Gedächtnissfehler beobachtet, Gedächtnissillusionen, hierbei fabulierte die

Patientin so überzeugt, wie ein Mensch, der wirklich erlebte Facta mitteilt.

Die Gemüthsstimmung der Patientin ist recht gleichgültig und apatisch — bei ihr ist weder Trauer, noch Furcht oder Freude vorhanden.

Irgendwelche abnormale Wünsche, Negativismus, Automatismus, stereotype Handlungen und andere Anzeichen des nicht normalen Willens zeigt Patientin nicht; sie erfüllt die Rathschläge und die Anordnungen der Angehörigen widerspruchsfrei.

Die hier beschriebene Erkrankung, die nach der Geburt entstanden war und mit dem Puerperium im engen Zusammenhang stand, könnte auf den ersten Blick hin den Puerperalpsychosen zugezählt werden. Da die Krankheit sich lange hinzog, müsste hier eine lange anhaltende Puerperalpsychose gesucht werden. Eine derartige Annahme findet aber gar keinen Stützpunkt in den einzelnen Daten der beobachteten Erkrankung.

Bisher sind folgende Formen von Puerperalpsychosen beschrieben worden: Mania, Melancholia, Amentia, Paranoia, Dementia paralytica, circuläres Irresein, hysterisches Irresein und epileptischer Wahnsinn. Alle diese Formen von psychischen Störungen können aus dem einen oder anderen Grunde ausgeschlossen werden.

Wir sehen hier keine Erregung der motorischen Sphäre und keine Ideenflucht, wie sie der Manie eigentümlich ist.

Zur Diagnose Melancholie fehlen Angstgefühl und Wahnideen (Vorwürfe, Selbstanklagen).

Bei der Amentia besteht eine bedeutende Verwirrtheit und mit solchen Patienten lässt sich unmöglich eine Unterhaltung führen. Die Aufmerksamkeit ist bei dieser Erkrankungsform wenig gestört, aber Illusionen und Hallucinationen hindern die regelrechte Perception. Außerdem besteht eine motorische Reizbarkeit.

Auch Dementia acuta und paralytica können aus dem Grunde ausgeschlossen werden, dass der Patient in Bezug auf längst verflossene Ereignisse vollständig gut orientiert ist, Geschichtskenntnisse besitzt, über die ihn umgebenden Personen richtige Schlüsse ziehen kann und für sich selbst sorgt (Hunger, Durst, Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse).

Für die Diagnose Paranoia fehlen Wahnideen und die dieser Krankheit eigentümliche Reizbarkeit.

Der hysterische Wahnsinn wird durch die grosse Zahl der Hallucinationen charakterisiert, die in unserem Falle fehlen.

Für epileptischen Wahnsinn fehlen in der Anamnese Hinweise auf

Epilepsie; im Status praesens fehlen Furcht, erregende Hallucinationen, Affect, automatische Handlungen u. s. w.

Bei Dementia praecox, zu deren Gunsten in unserem Falle die völlige Gleichgültigkeit der Patientin sprechen könnte, würden wir bei gut erhaltener Aufmerksamkeit einen Verlust von Geistesemotionen vorfinden — in unserem Falle sind die Emotionen zwar geschwächt, aber dennoch immer vorhanden (das Verlangen nach Hause zu fahren, die Kinder zu sehen, wobei sich Thränen in den Augen zeigen); die Abschwächung der Aufmerksamkeit aber ist scharf ausgeprägt und in Folge dessen verfolgt die Patientin die Vorgänge in ihrer Umgebung nur mit Mühe oder bemerkt sie auch gar nicht; ferner fehlen hier Negativismus, Stereotypie u. a. charakteristische Symptome.

Aus der Zahl anderer psychischer Erkrankungen, ausser den Puerperalpsychosen, könnte, in Anbetracht des bei unserer Patientin charakteristischen Symptoms des Fabulirens, dass seit der Zeit Sully's Gedächtnissillusionen genannt wird, noch an Presbiophrenia und Dementia senilis gedacht werden; das Alter unserer Patientin schliesst aber diese Erkrankungsformen ohne weiteres nicht aus.

Andererseits werden alle aufgezählten Symptome, und zwar die Aufmerksamkeitsschwächung, der Gedächtnissverlust für unlängst geschehene Ereignisse, die ruhige Gleichgültigkeit der Umgebung gegenüber sammt der multiplen Neuritis und die Neigung zum Fabuliren — gerade bei derjenigen Erkrankungsform beobachtet, die von Korsakow polyneuritische Psychose genannt wird. Die zuletzt genannte Erkrankung muss also auch in unserem Falle diagnosticirt werden.

2. Eine zweite, hier gehörige Patientin habe ich nur zweimal gesehen, und zwar das erste Mal auf Aufforderung des Herrn Collegen A. J. Jantschenko.

Frau Tur . . ., 37 Jahre alt. Zwei lebende Kinder von 16 und 9 Jahren. Ein Kind (die vierte Schwangerschaft) wurde im 7. Schwangerschaftsmonate geboren und lebte nur 2 Tage. In der Zwischenzeit ein Abort. Der letzte Abort im sechsten Schwangerschaftsmonat im Juni 1901. Das Puerperium verlief fieberhaft und wurde von starker Stuhlverstopfung begleitet. Der Darmcanal functionirte im Verlauf von  $2\frac{1}{2}$  Wochen gar nicht und selbst die stärksten Abführmittel hatten keine Wirkung. Diese ganze Zeit über war die Temperatur erhöht; das Gesicht war schwarz geworden (icterische Färbung?); in den unteren Extremitäten zeigten sich zeitweilig stechende Schmerzen. Nach dem Aufhören der Stuhlverstopfung verspürte Patientin Leibscherzen, Uebelkeit und erbrach. Im Harn wurde zu dieser Zeit Eiweiss constatirt. Die Haut transpirierte stark und war äusserst empfindlich geworden. Durchfälle waren nicht vorhanden. Die unteren Extremitäten magerten sehr schnell ab und wurden schwach.

Einen Monat nach dem Abort erreichten die Schmerzen bei Frau T. ihren höchsten Culminationspunkt und nahmen den Charakter von Anfällen an, die von einer unwillkürlichen Anspannung der Flexoren der oberen und unteren Extremitäten begleitet wurden. Die Flexionsstellung der Extremitäten (Beugung in den grossen Gelenken) dauerte auch in der Periode der Abnahme der Schmerzen weiter fort. Schon ganz im Anfang des Puerperiums fiel es auf, dass das Gedächtniss der Patientin geschwächt war; die Folge hiervon war, dass Frau T. sich nicht nur der Ereignisse der letzten Woche, sondern auch desselben Tages durchaus nicht erinnerte. Einige Nächte hindurch hatte die Patientin halluciniert; der Inhalt der Hallucinationen war jedoch eine indifferenter und regte sie wenig auf. Wahnideen waren nicht vorhanden. Patientin hat niemals alkoholhaltige Getränke zu sich genommen.

Als ich Frau T. fünf Monate nach dem Beginn der Erkrankung untersuchte, konnte ich eine typische multiple, periphere Neuritis constatiren, und zwar in der Form, die von Dejerine unter dem Namen Tabes peripherique oder neurotabes beschrieben wurde.

Die Hautfarbe ist schmutzig, das Gesicht ist icterisch gefärbt. Die Schleimhäute sind blass; die Schleimhaut des harten Gaumens ist stark icterisch gefärbt, die Zunge ist trocken, rissig und unrein. Der Leib ist mit Fäkalmassen angefüllt und schmerhaft, und zwar ganz besonders im Gebiet der Leber und beider Nieren; die Leber tritt zwei Querfinger breit unter dem Rippenrande hervor. Die Herzgrenzen sind unverändert, die Herztöne sind nicht ganz rein. Nonnensausen über der V. jugularis.

Starke Störungen wies das Nervensystem der Patientin auf. Es waren äusserst deutliche Anzeichen von Ataxie vorhanden; die Patientin konnte ohne fremde Hülfe weder mit offenen Augen, noch viel weniger mit geschlossenen Augen durch das Zimmer gehen. Mit geschlossenen Augen zu stehen, war ihr unmöglich: sie schwankte hierbei und fiel. Beim Vorwärtsschreiten hob sie die Füsse sehr hoch, hierbei waren die Fuss spitzen gestreckt und schleiften auf dem Fussboden. Der Körper der Patientin war stark abgemagert, und zwar ganz besonders die unteren Extremitäten. Die Unterschenkelmuskeln waren stark atrophirt. Abmagerung der Muskulatur wurde auch an den Unterarmen und Händen constatirt; die willkürlichen Bewegungen der oberen Extremitäten wichen übrigens nur wenig von der Norm ab und nur die stark herabgesetzte Kraft derselben und die Muskelatrophie sprachen zu Gunsten einer Affection der peripheren Nerven. An den unteren Extremitäten sind einige Bewegungen vollständig unmöglich, und zwar kann die Patientin die Zehen gar nicht strecken und den Fuss nicht heben.

Die Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung sind hauptsächlich in den distalen Theilen der Extremität vermindert. Das Muskelgefühl weicht nicht von der Norm ab. Das Ortsgefühl ist stark herabgesetzt — die Fehler, die die Patientin hierin macht, sind um so grösser, je schneller das Tempo der Untersuchung ist. Stark gestört ist die Stereognose für kleine Gegenstände; der Unterschied der Oberflächentemperatur, das Material der Gegenstände und das Gewicht derselben erleichtern das Errathen der Gegenstände nicht.

Geschmack, Geruch und Gehör weichen nicht von der Norm ab. Das Gesichtsfeld ist nicht eingeengt. Die Accommodation und die Bewegungen der Augen nach allen Richtungen hin sind normal. Beim Bestimmen der Grösse der Gegenstände, ihrer Entfernung von einander, ihrer Form durch Ansehen (ganz besonders beim perspektivischen Ansehen), sowie überhaupt beim stereoskopischen Sehen werden starke Fehler gemacht.

Die Haut- und Sehnenreflexe sind von allen Extremitäten vollständig verschwunden.

Die Hautreflexe des Bauches, der Conjunctivareflex, der Uvularreflex und der Reflex der hinteren Pharynxwand sind normal.

In gleicher Weise normal sind sämmtliche Formen des Pupillenreflexes.

Harnblase und Rectum functioniren normal. Fibrilläres Zittern ist nicht vorhanden. Die peripheren Nervenstämme sind bei Druck stark empfindlich.

Die Patientin ist äusserst apathisch. Beim Erscheinen beider Aerzte, von denen der eine zum ersten Mal kam, der andere die Patientin beständig besuchte, setzte sie ihre Beschäftigung fort (trank Milch) und zeigte weder eine Erregung, noch ein Interesse für das Erscheinen der Aerzte. Mit beiden begrüsste sie sich gleichgültig, vollständig mechanisch und unterschied augenscheinlich beide Personen nicht von einander. Gestellte Fragen beantwortet sie langsam, mit Zwischenpausen und spannt dabei ihre Aufmerksamkeit an; selbst unterhält sie sich gar nicht.

Die Erkundigungen über ihren Gesundheitszustand ergaben merkwürdig monotone und beschränkte Klagen. Auf die Bitte hin mitzutheilen, was sie beunruhigt, wiederholte sie mehrfach und auf verschiedene Art mit Zwischenpausen, so als wenn sie bemüht wäre, sich daran zu erinnern, dass sie schlecht schlafe (was de facto aber nicht der Fall war, wie ihre Angehörigen mittheilten). Von diesem Thema über den Schlaf konnte sie nur durch beständiges Ablenken auf andere Thematik von Seiten des Arztes abgelenkt werden.

Von den Umständen, die den Beginn der Erkrankung begleiteten, d. h. vom Abort und Wochenbett, weiss die Patientin gar nichts; den Abort verneint sie überhaupt, obgleich sie ausser der eigenen Kenntniss hiervon noch häufig über denselben hat sprechen hören. Um irgend etwas auf die Frage zu antworten, woran sie vor 5 Monaten erkrankt war, antwortete sie, „dass sie nur so gelegen habe“; sie erinnert sich der Namen der Aerzte nicht, die sie besucht haben. Den Beginn der Erkrankung und den laufenden Tag und Monat kann sie nicht nennen. Sie nimmt an, dass sie auf dem Lande ist und behauptet, nachdem ihr durch das Fenster die Stadthäuser gezeigt werden, dass sie in Umanj (de facto befindet sie sich in Kiew) ist. Sie behauptet, mit mir nicht bekannt zu sein (die Patientin sieht mich in der That zum ersten Mal); als ich ihr aber kategorisch sagte, dass ich sie schon lange behandle, meint sie sofort, dass sie mich nur schlecht angesehen habe, sich aber jetzt gut erinnert, dass ich bei in Tarnow (ihr Gut) gewesen bin (ich bin nie dort gewesen). Hierauf stelle ich die Frage, aus welchem Grunde ich dort gewesen bin. „Des Gesundheitszustandes des Mannes wegen“. Auf die Anfrage über ihre nächtlichen Schmerzen in den Beinen antwortet sie verneinend, obgleich ihre Ange-

hörigen mittheilen, dass sie ihr beständiges Stöhnen in der Nacht durch starke Schmerzen in den Beinen erklärt; dass sie nicht in den Garten und auf die Strasse geht und nicht weiss, was in ihrer ländlichen Wirthschaft vor sich geht, erklärt sie nicht durch Schmerzen und Schwäche in den Beinen, sondern durch Fehlen von Interesse für alle diese Dinge. „Hiermit beschäftigt sich mein Mann“, antwortet sie auf alle diese Fragen.

Auf von den Angehörigen gestellte Fragen antwortet sie immer, erdichtet aber, wie ihr Mann sagt, „erbarmungslos“. Auf die Frage, wo sie vor 2 Wochen gewesen ist, theilt sie mit, dass sie in Warschau gewesen ist, corrigit sich dann aber und sagt „in Umanj“. Ihr Verweilen in Kiew motivirt sie dadurch, dass sie beim Nachsenamen ihres Sohnes zugegen sein muss (der *de facto* keinerlei Nachsenamen zu bestehen braucht). Auf die mit Bestimmtheit gestellte Frage, was sie sich gestern auf der Hauptstrasse eingekauft habe (*de facto* geht Patientin gar nicht aus), antwortet sie, dass sie sich einen Ueberwurf und graues Zeug zu einem Kleide gekauft habe. „Was hat denn das gekostet?“ — „Dreissig Rubel“ u. s. w.“

An längstverflossene Ereignisse erinnert sie sich gut. Sie kennt ihr Geburtsjahr, das Jahr ihrer Heirath, das Geburtsjahr ihres ersten Kindes und das Todesjahr ihres Vaters. Sie erinnert sich dessen, wo sie mit ihrem Manne getraut worden ist.

Die Patientin macht richtige Schlussfolgerungen. Z. B. auf die Frage, „warum ist die Wange Ihres Kindes verbunden?“ antwortet sie „es hat Zahnschmerzen“. „Hat sich das Kind denn erkältet?“ „Ja, bei uns giebt es häufig Zugwind“. „Warum kommen so viele Gymnasiasten aus dem gegenüberliegenden Hause?“ „Dort ist eine allgemeine Wohnung“. „Warum ist Ihr Töchterchen so blass?“ „Sie sitzt im Zimmer und sieht keine Sonne“. „Warum säen Sie auf Ihrem Gute keinen Tabak?“ „Er verlangt zu viel Pflege“. „Was säen Sie gewöhnlich? „Zuckerrüben und Hirse“ u. s. f. Unsinn spricht sie nicht. Hallucinationen, Illusionen und Wahnideen sind nicht vorhanden.

Ihre Aufmerksamkeit ist stark herabgesetzt. Seit ihrer letzten Erkrankung zeigt Frau T., nach den Aussagen ihres Mannes, starke Zerstreutheit. Am Morgen des Tages meines Besuches hatte sie vergessen, ihr Kleid anzuziehen und erschien zum Morgenthee nur in Hosen und schämte sich stark, als sie darauf aufmerksam gemacht wurde. Vor einigen Tagen verdünnte sie ihren Thee nicht mit heissem Wasser aus der Theemaschine, sondern mit Selterswasser aus dem nebenbei stehenden Siphon u. s. w. Man kann mit ihr unmöglich eine Unterhaltung führen, da sie beständig vergisst, worüber gesprochen wird.

Das Schreiben ihrer kleinen Tochter, das von orthographischen und syntaktischen Fehlern wimmelt, kann die Patientin nicht corrigen. Einen Abschnitt aus einer Zeitung, der die Beschreibung eines Mordes einer ganzen Familie von 6 Menschen enthält, den Frau T. laut vorgelesen hat, kann sie nicht wieder erzählen; sie liest ziemlich geläufig, einige Mal jedoch las sie ein und dieselbe Zeile 2 bis 3 mal, wohl weil sie sich beim Uebergang auf die neue Zeile versehen hatte und bemerkte diese Wiederholung nicht.

Wir haben es in diesem Falle ebenso wie im vorhergehenden mit einem Leiden des peripheren Nervensystems zu thun, und zwar in der Form einer multiplen Neuritis. Aeusserst interessant ist die Störung der Stereognose in den Fingern und des stereoskopischen Sehens.

Gleichzeitig erfahren wir durch die Anamnese, dass die Patientin eine puerperale Infectionskrankheit durchgemacht hat, eine deutlich ausgesprochene icterische Färbung der Hautdecken, Erbrechen, langanhaltende Verstopfung und Eiweiss im Harn sind noch jetzt erhalten geblieben und haben schon früher den Aerzten den Anlass dazu gegeben, eine pathologische Zusammensetzung des Blutes anzunehmen.

Die psychische Erkrankung der Frau T. äusserte sich in Folgendem: Das Bewusstsein der Patientin war nur in Bezug auf ihre eigene Person und auf den gegenwärtigen Augenblick klar. Die Umgebung interessirte sie wenig. Um sich von ihrer Umgebung Rechenschaft abzulegen, muss Frau T. jedesmal ihre Aufmerksamkeit anspannen.

Hallucinationen und Wahnideen waren nicht vorhanden. Logische Schlussfolgerungen vollzogen sich regelrecht. Die Continuität des Bewusstseins ist bei der Patientin stark gestört; den räumlichen Zusammenhang und die Aufeinanderfolge der Ereignisse waren eingebüsst. Die Zahl der Begriffe, die ihr tägliches Gedankenmaterial ausmachen, ist gering und sie empfindet keinerlei Verlangen, sich durch Unterhaltung u. d. m. ihren Angehörigen mitzutheilen.

Das Gedächtniss der Patientin war stark geschwächt. Die Erinnerung an längstverflossene Ereignisse war eine gute, aber Ereignisse neueren Datums, und zwar solche, die nach der Erkrankung an Neuritis vorgefallen waren, waren aus dem Gedächtniss vollständig verschwunden. An Stelle der fehlenden Facta erfindet Frau T. nicht vorhandene und, mit diesen Gedächtnissillusionen in der einen oder anderen Weise fabulirend, vertheilt sie dieselben in Raum und Zeit, so dass sie glaubwürdig erscheinen.

Auch die Aufmerksamkeit zeigte eine bedeutende Störung, und zwar war dieselbe herabgesetzt, was ganz besonders von der passiven Aufmerksamkeit gilt. Gleichzeitig waren Störungen im Gebiet des Willens in Form von Unbeweglichkeit, Gleichgültigkeit und Fehlen von irgend welchen Bestrebungen und Wünschen u. s. w. bemerkbar. Andererseits fehlten Eigensinn, Automatismus, Negativismus und Stereotypie.

Was die Differentialdiagnose des gegebenen Falles anbetrifft, so können wir uns auf denselben Wege, den wir in unserem ersten Falle eingeschlagen haben, davon überzeugen, dass wir es hier mit einer polyneuritischen Psychose Korsakow's zu thun haben.

## III.

Die hier beschriebenen Bilder der Geisteserkrankung bieten ein doppeltes Interesse. Erstens haben wir es mit einer psychischen Störung bei Wöcherinnen zu thun und zweitens beobachten wir gleichzeitig eine multiple Erkrankung der peripheren Nerven.

Die beschriebene Psychose ist, ganz besonders zur Zeit des Puerperiums, nur in einer kleinen Anzahl von Fällen beschrieben worden.

Korsakow (30) führt in seinem Aufsatz: „Zur Störung der psychischen Thätigkeit bei alkoholischer Paralyse und zur Beziehung derselben zur Polyneuritis“ zwei Krankengeschichten einer derartigen Psychose im Wochenbett (IV. und V. Beobachtung) an.

In einem Falle (IV) verspürte die 28jährige Frau in der ganzen Zeit vor der Geburt Schmerzen im N. ischiadicus, hierauf gebar sie ein todtes Kind, wonach sich äusserst schnell eine Polyneuritis entwickelte. Drei Wochen nach der Geburt sah Korsakow die Patientin und constatirte bei ihr Hang zum Fabuliren, Amnesie, Unkenntniss kurz verflossener Ereignisse, nächtliches Angstgefühl und Hallucinationen. Eine vollständige Wiederherstellung der Patientin wurde nach vier Jahren constatirt.

Der andere Fall (V) Korsakow's, in dem eine 22jährige Frau beschrieben wird, kann nur relativ zu den puerperalen Neuritiden gerechnet werden, da die multiple Neuritis sich erst 2 Monate nach der Geburt entwickelte.

Einen sehr demonstrativen Fall dieser Psychose finden wir in der von Korsakow (30) und Serbsky publicirten Arbeit. Diese Autoren beschreiben eine Polyneuritis und eine typische psychische Störung, die während einer Extrauterin gravidität mit todter Frucht entstanden war. Da aus naheliegenden Gründen in diesem Falle die Geburt nicht vor sich gehen konnte, musste die todte Frucht per laparotomiam entfernt werden, in Folge complicirter Adhäsionen mit Harnblase und Darm bildeten sich Harn- und Kothfisteln.

Bei dieser Patientin bestand verwirrtes Bewusstsein, Amnesie, Confabulation, in der Nacht und am Abend Erregung und Hallucinationen.

Ferner finden wir eine von Desnas-Joffroy-Pinard (13) gesammelte Beobachtung; in derselben wird der Zustand einer Frau X. beschrieben, die im 6. Schwangerschaftsmonat an multipler Neuritis erkrankte, der Erbrechen vorangegangen. Gleichzeitig zeigte sich eine deutliche Störung der Psyche, eine Schwächung des Intellectes und des Gedächtnisses. Bei der Patientin wurde eine künstliche Frühgeburt eingeleitet und nach 2 Jahren trat völlige Genesung ein.

Diese Beobachtung von Desnas-Pinard kann jedoch, im Gegensatz zu Chancelay (11) und Lamy (35), nicht eine puerperale Neuritis genannt werden, wenn man berücksichtigt, dass die multiple Neuritis während der Schwangerschaft entstanden war und zum Geburtsact in keinerlei Beziehung stand. Am ehesten könnte der Fall von Desnas-Pinard eine Neuritis der Schwangeren — Neuritis gravidarum genannt werden.

Ferner kann man sich mit Lamy nicht einverstanden erklären, dass dieser Fall von puerperaler Neuritis der erste der überhaupt beschriebenen sei (*les premier cas paru de névrite puerpérale généralisée*). Schon zwei Jahre vorher hatten Fischer (19) und Möbius (40) eine ganze Serie derartiger Fälle von puerperaler Neuritis beschrieben.

Wir finden also, selbst wenn wir die nicht vollständig der Aetioologie nach entsprechenden, citirten Fälle mitrechnen, in der Literatur nur vier Beobachtungen einer polyneuritischen Psychose im Puerperium. Andererseits ist die Zahl von Beobachtungen einer rein puerperalen Neuritis ohne Psychose auch nicht gross [Winscheid (65), Remak-Flatau (50b)]. In Folge dessen bieten die angeführten Beobachtungen ein bedeutendes Interesse dar.

Von besonderer Bedeutung ist in den angeführten Krankengeschichten der Umstand, dass bei beiden Patientinnen bei der Aetioologie der Erkrankung Alkoholeinfluss fraglos ausgeschlossen werden kann und dass diese Fälle folglich die Ansicht Korsakow's bestätigen, dass der beschriebene Symptomcomplex bei Polyneuritis ohne Mitbeteiligung von Alkoholwirkung beobachtet wird.

Was die Aetioologie der beschriebenen Störungen im Allgemeinen anbetrifft, so geben die angeführten Fälle Anlass zu folgenden allgemeinen Annahmen:

Die Polyneuritis kann nicht als Grund der Psychose angesehen werden. Es ist natürlicher vorauszusetzen, dass beide Erkrankungen das Resultat ein und derselben Ursache sind, die bei der Ausbreitung über das Nervensystem einerseits die peripheren Nerven und andererseits die Grosshirnrinde erfasst und die Erkrankung in der Form begünstigt, wie wir sie hier sehen. Diese Ursache, scheint es, steht zu dem Geburtsact nur in indirekter Beziehung, und zwar nur insoweit, als die Geburt einerseits den Organismus schwächt und andererseits äusserst günstige Bedingungen für das Eindringen verschiedener schädlicher Elemente in das Blut und in die Gewebe des Körpers begünstigt. Mit Sicherheit kann angenommen werden, dass die Ursache des Leidens in einer Vergiftung des Organismus durch Lebensprodukte der Mikroorganismen oder durch Resultate eines Zerfalles derselben besteht.

Die Annahme, dass die Geisteserkrankungen in Folge von Vergiftung mit verschiedenen chemischen Producten entstehen können, gewinnt immer mehr und mehr an Wahrscheinlichkeit.

Gegenwärtig können wir in dieser Beziehung eine heterogene und endogene Vergiftung unterscheiden. Im ersten Falle dringt das präformierte Gift von aussen her in den Organismus ein, im zweiten Falle werden die Toxine im Organismus selbst hergestellt.

Geisteserkrankungen bei heterogener Vergiftung bildeten schon seit langer Zeit den Gegenstand von Beobachtungen. Ein typisches Beispiel für Geistesstörungen, mit genannter Aetiologie, bietet sich uns in den Psychosen der Arbeiter, die mit Bleisalzen, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff und Kohlenstoffoxyd zu thun haben. Bekannt sind auch die Geistesstörungen bei Secale-, Latyrus-, Mais-, Cocain-, Atropinvergiftungen u. s. w.

Die Geistesstörungen, die in Folge von endogener Vergiftung entstehen, müssen äusserst zahlreich sein, sind bis jetzt aber noch nur sehr wenig erforscht.

Die einfachsten von ihnen sind die von Charpentier (10b) zuerst bei Diabetes untersuchten.

Sehr demonstrative Psychosen bei Albuminurie demonstrierte (1899—1900) Joffroy in seinen Vorlesungen. In seinen Fällen trat Verwirrtheit und hallucinatorisches Phantasiren auf, sobald Eiweiss im Harn auftrat, und jedesmal bewirkte eine entsprechende Behandlung, die eine normale Harnzusammensetzung hervorrief, eine Klärung der Psyche. Das Verschwinden der Psychose ging mit einer Abnahme des Eiweissgehaltes im Harn einher.

Brower (9) gelangte auf Grund von Daten aus der Literatur und von persönlichen Beobachtungen zu dem Schluss, dass eine Nierenkrankung und hierdurch eine Anhäufung von schädlichen Producten im Blut nicht nur eine, sondern mehrere verschiedene Arten von Psychosen nach sich zieht.

Ferner ist eine Reihe von psychischen Störungen in Folge von Vergiftung durch Aufsaugung von Producten veränderter Verdauung aus dem Darm constatirt worden.

Wagner (64) sah einige solche Fälle, in denen er über die Functionsstörungen des Verdauungstractes aus dem vermehrten Procentgehalt des Harnes an Indican urtheilte; eine Abnahme dieses letzteren wurde von einer Wiederherstellung der geistigen Gesundheit begleitet.

Eine Reihe von Autoren [Frankl-Hochwart (17) u. A.], die Tetanuspsychosen beschrieben, bringen diese Erkrankung zu Störungen des Magen-Darmtractes in Beziehung.

Regis und Chevalier (48) erachteten es für gerechtfertigt eine besondere „viscerale Psychose“ zu constatiren, deren Entwickelung, ihrer Ansicht nach, von einer Ansammlung abnormaler Producte, die aus dem Verdauungscanal in das Blut gelangen, begünstigt wird.

Bekannt sind die Geistesstörungen, die sich in Folge einer ungenügenden Desinfection der Leber entwickeln.

Burrow und Hammond (12) (nach Choirin citirt), Delay et Fowille (12) (ibidem) haben eine, dem Icterus parallel verlaufende Melancholie beobachtet, wobei die Geistesstörung verschwand, sobald die regelrechte Function der Leber hergestellt worden war.

Klippel (29) beschrieb einen „Leber“-Wahnsinn, den er durch eine ungenügende antiseptische Function der Leber erklärt.

Bekannt sind psychische Störungen, die in Folge einer ungenügenden Function der Glandula thyreoidea oder durch eine veränderte Production derselben (bei Myxödem, Cachexia strumipriva, Kropf) entsteht.

Auusserst wenig erforscht sind diejenigen Formen psychischer Störungen, die in Folge von Entwickelung verschiedener Mikroorganismen im Körper entstehen. Die in dieser Hinsicht gethanen Schritte haben Parasiten und Bacterien in den Gefässen Geisteskranker aufgedeckt. Solche Funde wurden nicht nur im Blut von fieberrnden, sondern auch von fieberfreien Patienten gefunden.

Bekannt sind z. B. Psychosen bei Malaria, deren specifische Abhängigkeit von den im Blut befindlichen Plasmodien gegenwärtig keinem Zweifel unterliegt.

Bei Delirium actum constatirten Bianchi und Piccino (6) mehrfach eine bestimmte Art von Bacillen.

Ceni (10) beobachtete Verwirrtheit bei zwei Patienten, die keine Fiebersymptome aufwiesen und bei denen, bei dem einen *Staphylococcus pyogenes* und beim anderen *Bacillus coli* im Blut gefunden wurden.

In vielen Fällen von Psychosen, die fiebhaft verliefen, obgleich keine Mikroorganismen gefunden wurden, kann dennoch höchst wahrscheinlich die Anwesenheit von Bacillen oder von Producten ihrer Lebenstätigkeit im Blut angenommen werden. Diese letztere Annahme befindet sich in voller Uebereinstimmung mit der toxischen Eigenschaft des Harnes fiebhafter Patienten, was so vorzüglich durch die Arbeiten von Bouchard (8), Gautier (20) und Griffith (21) bewiesen wird.

Aus diesem Grunde müssen Infectionskrankheiten als Ursache von Vergiftungen mit metabolischem Gift angesehen werden, das von Mikroben in einem Organismus erzeugt wird, dessen Widerstandsfähigkeit geschwächt ist. Wochenbettserkrankungen gehören hierher. Dieselben sind im Allgemeinen infectiös zu nennen, wenn die Temperatur während

derselben erhöht ist und von diesem Gesichtspunkt aus sind sowohl unsere beiden Beobachtungen, wie auch alle Beobachtungen von Korsakow de facto Infectionskrankheiten.

Die italienischen Psychiater, wie Bianchi, Mangiagilli und Balli sind der Ansicht, dass puerperale Psychosen einen rein infectiösen Ursprung haben. Der gleichen Ansicht ist Mongeri (43), der sich auf diese Autoren bezieht; er beschreibt einen äusserst interessanten Fall einer puerperalen Psychose mit maniakalischer Erregung und erhöhter Temperatur bis 39° C. Mongeri nahm an, dass die Psychose in diesem Falle einen infectiösen Ursprung habe, injicirte in die Venen Antistrep-tococcusserum und erreichte nach 9 Wochen eine vollständige Wiederherstellung der Patientin. Schon die erste Injection hatte ein Sinken der Temperatur und ein völliges Verschwinden der maniakalischen Erregung zur Folge. Nach der sechsten Injection nahmen die Angehörigen angesichts der völligen Wiederherstellung der Psyche die Patientin nach Hause, die Temperatur stieg aber wieder und gleichzeitig trat ein neues Stadium von maniakalischer Erregung auf; in diesem Zustande verblieb Patientin einige Tage zu Hause, wurde aber dann wieder in das Krankenhaus gebracht, wo die wohlthätigen Injectionen bis zur völligen Genesung fortgesetzt wurden. Nach der Ansicht des Autors ist es klar, dass in diesem Falle eine Infectionskrankheit bestanden hat, die eine Psychose nach sich gezogen hatte.

Welche Beziehungen die angeführten Daten zur Aufklärung der Aetiologie unserer beider Fälle haben, erhellt aus Folgendem.

In unseren beiden Fällen war eine Infectionskrankheit vorhanden. Der Harn beider Patientinnen enthielt Eiweiss und Indican. Bei beiden Patientinnen war eine Störung des Magen-Darmtractes vorhanden, die sich durch Ubelkeit, Erbrechen, belegte Zunge, Foetor ex ore, schmerzhafte Leber, Vergrösserung derselben und durch icterische Färbung der Haut äusserte. Mit vollstem Recht kann angenommen werden, dass in beiden Fällen der Verdauungscanal der Herd von Fäulnissprozessen war und dass gleichzeitig die antiseptische Function der Leber herabgesetzt war. In Folge aller dieser Bedingungen wurden im Blut der Patientinnen Darmfäulnissprodukte gelöst und das Blut war im höchsten Grade toxisch. Auf Grund des Gesagten können wir annehmen, dass sich in der Aetologie unserer Fälle ein complicirtes, toxisches Moment, und zwar enterogenen Ursprungs befindet, zu dessen Entstehung, die durch die Geburtswege oder den Darmcanal eingedrungenen Mikroorganismen den Anstoss gegeben haben; im weiteren Verlauf konnten sich toxische Substanzen, die aus dem Darmcanal aufgesogen wurden, sowie schädliche Elemente, die bei Albuminurie im Blut circuliren, hinzugesellen.

Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, müssen wir uns mit Korsakow darin vollständig einverstanden erklären, dass diese Psychose einen toxischen Ursprung hat und die von ihm vorgeschlagene Bezeichnung „toxaemica“ muss als vollständig gerechtfertigt erachtet werden, da die Gifte, die in analogen Fällen zu so umfangreichen und gleichzeitigen Störungen des peripheren und centralen Nervensystems führen, im Blut circuliren müssen, um derartige Resultate hervorzurufen.

Den wirklichen Facten vollständig entsprechend erscheint auch die Ansicht Korsakow's von der Erkrankung des Grosshirns bei dieser Psychose, aus welchem Grunde er die beschriebene Erkrankung auch „Cerebropathia“ nennt.

Die Arbeiten von Suchanow (58), Ballet (3), Wyrobow (63), sowie die Untersuchungen Korsakow's constatirten eine Reihe äusserst feiner Veränderungen in den Zellen und den Associationsbahnen des Grosshirnes.

Unsere beiden Fälle, die sich auf eine klinische Beobachtung beschränkten, können keine so grosse Bedeutung haben, wie die soeben angeführten Arbeiten. Viele klinische Besonderheiten gestatten es jedoch darauf zu schliessen, dass einige Theile des Grosshirnes, und zwar der Rindentheil desselben mehr oder weniger beschädigt waren, wodurch ihre Function gestört wurde.

Zu Gunsten dieser Annahme sprechen die Störungen in der stereognostischen Bestimmung von Gegenständen durch Betasten und in der Fähigkeit stereoskopisch die Entfernung und die Grösse der Gegenstände zu taxiren.

Was die Stereognosie anbetrifft, so gilt es gegenwärtig für mehr oder weniger feststehend, dass diese Function in der Hirnrinde, und zwar des oberen Theiles der Scheitelgegend centralisirt ist.

Die Störung in der Beurtheilung der Entfernung, Grösse und Form der Gegenstände, die von Hartmann (13 b) (851) sehr treffend „optische Aphasie, in Folge von Astereoskopie“ und von Anton (1) „Tastblindheit des Auges“ genannt wird, entsteht in Folge einer ungenügenden Verarbeitung der sensorisch-optischen Eindrücke und der Augenbewegungsempfindungen oder nach Exner des Muskelgefühls der Convergenz. Diese Verarbeitung findet in einem bestimmten Territorium der Grosshirnrinde statt, an einem besonderen Centrum, das im unteren Theil der Scheitelgegend liegt [Tiling, Thomsen, Pick (46 b)].

Die Störung der Stereognosie, die nicht durch eine Erkrankung des Rückenmarkes erklärt werden kann, und die Tastblindheit des Auges weisen also auf eine Herderkrankung im Grosshirn hin, und zwar ist hierbei, wie es vorzüglich durch die citirten Arbeiten von Hartmann,

Anton, Tiling, Thomsen und Pick aufgedeckt worden ist, die Hirnrinde im Gebiet des optisch-motorischen Centrums von Anton — im unteren Theil der Scheitelgegend und des Centrums der stereognostischen Associationen — im oberen Theil der Scheitelgegend organisch afficirt.

Es ist möglich, dass die Herabsetzung der Aufmerksamkeit, die Mühe des Sichorientirens und die Abnahme der Fähigkeit etwas zu bemerken, nicht nur durch die ungenügende Klarheit der Eindrücke, die durch die veränderten Nerven weiter geleitet werden, erklärt werden muss, sondern auch noch durch die erschwerte Verarbeitung und Verbindung der Eindrücke unter einander und mit dem Vorrath der früher schon empfangenen Eindrücke. Letzteres wird dann zu Stande kommen, wenn die Associationsbahnen organisch lädirt sind, wie es Korsakow, Ballet und Suchanow gefunden haben.

Die Bezeichnung „Cerebropathia“ für die erwähnte Psychose von Seiten Korsakow's ist also auch vom klinischen Gesichtspunkt aus vollständig gerechtfertigt.

Einige Worte der Replik verdienen noch diejenigen Erwiderungen, die gegen die Verbindung dieser Psychose mit der Polyneuritis und speziell gegen die Bezeichnung „Psychosis polyneuritica“ erhoben wurden.

Die Gegner dieser Ansicht behaupteten nämlich, dass dieses Syndrom ohne eine multiple Entzündung der Nerven beobachtet werden könne, und dass ein Erwähnen der Neuritis deswegen bei der Benennung der Geisteserkrankung nicht am Platze sei. Diese Behauptung — vom Auftreten der Psychose unabhängig von der Neuritis — hat einen um so grösseren Werth, als sie vollständig richtig ist; auch wir haben drei derartige Fälle gesehen, in denen anfangs keine Anzeichen von Neuritis vorhanden waren, wo es sich aber späterhin herausstellte, dass diese Symptome in demonstrativer Form nur im Anfang der Krankheit fehlten; im weiteren Verlauf der psychischen Störung aber trat die multiple Erkrankung der peripheren Nerven äusserst deutlich zu Tage.

3. Die 42jährige Frau Berejnaia, Einwohnerin von Kiew, die immer eine sehr mässige Lebensweise geführt und den Genuss alkoholischer Getränke vermieden hat, erkrankte im Herbst 1903 nach einer Erkältung während der Menses an Salpingitis und Parametritis. Der behandelnde Arzt Dr. Lewitzky verordnete ihr Bettruhe, Eisbeutel u. s. w.

Diese locale Therapie, die im Verlauf von 8 Wochen durchgeführt wurde, erzielte jedoch keine besonders guten Resultate. Die Patientin fieberte die ganze Zeit über (die Temperaturcurve war eine äusserst unregelmässige) und der Leib blieb schmerhaft. Gleichzeitig traten bei der Patientin Durchfälle ein und der Appetit schwand vollständig; zeitweilig trat Uebelkeit und sogar

Erbrechen auf. Der Schlaf war schlecht. Auf einem Consilium, das 2 Monate nach dem Beginn der Erkrankung zusammenberufen wurde und an dem Prof. Obraszow, Prof. Janowsky und Dr. Lewitzky theilnahmen, wurde eine Enterocolitis angenommen und constatirt, dass die erhöhte Temperatur durch den localen Process in den Geschlechtsorganen bedingt wird. Das periphere Nervensystem erwies sich bei dieser Untersuchung als normal. In der psychischen Sphäre wurde eine gewisse Depression und Zerstreutheit constatirt.

Im Verlauf der auf dieses Consilium folgenden Wochen schritt die Verschlimmerung im Zustande der Patientin weiter fort. Nachts phantasirte die Patientin, der Appetit wurde schlechter, die Abmagerung nahm weiterhin zu und die Temperatur blieb die ganze Zeit über erhöht. Ausserdem bemerkten die Angehörigen der Patientin eine starke Vergesslichkeit derselben.

Auf einem nochmals zusammenberufenen Consilium, an dem ausser Prof. Obraszow, Prof. Janowsky und Lewitzky auch ich theilnahm, konnte bei der Patientin ein Fehlen von Hallucinationen und Wahnideen constatirt werden. Stereotypie, Negativismus und Automatismus konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden.

Die Patientin war recht lebhaft, bemühte sich freundlich zu lächeln und sich liebenswürdig zu unterhalten; an sie gerichtete Fragen beantwortete sie sehr schnell und sicher, aber wie sich sofort herausstellte, nicht wahrheitsgetreu. Beim Ausfragen der Patientin stellt es sich heraus, dass sie die Namen der anwesenden Aerzte nicht kennt, den laufenden Tag, Monat und das laufende Jahr nicht bezeichnen kann und es nicht weiss, wie lange sie krank ist. Sie gestand ihre Unwissenheit jedoch nicht ein und nannte mit Bestimmtheit falsche Vor- und Familiennamen und bestimmte unrichtig die Jahreszahl, das Datum und die Dauer ihrer Erkrankung u. s. w. Die diesbezüglich gemachten Verbesserungen nimmt sie augenscheinlich in sich auf, vergisst sie aber nach 5 Minuten wieder. Sie hat vergessen, was sie vor dem Consilium gegessen hat u. s. w.

Die motorische Sphäre, die Sensibilität, die Reflexe, die Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, der Zustand der Pupillen und die Augenbewegungen erweisen sich vollständig normal. Die Durchfälle dauern weiter fort. Die Temperatur ist erhöht. Im Parametrium wird ein eitriger Process angenommen. Der Harn enthält  $1/4$  pM. Eiweiss und körnige Cylinder. Im Anschluss hieran wurden während des Consiliums die Anzeichen von Schwächung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses und der Neigung zum Confabuliren hervorgehoben, in Anbetracht des Fehlens von Anzeichen einer Neuritis jedoch wurde bei der Stellung der Diagnose eine polyneuritische Psychose ausgeschlossen.

Nach 6 Wochen wurde wieder ein Consilium zusammenberufen, an dem nur Prof. Janowsky und ich theilnahmen. Es stellte sich heraus, dass die Patientin im Verlaufe der letzten Woche von sehr starken Schmerzen in den Beinen geplagt wurde. Die Temperatur war nach wie vor erhöht und der locale Process im Parametrium war unverändert geblieben. Dieses Mal war die Patientin weniger lebhaft. Wie auch das vorhergehende Mal kann sich die Patientin in der laufenden Zeit nicht orientiren, erinnert sich der Ereignisse

des laufenden Tages nicht und kann die Namen der Aerzte und der Pflegerin nicht nennen. Sie ist äusserst zerstreut. Wahnideen und Hallucinationen sind nicht vorhanden. Bei der Untersuchung der somatischen Sphäre zeigte sich eine ungeheuer starke Druckempfindlichkeit der peripheren Nervenstämmen, und zwar hauptsächlich der unteren Extremitäten und außerdem eine stark ausgeprägte Parese der Extensoren der Füsse und Zehen beider Extremitäten. Die Kraft aller Extremitäten ist herabgesetzt. Atrophie der Muskeln, und zwar hauptsächlich beider Mm. quadricipites. An den distalen Theilen des Beines ist die Empfindung für Nadelstiche und Berührung mässig herabgesetzt. Das stereognostische Gefühl ist in den oberen Extremitäten deutlich gestört. Die Haut- und Sehnenreflexe sind sowohl an den unteren, als auch an den oberen Extremitäten vollständig verschwunden. Die Pupillen und die Augenbewegungen sind normal. Astereoskopie ist nicht bemerkbar.

Dieses Mal wurde die Diagnose „Polyneuritis“ gestellt und die psychische Störung wurde mit der multiplen Erkrankung der Nerven in Verbindung gesetzt.

Hier nach besuchte ich Frau B. im Verlauf vieler Monate mehrfach und konnte mich davon überzeugen, dass die Neuritis nicht weiter progressirte, der Grund hierzu war möglicher Weise die spontane Entleerung des Eiterherdes. Die motorische Sphäre der oberen Extremitäten blieb fast vollständig unberührt. An den unteren Extremitäten hingegen war jedoch eine fast vollständige Paralyse der Extensoren des Fusses und der Zehen eingetreten.

Was die Psyche anbetrifft, so bot die Patientin im Verlauf von fast elf Monaten dasselbe monotone Bild dar — eine deutlich ausgeprägte Gleichgültigkeit den Vorgängen in ihrer Umgebung gegenüber. So entzündete sich z. B. im Zimmer, in dem die Patientin lag, Spiritus, der auf die Diele geflossen war und das Kleid der Pflegerin fing Feuer; obgleich hierbei für das ganze Haus Feuersgefahr herrschte, blieb die Patientin auf ihrer Couchette liegen und interessirte sich nur für die Vorgänge beim Löschen des Feuers. Aus dieser Apathie konnte sie jedoch durch starke, besonders thermische Reize aufgestört werden. Der Patientin waren unter Anderem heisse Luftbäder verordnet worden; wenn nun die 110—120° heisse Luft durch ein Rohr unter die Bettdecke geleitet wurde, so sprang sie jedes Mal beim Beginn der Behandlung auf und schrie, dass ihre Beine zersägt würden u. d. m. und beruhigte sich jedes Mal wieder, wenn sie davon überzeugt wurde, dass das lediglich ein heisses Luftbad sei. Die Merkfähigkeit ist stark herabgesetzt; die Patientin ist im höchsten Grade zerstreut. Die Erinnerung an frühere Ereignisse ist verhältnissmässig gut erhalten. Sie erinnert sich ihres Hochzeits- und des Geburtsjahres ihrer ältesten Tochter. Sie erinnert sich, dass ihre Tochter, einen Monat vor ihrer eigenen Erkrankung, an Typhus krank lag; obgleich die Tochter schon seit dem Herbst vollständig hergestellt ist und die Mutter beständig pflegt, so erwähnt Frau B. dennoch häufig die schwere Erkrankung der Tochter und erkundigt sich, ob sie noch am Leben sei und bittet einen Professor zu ihrer kranken Tochter zu rufen. Das Hinzutreten der Tochter und die Versicherung der Tochter, dass sie am Leben und vollständig gesund sei,

beruhigt die Mutter, nach einer Stunde aber wiederholt sich dieselbe Aufregung. Augenscheinlich erinnert sich die Patientin der Vergangenheit, kann aber die gegenwärtigen Ereignisse nicht in sich aufnehmen und die letzteren mit der Vergangenheit assoziiren.

Im December 1905 kam die Patientin, nachdem ich sie mehr als zwölf Monate nicht gesehen hatte, zu mir nicht wegen ihres krankhaften Zustandes und deswegen untersuchte ich ihre somatische Sphäre auch nicht. Ihr Gang zeugte von einer Parese der Extensoren beider Füsse. Ihr Gedächtniss hat sich fast völlig wiederhergestellt, so dass sie wieder ihre Wirthschaft und ihre Geschäftsanlegenheiten führen kann.

4. Herr Bi-lo, 55 Jahre alt, hat sich stets durch Abneigung gegen alkoholische Getränke und durch nüchterne Lebensweise ausgezeichnet. Im September 1904 fing er an über Frösteln, Hitzegefühl, Schmerzen im Rücken und Schwäche im ganzen Körper zu klagen. Die Temperatur stieg bis 38 bis 39° C. Die Darmthätigkeit wurde äusserst schlaff.

Prof. Janowsky, der vom Patienten consultirt wurde, constatirte eine grippöse Lungenentzündung und Arteriosklerose und verordnete Expectorantien, Herzmittel und ein abführendes Wasser. Die motorische Sphäre, die Sensibilität und die Reflexe erwiesen sich als vollständig normal.

Im Verlauf einer Woche blieb die Temperatur erhöht und der Darm hörte trotz des Mineralwassers vollständig zu functioniren auf.

Prof. Janowsky, wieder vom Patienten consultirt, fand eine Besserung von Seiten der Lungen, aber eine Verstärkung der allgemeinen Schwäche, einen beschleunigten Puls, Oedem der Extremitäten (kein Eiweiss im Harn) und Anzeichen einer Verschlechterung der Herzthätigkeit. Eine ganz besondere Beachtung richtete Prof. Janowsky auf die Verschlechterung des Gedächtnisses des Patienten.

Auf den Vorschlag von Prof. Janowsky hin wurde ich hinzugezogen. Ich fand den Patienten im Bett liegend vor, die Temperatur war bis zu 38° C. erhöht. Bei der Untersuchung constatirte ich Folgendes: Puls 120; der Darm ist mit Fäkalmassen angefüllt und functionirte nur einmal wöchentlich. Die Leber ist stark empfindlich und vergrössert. In den Lungen sind überall feuchte und trockene Rasselgeräusche hörbar. Im Herzen, das von den Lungen bedeckt wird, sind an allen Ostien blasende Geräusche wahrnehmbar.

Die Füsse sind mässig ödematos. Willkürliche Bewegungen können überall ausgeführt werden, sind aber abgeschwächt. Nadelstiche und Berührungen werden an den Fingern, Zehen und am Rumpf ebenso wie Wärme und Kälte gut wahrgenommen.

Muskelatrophie und Druckempfindlichkeit ist nirgends bemerkbar. Die Haut- und Sehnenreflexe sind an den oberen und unteren Extremitäten normal. Die Pupillen und die Augenbewegungen weichen nicht von der Norm ab. Wahnideen, Hallucinationen, Illusionen und Gemüthsaffekte fehlen. Auf die Frage, ob ich ihn gesehen habe, confabulirt er und behauptet, dass wir zusammen vor zwei Tagen auf einem Dampfer gefahren seien (de facto liegt er schon 3 Wochen im Bett und hat mich früher nie gesehen). Meine Profession

bezeichnet er richtig und antwortet auf meine Frage, ob ich nicht vielleicht der Polizeimeister sei, dass ich Arzt bin. Das Gedächtniss ist stark geschwächt. Datum, Monat und Jahr, sein Alter, die Dauer seines Aufenthaltes im Bett und die genossenen Speisen kann er nicht bezeichnen.

Er ist sehr zerstreut, kann zweistellige Zahlen weder subtrahieren, noch addiren; bei der Multiplication macht er starke Fehler. Er ist im höchsten Grade gleichgültig.

Bei meinem Besuch nach einer Woche erkannte er mich nicht wieder. Von Seiten der Psyche fand ich keine Veränderungen. In der somatischen Sphäre schien mir eine Störung der Stereognose in den Fingern und eine Herabsetzung der Sensibilität der Füsse zu bestehen. Diesen beiden letztgenannten Daten konnte jedoch keine besondere Bedeutung beigemessen werden, da die Aufmerksamkeit des Patienten herabgesetzt war und die willkürlichen Bewegungen und die Reflexe nach wie vor normal waren. Muskelatrophie und Schmerzhaftigkeit der Nerven war nicht vorhanden.

Die mimischen Bewegungen und der Zustand der Pupillen waren normal. Astereoskopie war nicht vorhanden. Puls 120. Der Patient sprach wie früher, sein Gedächtniss war geschwächt und nach wie vor bemühte er sich durch confabulirte Facta die fehlenden Ereignisse zu ersetzen. Das Harnlassen geht selbstständig vor sich. Der frisch entleerte Harn war kaffeebraun und enthielt Spuren von Eiweiss.

1 $\frac{1}{2}$  Wochen später: Der Patient ist apathisch, zerstreut, unaufmerksam und erinnert sich der Ereignisse der letzten Zeit nicht. Er confabulirt äusserst weitläufig.

Die Function der Harnblase ist normal. Obstipation. Puls 120 (bei Infus. Adon. Vernal. ex 12,0 : 120,0 6 mal täglich 1 Esslöffel). Geräusche an allen Ostien. In den Lungen reichliche feuchte Rasselgeräusche. Die Leber ist geschwollen und schmerhaft.

Die Finger und Füsse können willkürlich nicht bewegt werden. Die willkürlichen Bewegungen der Hände sind herabgesetzt. Stiche, Berührungen und Wärme werden am Fuss gar nicht, am Schienbein und den Fingern besser und noch besser an den Oberschenkeln und Armen wahrgenommen. An den übrigen Körperteilen sind die normalen peripheren Nerven äusserst druckempfindlich. Die Haut- und Sehnenreflexe fehlen vollständig. Die Augenbewegungen, die Bewegungen der Zunge, der Zustand der Pupillen, das Schlucken und die Articulation weichen nicht von der Norm ab.

Da es zweifellos war, dass es sich um eine multiple Neuritis handelte, wurde die Störung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses, sowie die Neigung zum Fabuliren mit dieser Erkrankung des peripheren Nervensystems in Verbindung gebracht.

Nach zwei Wochen starb der Patient unter Erscheinungen eines Lungeninfarctes. Zwei Tage vor dem Tode konnten die Erscheinungen der peripheren Neuritis nochmals nachgewiesen werden.

5. Frau Kaliewitsch, 56 Jahre alt, erkrankte während eines Besuches bei ihrem Sohn in Taganrog im Mai 1902 an Enterocolitis mit erhöhter Temperatur. Die

hohe Temperatur, die die ersten Krankheitstage charakterisierte, fiel allmählich ab und wurde im weiteren Verlauf subfebril und schwankte zwischen 36,7, 37,5, 37,7 und zuweilen 38°C. Die Durchfälle und die übrigen Erscheinungen der Enterocolitis verschwanden nach drei Wochen; die Patientin verlor ihren Appetit vollständig, sie hatte beständig einen bitteren Geschmack im Munde, zeitweilig war ihre Zunge stark belegt und es war Foetor ex ore bemerkbar.

In der ersten Zeit litt Frau K. an Hallucinationen, Illusionen, Angstgefühl und Erregungen in der Nacht. Dieser Zustand hielt nicht lange an (5—7 Tage), allmählich trat die ersehnte Beruhigung ein, im psychischen Gesundheitsstadium aber traten Veränderungen ein. Die Patientin wurde apathisch, schweigsam und zerstreut und fing an, Ereignisse zu vergessen; gleichzeitig nahm das Körpergewicht der Patientin ab, sie magerte stark ab und wurde bettlägerig.

In diesem Zustande wurde sie in ihren beständigen Wohnort Kiew transportiert und der Behandlung des Herrn Privatdocenten Kostkewitsch übergeben, mit dem die Patientin schon 10—15 Jahre lang bekannt war, und der mich zu einem Consilium hinzuzog.

Bei der Untersuchung konnte Dr. Kostkewitsch auf keine Weise die Anamnese der letzten zwei Monate eruiren. Die Patientin konnte sich an nichts zurückinnern und klagte über nichts; ihre Gemüthsstimmung war apathisch und zuweilen weinerlich; ihre Unterhaltung berührte immer die gleichen Themen und wurde immer in ein und denselben Ausdrücken geführt. Im Verlaufe einer Stunde seufzte sie und wiederholte mehrfach: „Da war ich nun früher gesund und jetzt bin ich krank“. Gleichzeitig mit dem monotonen Denken und mit dem Verlust des Gedächtnisses wurden Gedächtnissillusionen bemerkt. Die Patientin erzählte z. B. dem Arzt, dass sie den ganzen Tag über gegessen habe (de facto hatte sie jegliche Nahrungsaufnahme verweigert), und dass sie auf der Strasse spazieren gegangen sei (sie hat beständig zu Bett gelegen) u. a. m.

Von Seiten des peripheren Nervensystems (der motorischen Sphäre, der Sensibilität) und der Reflexe konnte zu dieser Zeit nichts Abnormales constatirt werden.

Drei Monate nach der überstandenen Enterocolitis klagte die Patientin zum ersten Mal über Schmerzen in den Extremitäten, und zwar ganz besonders in den Füßen, auch war ein Gürtelgefühl vorhanden. Bei der zu diesem Zeitpunkt ausgeführten Untersuchung vermutete Dr. Kostkewitsch zum ersten Mal eine Polyneuritis; bei der objectiven Untersuchung bemerkte er eine gewisse Schläffheit der Muskeln der unteren Extremitäten; die Sensibilität war leicht herabgesetzt; die Reflexe an den unteren Extremitäten waren abgeschwächt.

Vier Wochen nach den ersten Klagen der Patientin, d. h. am Ende des vierten Krankheitsmonates, konnten Dr. Kostkewitsch und ich bei einer gemeinsamen Untersuchung der Patientin Folgendes constatiren:

Mäßige Abmagerung des Körpers, die an den unteren Extremitäten stärker ausgeprägt ist. Eine unbedeutende Flexionscontractur des linken Kniees.

An der rechten Hand — ein schwach ausgeprägter Grad von main en griffe. Die Finger sind ein wenig aufgetrieben, die Haut ist dünn und glänzend. Willkürliche Bewegungen sind in allen Gelenken möglich, nur die Kraft derselben ist abgeschwächt. Die Mm. thenar, hypothenar, interossei und triceps surae haben an Umfang abgenommen. Die Glutaeengegend hängt herab und ist äusserst weich, so als wenn an dieser Stelle ein leerer Sack ohne Muskeln hinge.

Die Temperatur-, Tast- und Schmerzempfindung ist im Vergleich zum übrigen Körper. an den Extremitäten mässig herabgesetzt. Das Muskelgefühl ist unverändert. Die Stereognose, Stereoskopie und der Geschmack wurden wegen der grossen Schwäche der Patientin nicht untersucht. Die Hautreflexe sind normal. An den unteren Extremitäten fehlen die Sehnenreflexe vollständig; an den oberen Extremitäten sind die Reflexe der Sehnen des Supinator longus und des triceps sehr schwach.

Die peripheren Nerven sind stark druckempfindlich.

Die Augenbewegungen sind nach allen Seiten hin vollständig normal. Gesicht und Gehör sind unverändert. Die Pupillen sind von gleichem Durchmesser. Die Pupillenreflexe (auf Licht — Accommodation und Convergenz) weichen nicht von der Norm ab.

Die Zunge ist von einer dichten, weissen Schicht bedeckt. Starker Foetor ex ore.

Der Puls ist klein. Anämische Geräusche an den Herzkklappen.

In psychischer Beziehung lenkte die indifferente Gemüthsstimmung der Patientin die Aufmerksamkeit auf sich. Zuweilen war sie weinerlich gestimmt, wenn man ihrem beklagenswerten Zustande, dem Zubettliegen und der Unmöglichkeit an die frische Luft zu gehen, die Rede war; die Thränen versiegten jedoch sofort, sobald eine indifferente Frage gestellt wurde, die einen angenehmen Eindruck machen konnte.

Die laufenden Ereignisse hat die Patientin vergessen, der Vergangenheit erinnert sie sich gut.

Während des Gespräches mit der Patientin tritt es deutlich zu Tage, dass sie vor Kurzem stattgehabte Ereignisse vergessen hat; schon seit langer Zeit stattgehabte Ereignisse sind in ihrem Gedächtniss gut erhalten geblieben. In einigen Antworten tritt die Neigung zum Fabuliren hervor. Im gesammten Denken der Patientin ist die Armuth an Vorstellungen und Begriffen und der Verlust von Interesse für die Umgebung ausgeprägt. Die Patientin schlafst schlecht; zuweilen schreit sie in der Nacht, kann aber nicht erklären, was sie erschreckt.

Aus diesen drei, in Kürze angeführten Krankengeschichten, ist es ersichtlich, dass sich die Veränderung der Psyche, die für die Korsakow'sche Psychose typisch ist und keiner anderen psychischen Erkrankung ähnlich sieht, aus dem einen oder anderen Grunde (z. B. citrige Parametritis, Grippe u. s. w.) im Anschluss an eine Störung des Magen-Darmtractes entwickelt hat und im Verlauf von 2—3 Wochen

bis zu einigen Monaten mehr oder weniger isolirt bestanden hat; erst späterhin kam die multiple Entzündung der Nerven zum Vorschein.

Diese klinischen Beobachtungen bringen uns auf den Gedanken, dass solche Fälle nicht vereinzelt sind. Es ist möglich, dass in den Fällen derjenigen Autoren, die das Syndrom von Korsakow ohne neurotische Erscheinungen gesehen haben, die letzteren entweder schwach ausgeprägt waren, oder noch zu wenig entwickelt waren, um diagnostiziert werden zu können. Jedenfalls kann man in diesen Beobachtungen mit der grössten Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein des Korsakow'schen Syndroms gerade in Verbindung mit einer Polyneuritis annehmen.

Wenig überzeugend sind die Entgegnungen gegen das selbstständige Bestehen einer Psychosis polyneuritica, die darauf fussen, dass der Gedächtnissverlust, die Gedächtnissillusionen, das Confabuliren, die Gedankenarmuth, die Apathie u. a. m. auch bei Polyencephalitis superior Wernicke, bei Tumor cerebri, bei Trauma capitis, bei Presbyophrenia, bei Dementia senilis, bei Paralysis progressiva u. s. w. vorkommen.

Der Verlauf dieser erwähnten Erkrankungen kann in der That von derartigen Symptomen complicirt werden, in der allgemeinen Entwicklung jeder einzelnen derselben ist dieses jedoch nur eine zufällige und kurzdauernde Episode, während das Gesammtbild der polyneuritischen Psychose lediglich aus diesen Störungen besteht und der Symptomencomplex der Psychose, der die Polyneuritis complicirt, von ihnen zusammengesetzt wird. Von all diesen Erkrankungsformen unterscheidet sich das Syndrom der polyneuritischen Psychose durch die Aetologie, den Verlauf und die Prognose, die mit der multiplen Entzündung der Nerven in enger Verbindung stehen.

Die Behauptung ist vollständig falsch, dass die Polyencephalitis superior Wernicke dadurch, dass sie zuweilen von einer psychischen Störung complicirt wird, die Bedeutung der polyneuritischen Psychose als einer besonderen Erkrankungsform untergräbt. Erstens geht dieses schon daraus hervor, dass in denjenigen Fällen von Polyencephalitis superior Wernicke, in denen eine Complication durch Psychose vermerkt ist [die Fälle von Bödecker (7), Gudden (23a)], beim aufmerksamen Lesen derselben Grund dafür vorhanden ist, ausserdem noch eine (allerdings schwach ausgeprägte) Polyneuritis anzunehmen und in dieser Beziehung widerlegen solche Krankengeschichten die Ansichten der Vertheidiger der polyneuritischen Psychose durchaus nicht, sondern bestätigen dieselben nur. Zweitens wurden alle diese Fälle von Psychose bei der Paralyse Wernicke bei Potatoren beobachtet, die sich energisch

mit Alkohol vergifteten und gehören somit zu der Kategorie von Geistesstörungen, die von Korsakow vorgesehen ist.

Die Annahme der Kritiker, die die polyneuritische Psychose nicht anerkennen, dass die Symptome der letzteren nur durch Alkoholwirkung erklärt werden müssen und bei analkoholischer Polyneuritis gar nicht vorkommen, werden durch Beobachtungen widerlegt, in denen sich im Verlauf einer zweifellosen Polyneuritis das typische Bild einer solchen Psychose entwickelte, ohne dass in der Anamnese Hinweise auf eine alkoholische Aetiologie festgestellt werden konnten.

Hierher gehören die Fälle Korsakow's (30).

Eine sehr gute Beobachtung wird von Tilling (60), in der früher erwähnten Arbeit, angeführt. Hierher muss seine Beschreibung von Gedächtnissverlust und Psychose während einer Polyneuritis, die sich nach Typhus entwickelte, gezählt werden.

Eine demonstrative Beobachtung wurde von Frank (15) in Bezug auf eine Psychose während einer Polyneuritis gemacht. In einem Fall handelt es sich um einen 34jährigen Kaufmann, der stets sehr geizig war, wenig auf sich hielt, schlecht ernährt war, aber nie getrunken hatte. Im Juni 1889 entwickelte sich beim Patienten eine typische Polyneuritis mit gastrischen Erscheinungen, schon im Juni desselben Jahres, d. h. einen Monat nach der Erkrankung zeigte sich eine bedeutende Schwächung des Gedächtnisses, der Patient konnte sich nicht mehr orientieren und zeigte die Neigung erdachte Facta zu erzählen; mit diesen letzteren füllte er den Zeitraum aus, über den er keine Rechenschaft ablegen konnte.

In den vorzüglichen Fällen, die von Suchanow (58b) angeführt werden, ist der Alkohol ebenfalls aus der Aetiology der Psychose ausgeschlossen.

Dieselbe Bedeutung haben unsere fünf Fälle und die Fälle von puerperaler Neuritis von Korsakow, Serbsky und Desnas-Pinard.

### Schlussfolgerungen.

1. Die Beziehung der Psychose, die bei einer multiplen Neuritis vorkommt, zu dieser letzteren kann nicht wie die Beziehung der Ursache zur Folge aufgefasst werden, es sind nebeneinander bestehende Erkrankungen. Die Erkrankung der peripheren Nerven und die Veränderung der Geistestätigkeit entwickelt sich bei ein und demselben Patienten in Folge einer gemeinsamen Ursache. Die Entwicklung, der Verlauf und der Ausgang dieser beiden Erkrankungen verlaufen einander parallel.

2. Die Ursache für die psychischen Störungen muss in den im Blut kringelnden Toxinen gesucht werden.

3. Es sind Fälle von polyneuritischer Psychose vorhanden, in denen das Vorhandensein von Astereoskopie und Störung der Stereognose auf eine organische Affection der Grosshirnrinde und speciell der Scheitellappen derselben schliessen lässt.

### Literaturverzeichniss.

- 1a. Anton, Beiderseitige Erkrankung der Scheitelgegend des Grosshirnes. Wiener klin. Wochenschr. 1899. 48.
- 1b. Auerbach, Die in Folge von Nierenkrankheiten entstandenen psychischen Störungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1896. Bd. 52. S. 336.
2. Babillé, Des troubles de la mémoire dans l'alcoolisme. Paris 1886.
3. Ballet, Progrès médic. 1898. No. 27. p. 7.
4. Ballet, La psychose polyneuritique. Rev. neur. 1890. No. 3.
5. Bernhardt, Ueber multiple Neuritis. Zeitschr. f. klin. Med. XI. 1886.
6. Bianchi Piccino, Jahresber. f. Psych. und Neurol. 1899. S. 1134.
7. Boedecker, Klinischer Beitrag zur Kenntniss der acuten alkoholischen Muskellähmungen. Charité-Ann. 1892. Bd. 17.
8. Bouchard, Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris 1897.
9. Brower, The mental relations of nephritis. Journ. of the amer. med. association. 1899.
- 10a. Cenì, Jahresber. f. Psychiatrie und Neurol. 1900. S. 928.
- 10b. Charpentier, Annales médico-psychologique. 1888. VII. p. 436. 1890. Vol. XII. p. 230.
11. Chancellay, Contribution à l'étude de la psychose polyneuritique. Thèse de Paris. 1901.
12. Charrin, Maladie du foie et folie. Sem. méd. 1892.
13. Desnac-Pinard-Joffroy, Sur un cas d'atrophie musculaire pendant la grossesse. Union méd. 1889.
14. Elzholz, Ueber die Beziehungen der Korsakow'schen Psychose zur Polyencephalitis. 1900. No. 5.
15. Frank, Polyneuritis und Geistesstörung. Bonn 1890.
16. Freund, Archiv f. Psych. XX. 1889.
17. Frankl-Hochwart, Die Tetanie. Wien 1899.
18. Fischer, Ueber eine eigenthümliche Lähmung bei Trinkern. Archiv für Psych. XIII.
19. Fischer, Zwei Fälle von Neuritis. Berliner klin. Wochenschr. 1875.
20. Gautier, Les toxines microbiennes et animales. Paris 1896.
21. Griffiths, Ptomaines extractes de urines. Acad. des Sciences. Vol. 117.
22. Grainger-Stewart, Edinburgh. med. Journ. 1881.
- 23a. Gudden, Klinische und anatomische Beiträge z. Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis. Archiv f. Psych. XXVIII.

- 23b. Hartmann, *Cysticercus cerebri*. Wiener klin. Wochenschr. 1902.
24. Hanry, *Neuro-cérébrites toxiques*. Thèse de Lyon. 1894.
25. Joffroy, *Arch. de la physiologie*. 1882.
26. Jolly, *Fall von Polyneuritis puerperalis*. Archiv f. Psych. XXIX.
27. Jolly, *Ueber die psychischen Störungen bei Polyneuritis*. Charité-Annalen. 1897.
28. Kast, *Klinisches und Anatomisches über primäre degenerative Neuritis*. Deutsches Archiv f. klin. Med. 1886.
29. Klippe, *Insuffisance hépatique dans les maladies mentales*. Mercredi medic. 1892.
30. Korsakow, *Die Störung der psychischen Thätigkeit bei alkoholischer Paralyse*. Westnik J. P. Mershejewski. 1887. (Russisch.)
31. Korsakow und Serbsky, *Ein Fall von polyneuritischer Psychose und Autopsie*. Archiv f. Psych. 1892.
32. Korsakow, *Ueber eine besondere Form psychischer Störung combinirt mit Neuritis multiplex*. Archiv f. Psych. XXI. 1890. S. 669.
33. Korsakow, *Etude médico-psychologique sur une forme des maladies de la mémoire*. Rev. philosophique. 1889.
34. Korsakow, *Erinnerungstäuschungen bei polyneuritischen Psychosen*. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1891. Bd. 47.
35. Lamy, *Des névrites puerpérales*. Gazette hebdomadaire. 1893. p. 170.
36. Leyden, *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 1.
37. Lilienfeld, *Zur Lehre von der Multiplexneuritis*. Berliner klin. Wochenschr. 1885. S. 727.
38. Löwenfeld, *Ueber Spinallähmung*. Archiv f. Psych. XV.
39. Lückerath, *Beitrag zur Lehre von der Korsakow'schen Psychose*. Neurol. Centralbl. 1900. S. 341.
40. Möbius: a) *Ueber Neuritis puerperalis*. Münchener med. Wochenschr. 1887. b) *Beitrag zur Lehre von der Neuritis puerperalis*. Münchener med. Wochenschr. 1890.
41. Moeli, *Alkoholismus*. Charité-Ann. 1883.
42. Mönkenmöller, *Casuistische Beiträge zu polyneuritischen Psychosen*. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1898.
43. Mangeri, *Die Aetiologie und die Behandlung der Puerperalpsychosen*. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57. 1900. S. 397.
44. Müller, *Ein Fall von Polyneuritis multiplex*. Archiv f. Psych. XIV. 1883.
45. Murawjew, *Zwei Fälle von Polyencephalitis superior*. Neurol. Centralblatt. 1897.
- 46a. Oppenheim, *Beiträge zur Pathologie der Multiplexneuritis*. Zeitschr. f. klin. Med. 1886.
- 46b. Pick, *Gesammelte Abhandlungen. Störungen der tiefen Dimensionen*.
47. Raimann, *Polyencephalitis superior als Einleitung einer Korsakow'schen Psychose ohne Polyneuritis*. Wiener klin. Wochenschr. 1900.
48. Regis-Chevalier, *Des autointoxications dans les maladies mentales*. Congrès des aliénistes de France à la Rochelle. Bulletin méd. 1893.

49. Regis, Des autointoxications dans les maladies. Arch. clinic de Bordeaux. 1893.
50. Regis, Des psychoses dans les polynévrites. Arch. de Neurol. 1894.
51. Redlich, Ueber die polyneuritischen Psychosen. Wiener klin. Wochenschr. 1896.
52. Redlich, Vorträge im Wiener ärztl. Verein. 1892.
53. Schultze, Beitrag zur Lehre d. sogenannten polyneuritischen Psychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1898.
54. Schulz, Beitrag zur Lehre der multiplen Neuritis der Potatoren. Neurol. Centralbl. No. 19. 1885.
55. Seglas, Leçons cliniques. Paris 1895. p. 238.
56. Siefert, Zur Anatomie der polyneuritischen Psychose. Neurol. Centralbl. 1900. 1134.
57. Sollier, Un cas de psychose polynévritique. Revue neurolog. 1895.
58. Suchanow, Sur les formes diverses de la psychose polyneuritique. Rev. de méd. 1897.
59. Tilling, Ueber die anamnestische Geistesstörung. Allgem. Zeitschr. für Psych. 1892. Bd. 48.
60. Tilling, Ueber die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1890. Bd. 46.
61. Tuilant, La névrite puerpérale. Thèse de Paris. 1891.
62. Vierordt, Fall von Neuritis multiplex. Archiv f. Psych. 1883.
63. Wyrubow, Ueber die Veränderungen im Kopf- und Rückenmark bei der polyneuritischen Psychose Korsakow's. Oboszjenje psichiatrii. 1902. p. 22. (Russisch.)
64. Wagner, Ueber Psychosen auf Grundlage gastrointestinaler Auto intoxication. Wiener klin. Wochenschr. 1896. Wiener med. Presse. 1896.
65. Windscheid, Neuritis gravidarum und Neuritis puerperalis. Sammlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde von Graefe. 1898.
66. Wille, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1883.
67. Zahn, Ueber einen Fall von Polyneuritis. Münchener medicin. Wochenschr. 1901.