

XIII.

Aus der Psychiatrischen Abteilung des Allgemeinen Städtischen Krankenhauses Nürnberg.

Ueber psychische Störungen bei Tabes.

Von

Dr. Carl von Rad,

Oberarzt am Städtischen Krankenhause.

Die Frage des Vorkommens nichtparalytischer Geistesstörung bei Tabes ist trotz allen Fortschrittes in unserer Erkenntnis von dem Wesen und der Symptomatologie der einzelnen Psychosen bisher nur wenig geklärt worden. Die engen Beziehungen zwischen Tabes und Paralyse sprechen ja schon ohne weiteres dafür, dass die Mehrzahl der bei Tabes vorkommenden Geistesstörungen dem Gebiet der Tabesparalyse angehören. Eine Anzahl von Autoren hat ja früher auch den Standpunkt vertreten, dass alle im Verlauf der tabischen Erkrankung auftretenden Psychosen paralytischer Natur seien. Für die grosse symptomatologische Aehnlichkeit der bei Tabes auftretenden psychischen Defektzustände mit der Paralyse spricht schon die früher mehr als jetzt gebrauchte Bezeichnung der tabischen Pseudoparalyse. Die grossen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, die uns die Psychosen bei Tabes machen, sind noch verstärkt worden durch die Ergebnisse der Untersuchungen Alzheimer's, welche ergeben haben, dass bei manchen Verwirrheitszuständen bei alter Tabes, welche klinisch nicht für Paralyse sprechen, doch der typische paralytische Rindenbefund vorlag. Alzheimer konnte auch in einigen Fällen, die durch eine gegenüber der paralytischen Demenz weit geringere Gedächtnis- und Urtheilsschwäche und grössere geistige Regsamkeit im klinischen Bilde stark von der Paralyse abweichen, dennoch die für Paralyse charakteristischen Veränderungen im Gehirn nachweisen. Die Ausführungen von Gaupp, dass zwar nicht jede Demenz bei Tabes paralytischer Natur sein muss, dass aber doch die meisten Fälle der Tabesdemenz der Paralyse gehören, erfuhren durch diese anatomischen Befunde Alzheimer's eine sehr wichtige Bestätigung. Von den vielen Fällen, in denen die psychischen Störungen bei Tabes sich aber doch im späteren Verlauf als paralytische

entpuppen, will ich hier ganz absehen. Ich möchte nur darauf hinweisen, dass eine Paralyse mitunter auch einmal ganz unter dem Bilde einer akuten halluzinatorischen paranoiden Psychose verlaufen kann. In einer weiteren Anzahl von Fällen handelt es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von Tabes und Psychose. Erkrankungen wie manisch-depressives Irresein, Dementia praecox, alkoholische Geistesstörungen können bei Tabikern auch vorkommen und dürfen nicht als eigentliche Tabespsychosen angesprochen werden, sondern haben nur die Bedeutung einer komplizierenden Erkrankung. Wie Sioli schon betont hat, scheiden bei Erörterung dieser Frage von vornherein die Fälle aus, bei denen die Psychose der Tabes oder sogar derluetischen Infektion vorausgeht. Trotz aller dieser Einschränkungen besteht aber jetzt doch wohl volle Einigkeit darüber, dass im Verlauf der Tabes psychotische Zustände vorkommen können, die durch ihren ganzen Verlauf sich von der Paralyse abheben und eine Sonderstellung als Tabespsychosen beanspruchen können. Aber auch deren klinische Stellung und Umgrenzung ist in den letzten Jahren etwas unsicher geworden. Die Arbeit von Plaut über Halluzinosen bei Syphilitikern, die das Gemeinsame haben, dass bei ihnen ohne wesentliche Bewusstseinsstörung unter dem Einfluss meist ungemein lebhafter Gehörstäuschungen eine leichte, oft nur flüchtige ängstliche Erregung mit Verfolgungsideen sich entwickelt, weist uns auf die nahe Verwandtschaft zu den psychischen Störungen bei Tabes hin. Plaut scheidet die Fälle in akute und chronische. Die neurologischen Begleiterscheinungen bestanden in fast allen Beobachtungen in Störungen der Pupillenreaktion, einige Male wurde einseitiges Fehlen der Kniephänomene und Achillessehnenreflexe, sowie halbseitiger Babinski beobachtet. Die häufigeren Formen der Tabespsychosen zeigen eine gewisse symptomatologische Uebereinstimmung mit den von Plaut beschriebenen Halluzinosen bei nicht tabischen Luetikern. Es erscheint demselben daher auch in hohem Grade wahrscheinlich, dass unter der Bezeichnung von Tabespsychosen identische Fälle bereits mitgeteilt worden sind und dass somit die paranoide Form der Hirnlues unter der irreführenden Flagge der Tabespsychosen bereits Gegenstand der Diskussion gewesen ist. Er weist auch darauf hin, dass unter der Bezeichnung Psychosen bei Tabes eine grössere Anzahl von Fällen mitgeteilt wurde, die nur einzelne Symptome der Tabes darboten, also etwa nur Pupillenstörungen und nicht einmal immer solche im Sinne der isolierten reflektorischen Starre, Störungen, die also ebensowohl einer Hirnlues wie einer Tabes zugerechnet werden können. Für die Annahme, dass die Psychose bei der Tabes die Kombination einerluetischen Gehirn-erkrankung und einer metaluetischen Rückenmarkserkrankung sein kann, spricht, wie Plaut auch hervorhebt, die Beobachtung, dass Hirnnervensymptome bei den Fällen von Tabespsychosen sich weit häufiger finden als

bei der *Tabes* Geistesgesunder. Otto Meyer fand bei der Untersuchung des Materials der Nervenklinik der Charité mit Ausschluss der Paralyse

	Opticusatrophie	Augenmuskellähmungen
bei einfacher <i>Tabes</i>	in 8 pCt.	in 15 pCt. der Fälle
bei <i>Tabes</i> mit Psychose	in 57 pCt.	in 57 pCt. der Fälle

Das Vorkommen von Epilepsie bei Tabikern wird bei Plaut auch in der Mehrzahl der Fälle als luetisch bedingt und nicht als zufällige Kombination angesehen. Einen hier einschlägigen Fall beschrieb auch Trénel, bei dem das Auftreten der epileptischen Anfälle im Verlauf einer mit psychischen Störungen einhergehenden *Tabes* möglicherweise durch luetische Gehirnveränderungen verursacht wurde. Vor kurzem nun hat Schröder in einer Abhandlung über *Lues cerebrospinalis*, sowie ihre Beziehungen zur progressiven Paralyse und *Tabes* auf Grund anatomischer Befunde die Ansicht vertreten, dass ein Teil der *Tabespsychosen* mit *Tabes* nichts zu tun hat, sondern als Psychosen der Kranken mit *Lues spinalis* aufzufassen sind. Letztere kommt nach ihm häufiger vor als allgemein angenommen wird.

Durch die Arbeiten Plaut's und Schröder's haben sich demnach neue, sehr wichtige und einschneidende Fragestellungen über die klinische Stellung der *Tabespsychosen* ergeben, denen in der bisherigen Literatur noch nicht Rechnung getragen werden konnte.

Die letzten grösseren zusammenfassenden Arbeiten stammen von Cassirer und Meyer aus dem Jahre 1903. Cassirer, der auch die ganze bisher erwachsene Literatur bringt, erkennt keine eigentlichen *Tabespsychosen* an, hebt aber die Kombination von *Tabes* mit chronischer Halluzinose mit depressiv ängstlichem, allmählich abnehmendem Affekt, ohne Beziehungswahn und mit rein sekundärer Wahnbildung ohne motorische Reizerscheinungen hervor, die er wegen ihrer Häufigkeit bei *Tabes* für beachtenswert hält. Meyer weist darauf hin, dass im Verlaufe der *Tabes* so ziemlich alle Arten von Geistesstörung zur Beobachtung kommen, doch konnte er unter 56 Fällen 21mal *Paranoia chronica hallucinatoria* nachweisen, 14mal depressive Psychosen. Nach ihm handelt es sich um ein rein zufälliges Zusammentreffen zweier vollkommen verschiedener Erkrankungen ohne inneren Zusammenhang. Die nachher über *Tabespsychosen* erschienenen Arbeiten sind fast durchweg nur kasuistischer Natur.

Schultze berichtete noch im gleichen Jahre wie Cassirer und Meyer über 2 seltenere, nicht paralytische Psychosen bei *Tabes*. In dem einen Fall kombinierte sich dieselbe mit einer Melancholie, in dem anderen trat nach 5jährigem Bestehen der *Tabes* eine *Dementia paranoides* auf.

Bornstein vertritt den Standpunkt, dass die *Tabes* als solche durch die Rückwirkung verschiedener Symptome wie Schmerzen, Blindheit, all-

gemeine Ernährungsstörungen zu Wahnideen führen kann. Nach ihm ist das häufigste psychotische Symptom bei der Tabes die Halluzination, die ihren Ursprung entweder in der Sehnervenatrophie oder in den schmerzhaften Sensationen der Tabiker hat. Bei Kranken ohne tiefere psychopathische Disposition können auf dem Boden starker sensibler Ueberreizung nur Halluzinationen ohne eigentliche Psychose entstehen, nur bei hereditär psychopathisch Belasteten können sich unter denselben Umständen wirkliche Psychosen, vorzugsweise Paranoia, Melancholie, Hypochondrie entwickeln.

Bornstein selbst beschreibt einen Fall von Tabespsychose, der durch ein paranoides Zustandsbild ohne Halluzinationen charakterisiert war.

Ganz ähnliche Fälle paranoider Psychose, die zum Teil mit lebhaften Sinnestäuschungen einhergingen, wurden in den letzten Jahren von Rühle, Alzheimer, Hahn, Westphal und Rydlewski beschrieben. Der Fall von Goos aus der Kieler Klinik bot im wesentlichen das Bild einer ängstlichen Erregung mit massenhaften Sinnestäuschungen. Da aber auch einmal ein Ohnmachtsanfall und zeitweises Silbenstolpern zur Beobachtung kam, erscheint es mir doch fraglich, ob man hier noch von einer Tabespsychose sprechen darf und es sich nicht doch um eine ungewöhnliche Form der Paralyse handelt. Stransky und Müller beobachteten die Verbindung von Tabes mit Korsakow'scher Psychose. Im Falle Stransky's handelt es sich um eine 56jährige Frau mit Tabes, deren Mann an Paralyse erkrankt war. Der Fall von Müller ist insofern nicht ganz rein als alkoholische Schädigungen vielleicht auch eingewirkt haben.

Die Verbindung von Tabes mit manisch-depressivem Irresein ist dann noch in 2 Fällen von Tützer und von Westphal beschrieben worden. Truelle vertritt in seiner Arbeit die Ansicht, dass die meisten bei der Tabes auftretenden Psychosen als progressive Paralyse aufzufassen sind. Eine spezifische tabische Demenz sei vielleicht möglich, aber bisher keinesfalls bewiesen. Die anderen bei der Tabes vorkommenden Psychosen haben nach ihm keinen Zusammenhang mit dem Rückenmarksprozess und sind eben zufällig Tabiker, die an den betreffenden Psychosen erkrankten. Kräpelin weist in seinem Lehrbuche darauf hin, dass leichtere psychische Veränderungen, insbesondere Unsicherheit des Gedächtnisses, Aenderungen der Gemütslage, in manchen Fällen düstere, hoffnungslose Stimmung, in manchen dagegen wieder strahlende Laune und grosse Zuversichtlichkeit bei vorgeschrittener Tabes oft beobachtet werden. Die eigentlich kennzeichnenden Tabespsychosen scheinen ihm jedoch paranoide Formen zu sein. Ein akut einsetzender halluzinatorischer Erregungszustand mit ängstlicher Unruhe bei erhaltener Orientierung und starker Beteiligung des Affektes, der sich auf Wochen und Monate erstrecken und nach oft plötzlichem Abklingen

später auch rezidivieren kann, charakterisiert meist diese im Verlaufe der Tabes auftretenden Psychosen. Kräpelin weist dann noch darauf hin, dass es auch kurz dauernde, halluzinatorisch-deliröse Zustände bei Tabes gibt, die in der Art von Krisen auftreten, ferner auch chronisch verlaufende Psychosen mit Täuschungen der verschiedensten Sinne, Verfolgungs- und Grössenideen. Die Möglichkeit der Verbindung ganz andersartiger Geistesstörungen, namentlich alkoholistische, auch wohl einmal manisch-depressive, katatonische und senile mit einer Tabes, wird dann noch kurz von Kräpelin betont.

In gleicher Weise erkennt Spielmeyer eigentliche kennzeichnende Tabespsychosen an. Es sind halluzinatorische Erregungszustände mit wahnhaften Ideen und Angst, die den betreffenden Psychosen chronischer Alkoholisten ähnlich sehen. Solche paranoide halluzinatorische Zustände bilden sich häufig rasch wieder zurück, wiederholen sich später aber oft wieder. Spielmeyer weist besonders noch darauf hin, dass derartige psychotische Prozesse jedenfalls mit viel grösserer Sicherheit als Tabespsychosen zu erkennen sind als jene Prozesse, bei denen es unter Verwirrheitszuständen zu allmählich sich entwickelnden Intelligenzdefekten kommt, da derartige Fälle sich später häufig als Tabesparalyse entpuppen.

Schröder sprach sich in seiner bereits erwähnten Arbeit vor kurzem dahin aus, dass wenigstens ein Teil der als charakteristisch am ehesten in Frage kommenden Tabespsychosen mit der Tabes nichts zu tun haben, dass es aber Psychosen bei zweifellos Tabischen gibt, welche mit der Tabes in engen ursächlichen Zusammenhang gebracht werden können. Es sind dies aber allen Anschein nach stets vorübergehende akute Verwirrtheits- und akute halluzinatorische Zustände, nicht chronische Psychosen.

Während alle die erwähnten Arbeiten sich nur auf klinische Beobachtungen stützen, konnte Sioli in einem der von Westphal beschriebenen Fälle von paranoider Tabespsychose eine genaue anatomische Untersuchung des Gehirns vornehmen. Er fand im Gehirn und seiner Pia als wesentlichsten Befund eine infiltrative Erkrankung der Pia, gering über dem Grosshirn, stärker über dem Kleinhirn und am stärksten über Brücke und Hirnschenkeln. Dieselbe fand sich meist an den Gefässen, speziell die Venen zeigten eine fleckweise die Wand durchsetzende Infiltration. Diese meningitische Erkrankung trug in ihrem grössten Teil das Aussehen eines relativ frischen Prozesses. In der Gehirnsubstanz fanden sich Anzeichen einer Gefässerkrankung, bestehend in Veränderungen der Gefässwandkerne in Form und Anordnung, in spärlicher Infiltration mit Plasma- und Mastzellen und in eigentümlichen Zwischenformen. Als Zeichen der Degeneration des Nervengewebes fanden sich Ganglienzellenveränderungen mit Ausfall und Schiefstellung einzelner, aber ohne Schichtstörung, kein merklicher Markscheitenausfall,

Gliafaservermehrung an der Oberfläche, in der 1. Rindenschicht, der tiefen Rinde und dem subkortikalen Marklager, regressive Veränderung vieler Gliazellen, Bildung amöboider Gliazellen, perivaskuläre Räume und viel Pigment in den Gefässcheiden und in der Pia. Eine Verstärkung der Glia in die Gefässe konnte nicht nachgewiesen werden. Sioli glaubt annehmen zu können, dass seine Befunde, eine so starke Meningitis, die alte Gefässveränderung und das beschriebene Ensemble der Degeneration des Nervengewebes nicht zum Bilde der unkomplizierten Tabes gehöre und mit der Tabes selbst nichts zu tun haben.

Da die im Verlaufe der Tabes auftretenden psychischen Störungen in der Regel leichter Art sind und auch die eigentlichen Tabespsychosen wegen ihres oft kurzen Verlaufes wohl nur selten zur Aufnahme in Irrenanstalten kommen, schien mir das Material einer psychiatrischen Krankenhausabteilung einer Grossstadt besonders geeignet, um über das Vorkommen und die Art der psychischen Veränderungen im Verlaufe der Tabes Aufschluss zu gewinnen. Nachdem ich im Jahre 1909 die Leitung der psychiatrischen Abteilung des Nürnberger Krankenhauses übernahm, habe ich die 7 Jahrgänge 1909 bis 1915 gewählt und durchgesehen. Es ist also die Forderung einer einheitlichen Beobachtung erfüllt.

Zur richtigen Beurteilung der nachfolgenden Zahlenangaben muss ich vorausschicken, dass meine Station vorwiegend nur psychiatrische Fälle aufnimmt. Die grössere Anzahl Tabiker gehen den beiden internen Abteilungen zu, in der Regel werden der psychiatrischen Abteilung nur die Fälle von Tabes zugewiesen, die durch psychische Störungen kompliziert sind oder durch stärkere Unreinlichkeit auf den inneren Stationen störend wirken. In den letzten 7 Jahren kamen im hiesigen Krankenhaus 254 Fälle von Tabes (197 Männer, 57 Frauen) zur Aufnahme, davon auf die psychiatrische Station 70 (57 Männer, 13 Frauen). Von diesen 70 bieten 41 Fälle ausgesprochene krankhafte Veränderungen auf psychischem Gebiete. Es wäre also der 5. Teil aller in das Krankenhaus aufgenommenen Tabiker mit mehr oder minder starken psychischen Störungen behaftet. Nach Abzug von 16 Tabesparalysen bleiben noch 25 Fälle mit psychischen Störungen übrig, die gerade dem 10. Teil der zur Aufnahme gelangten Kranken entsprechen. Dieser Prozentsatz ist selbstverständlich viel zu hoch und nicht auf alle Tabesfälle übertragbar, da erfahrungsgemäss das Krankenhaus vorwiegend solche Kranke mit Tabes aufsuchen, die besonders schwere Störungen bieten, während andererseits die Arbeitsfähigkeit in vielen leichteren Fällen auffallend lange erhalten bleiben kann. Auch bei Würdigung dieses Umstandes und der verhältnismässig geringen Anzahl von verwerteten Fällen, bei denen zufälliges gehäuftes Vorkommen psychischer Komplikationen schwerer Ausgleich findet, kann doch daran kein Zweifel sein, dass im

Verläufe schwerer Tabesfälle psychische Störungen keineswegs eine Seltenheit bilden.

Nach Ausscheidung der Fälle, welche keinerlei besondere geistige Ausfallserscheinungen bieten, bleiben für die 7 Jahre 41 Fälle übrig, welche mehr oder minder starke Abweichungen in der psychischen Sphäre boten. Darunter befanden sich 16 Tabesparalysen, welche hier nicht weiter erörtert werden sollen. Die übrigbleibenden 25 Fälle zerfallen in folgende Gruppen:

Kombination mit chronischem Alkoholismus und seinen Folgen	5 Fälle
Depressionszustände	1 „
Auffallend euphorische Stimmungslage	3 „
Starke Defekte auf ethischem Gebiete mit besonders gesteigerter Reizbarkeit (oft auch querulatorischer Veranlagung)	5 „
Zustände starker Erregung von delirantem (nicht alkoholischem) Charakter	3 „
Delirante Zustände infolge hochgradigem Marasmus	4 „
Halluz. paran. Zustände	4 „

Eine Würdigung dieser Beobachtungen aus dem Krankenhause und der in der Privatpraxis gemachten Erfahrungen ergibt nun folgendes:

Die zufälligen Kombinationen mit chronischem Alkoholismus bedürfen keiner weiteren Besprechung. Es handelt sich hier um die geläufigen Begleiterscheinungen der chronischen Alkoholintoxikation auf psychischem Gebiete wie Reizbarkeit, ethische Defekte, Willensschwäche, Eifersuchtsideen usw. Ein nahezu völlig paretischer Tabiker mit Opticusatrophie war wegen Blutschande unter Anklage gestellt.

Während Kombinationen mit ausgesprochenen manisch-depressiven Erkrankungen nur vereinzelt beobachtet wurden (ein Tabiker zeigte ausgesprochene manische Zustände, wurde irrtümlicherweise als Paralytiker erklärt und endete mehrere Jahre später in einem schwer depressiven Zustande an Selbstmord), spielen leichtere Veränderungen der Gemütslage keine ganz unbedeutende Rolle. Dieselben finden sich, wie besonders die Erfahrungen der Privatpraxis gezeigt haben, besonders oft in verhältnismässig milde verlaufenden und erst kurze Zeit bestehenden Fällen. Einzelne Fälle zeigten sich trotz gutartigen Verlaufes der Erkrankung andauernd schwer verstimmt, waren völlig mutlos, keinem beruhigenden Zuspruch zugänglich, waren von den schlimmsten Befürchtungen beherrscht, konnten den Gedanken an das Gespenst der drohenden Gehirnverweichung nicht los werden, sahen sich dauernd an den Rollstuhl gefesselt. In anderen Fällen wieder beobachten wir wieder das gerade gegenteilige Verhalten. Es ist oft sehr auffallend, mit

welch unberechtigter Zuversichtlichkeit und Geringschätzung manche Tabiker trotz völliger Klarheit über die Natur ihres, doch auch schon jedem ungebildeten Laien als infaust imponierenden Leidens, ihrer Erkrankung gehenüberstanden. Weder die Kenntnis von dem vorhandenen Leiden noch oft recht beträchtliche häufig wiederkehrende Schmerzanfälle waren imstande, die unerschütterlich gute Laune mancher Tabiker zu zerstören. Diese an die entsprechende Stimmungsveranlagung bei Phthisikern erinnernde Zuversichtlichkeit und Hoffnungsfreudigkeit ist schon seit langer Zeit beobachtet worden. Nageotte spricht sogar, wie Cassirer hervorhebt, von *Tabétiques gais* und zitiert folgenden Satz: „Wer hat nicht die Unglücklichen gesehen, die an dem einen Tage von einer furchtbaren Schmerzkrise niedergeworfen sind und am nächsten vergnügt, hoffnungsfreudig erscheinen, mit einem Ausdruck ihres Gesichtes, der ihrer Lage in keiner Beziehung entspricht.“ Diese auffallend euphorische Stimmungslage veranlasst den Arzt mitunter, so ungern man im allgemeinen daran geht, in manchen Fällen solche Patienten, um sie vor den Folgen einer allzu optimistischen und gleichgültigen Bewertung ihres Leidens zu bewahren, doch auf den Ernst der Erkrankung hinzuweisen.

Bei der Bewertung dieser Affektanomalien muss natürlich zuerst die Frage erledigt sein, ob es sich nicht um paralytische Seelenveränderungen handelt. Im allgemeinen wird bei längerer Beobachtung eines solchen Falles die Entscheidung keine besonderen Schwierigkeiten machen. Der Hinweis auf ähnliche Beobachtungen bei Phthisikern, doch in allerdings weit seltenerem Masse bei anderen Chronischkranken, mahnt zur Vorsicht, hierin besondere Kennzeichen einer tabischen Seelenveränderung zu sehen, wenngleich ich schon den Eindruck gewonnen habe, dass diese auffallende Euphorie sich im Verlaufe der Tabes weit öfter findet als bei anderen chronischen Krankheitszuständen. Man wird jedoch vorerst Cassirer beistimmen müssen, dass etwas Bestimmtes sich noch nicht sagen lässt und man über allgemeine Eindrücke zunächst nicht hinwegkommt.

Ganz besonders grosse Schwierigkeiten in der Abgrenzung gegen Paralyse machen die Tabesfälle, bei welchen ethisch-moralische Defekte zu starker Entwicklung kommen. Ich habe sowohl beim Material des Krankenhauses als auch bei dem der Privatpraxis eine grössere Anzahl solcher Fälle gesehen, welche keinerlei Defekte auf intellektuellem Gebiete boten und auch später nicht paralytisch wurden. Exzessive Reizbarkeit und Brutalität gegen die Angehörigen, verbunden mit einer ganz erstaunlichen Fähigkeit vor Fremden sich zu beherrschen, massloser Egoismus in der Befriedigung der oft äusserst weitgehenden persönlichen Bedürfnisse, oft völlige Vernachlässigung ihrer Pflichten als Gatte und Familienvater waren die hervorstechendsten psychischen Züge.

Dieses Martyrium der Angehörigen wurde für die Gattin recht oft noch

ganz unerträglich durch die in manchen Fällen ganz masslos gesteigerte Libido, die bei herabgesetzter und fehlender Potenz zu den widerlichsten, perversen Betätigungen des krankhaft gesteigerten Sexualtriebes Veranlassung gab.

Wenn sich auch unter dieser Gruppe mehrere Fälle befanden, bei denen schon die frühere, allen Trieben freien Lauf lassende Lebensführung auf die defekte moralische Konstitution hinwies, so verfüge ich doch über etwa 10 einwandfreie Beobachtungen von Tabikern, die früher in sittlicher Beziehung sehr hoch standen und bei denen sich erst im Verlaufe der Rückenmarkserkrankung diese moralischen Defekte ohne jede Beeinträchtigung der intellektuellen Sphäre entwickelten. Nachdem diese Fälle, wie der ganze Verlauf sicher zeigte, keine Paralysen waren, erscheinen sie mir doch bemerkenswert. Die Möglichkeit, dass eine arteriosklerotische Gehirnerkrankung die Ursache dieser erst im späteren Leben aufgetretenen durchgreifenden Wesensveränderung war, kann selbstverständlich bei dem Alter dieser Fälle nicht ganz bestritten werden, obwohl die dafür charakteristischen Erscheinungen stets völlig vermisst wurden.

Weitere Beobachtungen müssen zeigen, ob diesen im Verlauf der Tabes auftretenden ethisch-moralischen Defekten eine besondere, Bedeutung zukommt. Jedenfalls scheinen sie mir doch der weiteren Berücksichtigung und Beobachtung wert zu sein. Vielleicht hat Binswanger derartige Fälle im Auge gehabt, als er darauf aufmerksam machte, dass gerade in gewissen Fällen von Taboparalyse sich ein einseitiger ethischer Defekt neben vorzüglichem Erhaltenbleiben der anderen geistigen Funktionen einstelle. Das Ausbleiben von Sprachstörungen und jeden intellektuellen Defektes im Laufe mehrerer Jahre in den von mir beobachteten Fällen dieser Art lässt es doch nicht gerechtfertigt erscheinen, hier ohne weiteres Paralyse zu diagnostizieren. Diese Schwierigkeiten werden auch von Binswanger gewürdigt, denn er weist ja darauf hin, dass es gelegentlich sehr schwierig zu entscheiden sein kann, ob man es unter solchen Umständen mit pathologischen Zuständen infolge einer überstandenen syphilitischen Durchseuchung oder mit einem einfachen, angeborenen sittlichen Defekt zu tun hat. Das letzte entscheidende Wort wird hier die pathologische Anatomie zu sprechen haben, und es wäre sehr erwünscht, wenn derartige Fälle, deren klinische Bewertung jetzt noch auf grosse Schwierigkeiten stösst, genau anatomisch untersucht werden könnten.

Kombinationen mit Imbezillität, psychopathischer Veranlagung, Epilepsie werden ab und zu beobachtet und bedürfen wegen der sicher rein zufälligen Verbindung keiner weiteren Erörterung.

Stärkere Zustände von Demenz bei Tabikern fielen bei meinem Material mir nicht auf. Wenn auch im Verlaufe eines langen Kranknagers und ins-

besondere bei jahrzehntelangen Aufenthalte in Siechenhäusern eine starke Einengung des geistigen Horizontes und gemüthliche Abstumpfung nicht zu verkennen war, so zeigten doch in einzelnen Fällen genauere Explorationen, dass von einer eigentlichen Demenz meist keine Rede war, denn, wenn es gelang, die stumpf gewordenen Kranken etwas anzuregen, so war es oft recht erstaunlich, wieviel von dem früher erworbenen Wissensschatze noch unverseht vorhanden war und wie wenig doch eigentlich die Auffassungs- und Urteilkraft sowie die Merkfähigkeit geschädigt waren.

Hier besteht übrigens ein beträchtlicher Unterschied zwischen den Tabikern, die im Kreise ihrer Familie, und denen, die lange Jahre in dem eintönigen Betriebe eines Kranken- oder gar Siechenhauses dahinlebten. Bei ersteren machte sich infolge des Konnexes und der fortlaufenden Anregung durch die Angehörigen die oft nur scheinbare Abnahme der geistigen Fähigkeiten weit weniger geltend. Es ist dies eine Erscheinung, die wohl bei allen Chronischkranken je nach ihrem Aufenthalt in der Familie oder in einer Pflegeanstalt zu beobachten sein wird.

Bei der Berücksichtigung der akuten Geistesstörungen im Verlaufe der Tabes wäre zuerst der ganz kurz dauernden, halluzinatorisch-delirösen Zustände zu gedenken. Hier scheiden vor allem die Fälle von Delirien aus, welche kurz ante exitum bei stark marantischen Tabikern nach langem Krankenzustand sich entwickeln und bei welchen es sich sicher um eine ganz geläufige Kombination handelt, wie wir sie oft bei schweren chronischen Erschöpfungszuständen auftreten sehen. Abgesehen von diesen Fällen, welche nicht als Tabespsychosen aufgefasst werden dürfen, konnte ich in 3 Fällen bei Tabikern ganz kurze, nur wenige Tage dauernde deliröse Erregungen auftreten sehen. Die Patienten zeigten ohne besondere Verbote ganz plötzlich ängstliche Unruhe, liefen erregt im Saal herum, waren dabei völlig verworren und machten den ausgesprochenen Eindruck von Halluzinanten. Nach 1 bis 2 Tagen war in 2 Fällen der Zustand völlig behoben. In einem anderen Falle entwickelte sich ein über mehrere Wochen sich erstreckender deliranter Zustand bei einem infolge beiderseitiger Opticusatrophie völlig amaurotischen Manne. Der Fall ist jedoch nicht ganz sicher als eine Tabes anzusprechen, da nach Abklingen der deliranten Unruhe und der ängstlichen Vorstellungen der Patient ein auffallend stumpfes und gleichgültiges Verhalten zeigte, so dass es sich möglicherweise doch um Paralyse handelte.

Zu den am wenigsten umstrittenen Formen der tabischen Geistesstörungen gehören die akuten paranoisch-halluzinatorischen Zustände, von denen ich im Krankenhause 4 Fälle beobachten konnte. Im Material meiner Privatpraxis fand ich keine einzige derartige Erkrankung. Den einen Fall, der den gebildeten Ständen angehört und durch die ungemein lebhafte und anschauliche Schilderung der halluzinatorischen Erlebnisse ein besonders

klares Bild bietet, bringe ich etwas ausführlicher, während für die übrigen 3 ich mich kürzer fassen kann.

C. R., geboren 1856, Privatier.

Stammt aus erblich nicht belasteter Familie. Seit seiner Kindheit ohrenleidend, sonst gesund. Im Alter von 26 Jahrenluetische Infektion. Pat. war ein ruhiger, aber doch im ganzen leicht erregbarer Mensch, der nie viel getrunken hat. Er lebte früher in Oesterreich. Im Januar 1908 zeigte er sich ausserordentlich misstrauisch, deutete ganz harmlose Vorgänge in dem Sinne, dass er verfolgt und verleumdet worden sei. Gleichzeitig äusserte er Besorgnis über eine vor Jahren in Berlin begangene kleine Steuerverheimlichung. Der Zustand verschlimmerte sich immer mehr. Er fühlte sich vor seinen angeblichen Verfolgern nur noch sicher in der Kanzlei eines ihm befreundeten Anwalts, beschwerte sich, dass seine Hausleute ihn bei Tag und Nacht beobachteten, einmal wegen der Steuerverheimlichung und ihrer gesetzlichen Folgen, und dann auch sei von denselben einmal beobachtet worden, wie er in seiner Wohnung sein Glied herausnahm. Er fürchtete nun, wegen sexueller Perversität zur Verantwortung gezogen und zu schwerem Kerker verurteilt zu werden. Der Zustand verschlimmerte sich immer mehr. Pat. hielt die Kanzleiangestellten für Detektive und wollte sich sogar einmal aus der Kanzlei eines ihm befreundeten Anwalts vom Fenster herunterstürzen. — Er war zuerst wenige Tage in der Wiener Irrenanstalt Steinhof, wo er alle anderen Patienten für Detektive hielt, die ihn wegen Majestätsbeleidigung, die er dort beging, verfolgten. — Am 5. 5. 1908 kam er in das Sanatorium Inzersdorf bei Wien. Aus der mir von dieser Anstalt gütigst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte geht hervor, dass Pat. bei der Aufnahme ruhig und geordnet war und sich willig in alles fügte. Gegen Abend wurde er sehr erregt, erklärte, in dem ihm angewiesenen Zimmer wegen starken Geruches, welcher besonders aus einem Schrank sich bemerkbar mache, nicht weiter verbleiben zu können, klagte über Atemnot, befürchtete, wenn er in dem Zimmer bleibe, in der Nacht zugrunde zu gehen. In einem anderen ihm gezeigten Zimmer entdeckte er dieselben Mängel und war erst nach langem Zuspruch zu bewegen, ein drittes Zimmer zu beziehen, nachdem er auch hier Lysolgeruch entdeckt haben wollte. — Er machte auf den Arzt den Eindruck eines gut erzogenen, intelligenten Menschen, bat zu wiederholten Malen um Entschuldigung wegen der Belästigung. Am nächsten Morgen zeigte er sich recht unestet, war bald im Garten, bald im Zimmer, bald im Hof. Ueber sein Vorleben gab er an, dass er von jeher sehr nervös war; doch habe sich seine Nervosität infolge der Vorkommnisse in der letzten Zeit sehr gesteigert. Früher habe er öfters an Schwindel gelitten, was er mit seiner linksseitigen Ohraffektion in Zusammenhang brachte. — Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Pupillen waren ungleich, die rechte grösser wie die linke. Die rechte Pupille reagierte gar nicht, die linke nur sehr träge. Beim Zähnezeigen trat Flimmern in der Fazialis-muskulatur auf. Es bestand leichter Zungen- und Fingertremor, keine Störungen der Motilität und Sensibilität. Die Kniephänomene waren rechts lebhafter wie links. Die übrige Untersuchung ergab normalen Befund.

13. 5. 1908. Pat. klagt über Schwäche und Schwindelanfälle. Er äussert keine besonderen Wahnideen mehr, nur meint er, dass ihm die Bromtabletten in

Steinhof umgetauscht wurden. Im übrigen erweist er sich als guter Gesellschafter.

24. 5. Gelegentlich einer nachts erfolgten Pollution erzählt er, seit jeher etwas onaniert zu haben, auch in späteren Jahren. Es sei möglich, dass dies von jemand beobachtet und jetzt zur Anklage wegen sexueller Perversität benützt werde. Pat. bittet vor Gericht geführt zu werden, um sich zu verantworten.

27. 5. Pat. glaubt sich immer noch durch Detektive beobachtet. Einen bei einem Ausgang ihm begegnenden Polizeioffizier hält er ebenfalls für seinen wegen erschienen und meint, jetzt nicht mehr nach Hause zurückkehren zu können. Die Zeitungsannoncen bezieht er auf sich und will die Presse nicht mehr lesen.

17. 6. Pat. sieht auch hier überall Detektive, fühlt sich durch Patienten beunruhigt, die er einige Male im Garten fragt, was sie denn gegen ihn hätten, und bittet sie um Entschuldigung.

19. 6. Pat. beklagt sich, dass über ihn gesprochen werde, was nicht wahr sei; man schiebe ihm viel in die Schuhe.

3. 7. Pat. ist ängstlich. Alles sei gegen ihn. Er kenne sich nicht mehr aus. Er halte es für das Beste, sich selbst dem Gericht zu stellen. Wie aus einem Briefe ersichtlich ist, glaubt er, dass in der Nacht Personen sich in sein Zimmer stehlen, um seine Briefschaften zu konfiszieren. Er klagt über ein Gefühl von Zusammenschnüren des Halses, das ihn sehr belästige. Er vermeidet jeden Umgang, klagt über grosse Schwäche, so dass er trotz guter Nachtruhe den ganzen Tag schlafen könne.

24. 7. Pat. hat sich beruhigt, gibt selbst zu, sich jetzt besser zu fühlen. Die Ideen halten an.

3. 8. Pat. klagt über Schmerzen unterhalb der Kniescheibe, die er mit der vor einigen Tagen erfolgten Untersuchung der Kniephänomene in Zusammenhang bringt.

15. 8. Pat. fühlt sich bedeutend besser, macht täglich Ausflüge ausserhalb der Anstalt ohne Diener, spricht nicht mehr von Verfolgungen, erweist sich als guter Gesellschafter. Die Stimmung ist nicht gerade übertrieben heiter, doch scheint eine gewisse Euphorie vorhanden zu sein, wie die Behauptung, sich seit Jahren nicht so wohl gefühlt zu haben, beweist.

1. 9. Gutes Befinden anhaltend. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, total gelähmt. Linke Pupille lichtstarr, reagiert aber auf Akkomodation und Konvergenz gut. Pat. begibt sich heute auf 8 Tage auf Urlaub nach Baden bei Wien.

2. Aufenthalt.

15. 9. 1908. Pat. kehrt selbst zur rechten Zeit von seinem Urlaub zurück, sieht sehr gut aus, ist liebenswürdig, heiter, zu Scherzen aufgelegt. Er ist hier sehr gern und stösst sich nur an der Tatsache, in einer geschlossenen Abteilung interniert zu sein.

Pat. war dann ganz gesund, bis Mitte April 1915 sich wieder krankhafte Erscheinungen bei ihm zeigten. Er zeigte sich wieder erregter, schlief schlecht, klagte über Verfolgungen, meinte, unter Polizeiaufsicht zu stehen, glaubte, in seinem Hotel nicht mehr so aufmerksam wie früher bedient zu werden, beschwerte sich, dass er immer auf der Strasse von den gleichen Personen fixiert und beobachtet

werde. Er wurde immer unruhiger, hielt es zu Hause nicht mehr aus, ging immer zu seinen Bekannten und flehte dieselben an, ihm doch zu helfen. Am 20. 5. erfolgte daher seine Aufnahme auf die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Nürnberg.

Die körperliche Untersuchung ergab folgenden Befund: Die Pupillen sind mittelweit, entrundet, vollkommen lichtstarr. Die Konvergenzreaktion ist vorhanden. Die Augenbewegungen sind frei. Der Augenhintergrund ist ohne krankhaften Befund. Die Gesichtsinnervation ist links eine Spur schwächer als rechts. Die Sprache ist vollständig ungestört. Die Kniephänomene sind beiderseits nur ganz schwach auszulösen. Achillessehnenreflex beiderseits erloschen. An den Beinen besteht deutliche Hypalgesie. In der Gegend der Mammillen ist handbreit die Berührungsempfindlichkeit herabgesetzt. Das Romberg'sche Phänomen ist schwach positiv. Der Gang ist ohne Besonderheiten. Die Wassermann'sche Reaktion im Blute war $+$ —. Die inneren Organe waren ohne krankhaften Befund. — Die Ohrenuntersuchung (Dr. Hubrich) ergab die Erscheinungen einer zentralen, linksseitigen Taubheit. Rinée $+$. Weber nach links. Sehr starke Einengung der oberen Tongrenze.

Pat. war bei der Aufnahme vollständig orientiert, durchaus geordnet und sehr höflich. Er zeigte sich sehr unstet und unruhig, beklagte sich sofort, dass er auch hier von Spionen beobachtet werde. Dabei versicherte er immer wieder, dass er kein schlechter Mensch sei, er sei nur ein Schlamper. Er habe hier Schererei mit dem Rentamt und den Behörden gehabt; das habe ihn so aufgeregt. Er erzählt dann, dass er zu Hause Sublimat weggeschüttet haben müsse, obwohl er sich nicht denken könne, wie er zu Sublimat gekommen sei. Sein Zimmer habe damals so nach Sublimat gerochen.

21. 5. 15. Pat. glaubt sich andauernd von Personen beobachtet. Die Aerzte seien von der Polizei aufgestellt.

27. 5. Freier, nicht mehr so unstet; auch sind die Verfolgungsideen etwas zurückgetreten. Er erklärt heute dem Arzt, er gehe sein ganzes Leben durch, ob er nicht doch irgendwo etwas Unkorrektes begangen habe. Er ist sehr erfreut über den Ausfall der Wassermann'schen Probe, dass es ein besseres Resultat war wie früher. Früher sei dieselbe immer sehr stark positiv gewesen.

30. 5. Freundlicher Stimmung, nicht mehr so misstrauisch, spricht sich über seine Krankheit in Wien in dem Sinne aus, dass es damals gerade so gewesen sei wie jetzt. Die Aerzte dort hätten seinen Zustand ganz schlecht aufgefasst und ihn sogar für einen Paralytiker gehalten, so dass er eine Zeitlang entmündigt wurde. — Bei der Schilderung seines bisherigen Lebensganges sagt er, es sei sein Unglück gewesen, dass er nie länger eine geregelte Arbeit gehabt und eigentlich sein ganzes Leben privatisiert habe.

7. 6. Wieder misstrauischer und verstimmter. Beklagt sich, dass nachts mit Glocken geläutet werde, dass Lichter an der Wand gemacht und mit Blendlaternen gearbeitet werde. Er bekomme davon Kopfschmerzen, Eingenommensein des Kopfes und Ohrensausen. Er beklagt sich sehr heftig über das Zwitschern und Läuten, mit dem er nachts beunruhigt wird, deutet an, dass es sich hier um Belästigung von anderer Seite handle.

10. 6. Andauernd noch Klagen über das Fortbestehen der Belästigungen.

Er beschwert sich über die Schattenspiele nachts, das Glockenläuten und das eigenartige Zwitschern. In seinem Zimmer seien Rauch und Dünste. Fragt wiederholt, ob sein Katarrh (chronische Pharyngitis) nicht durch Sublimatdämpfe entstanden sein könnte. — Als ihm das Ausgehen allein verwehrt wurde, beklagt er sich, dass er hier interniert sei; das sei auf Schikanen von anderen zurückzuführen. Er wolle sich aber darüber nicht weiter aussprechen.

13. 6. Sieht am Fussboden und überall Zeichnungen und Figuren, beklagt sich darüber. Es sei eine Schande, wie er hier behandelt werde. Sieht unter allem eine polizeiliche Massnahme. Der Umstand, dass er seine Brotmarken der Krankenhausverwaltung abgeben musste, belästigt ihn sehr.

18. 6. Heute erregter. Klagt, er könne es vor den Dämpfen nicht aushalten, könne nicht atmen, bekomme keine Luft, ist äusserst misstrauisch, bezieht alles auf sich. Auf einem Postpaket, das an ihn gekommen ist, fand sich die Nummer 69. Darüber ist er ausserordentlich erregt, versichert immer wieder, dass er solche Schweinereien nie gemacht habe. Er sieht in dieser Zahl 69 eine Andeutung auf Cunnilingus, erklärt dem Arzt, dass die beiden Zahlen als Symbole für diese Perversitäten gelten. — Er sieht nun auch auf dem Fussboden Zahlen, die man hinschreibe, um ihn zu beunruhigen.

19. 6. Beschwert sich über Dämpfe, die aus der Heizung kommen. Durch die Dämpfe würden Figuren und Zahlen auf dem Linoleum entstehen. Es sei ein ganz eigentümlicher Geruch. Der Boden sei nass. Es rieche wie Samen. Es würden auch auf seine Haut Zahlen geschrieben, so dass er gezeichnet sei wie ein Galeerensträfling. Man bringe ihm nachts unbemerkt Schlafmittel bei. Er schlafe so tief wie nie. — Zeitweise ängstlich, will auch in Begleitung seines Pflegers nicht mehr ausgehen, weil er fürchte, beim Verlassen des Krankenhauses verhaftet zu werden. — Zeitweise etwas besser und freier. Zeigt grosses Interesse für die Kriegereignisse. Aeussert als Oesterreicher seine grosse Freude und Befriedigung über die Einnahme Lembergs. Dazwischen aber immer wieder sehr misstrauisch. Beschwert sich über die Dämpfe, Zahlen und Zeichen, die überall gemacht würden.

29. 6. Wieder mehr erregt, sucht den Arzt immer wieder zu überzeugen, dass auf seinen Nägeln und Fingern Zeichen eingebrannt seien; bezieht alles auf sich. Der Umstand, dass gestern in seinem Zimmer ein Bild, darstellend eine Landschaft, aufgehängt wurde, beunruhigt ihn fürchterlich. Bittet den Arzt flehentlich, man möge doch das Bild wieder herausnehmen und ihm diesen Schimpf nicht antun. Er spricht sich darüber nicht weiter aus, scheint aber aus dem Bilde, das eine einfache Landschaft darstellt, krankhafte Eigenbeziehungen abzuleiten.

2. 7. Immer noch der gleiche Zustand. Will jetzt überall die Zahl 88 aufgeschrieben sehen und glaubt daraus Anspielungen auf homosexuellen Verkehr zu erkennen. Versichert immer wieder inständigst, dass er nie solche Sachen gemacht habe, beschwert sich, dass die Zahl auf den Speisen, auf dem Brot, auf der Bettdecke überall angebracht sei. — Ruhiges, höfliches, entgegenkommendes Verhalten, aber sonst immer noch die gleichen Ideen. Klagt heute darüber, dass unter seinem linken Augenlid das Wort „Warm“ und unter dem rechten das Wort „Bruder“ eingezeichnet worden sei, ist ganz unglücklich darüber. Er sei jetzt gezeichnet wie ein Pferd. Auch werde er nachts am Gesäss mit einer klebrigen Flüssigkeit ein-

geschmiert, die er früh schwer abwaschen könne. Bittet um Abstellung. So etwas dürfte doch in einem ordentlichen Krankenhaus nicht vorkommen. Mit seinen Besuchen unterhält er sich meist sehr gut, liest eifrig seine Zeitung, ist über alle Kriegseignisse gut orientiert. Schlaf und Nahrungsaufnahme sehr gut. Pat. raucht sehr viel und sehr hastig.

8. 7. Heute recht unglücklich, ist der Meinung, er habe viel zu viel Geld in seinem Koffer gefunden. Das Geld habe man hineingeschmuggelt, um ihn dadurch auf irgendeine Weise zu missbrauchen. Er ist dann erst wieder ruhig, wie es ihm gelungen ist, seinen Rechtsanwalt zu veranlassen, dass er ihm die 200 Mark, die er zu viel zu besitzen glaubt, abnimmt. Ist übertrieben rücksichtsvoll und höflich. Er will sein Zimmer nicht abschliessen, weil er meint, dass dadurch die mit ihm im gleichen Bau befindlichen kranken Soldaten, die aber zu der Abteilung, in der er sich befindet, gar keinen Zutritt haben, gekränkt werden könnten. Heute macht er sich Gedanken, weil er vor Wochen zu seiner Nichte, einer Wienerin, gesagt habe, er wolle die Oesterreicher nicht herausstreichen; aber sie hätten tapfer gekämpft. Damit habe er sich einer Beleidigung der österreichischen Soldaten schuldig gemacht, die nach den bestehenden Bestimmungen mit der Einziehung des ganzen Vermögens bestraft würde.

10. 7. Bald ruhiger, bald wieder etwas erregter. Beklagt sich, dass er ausgespioniert werde; es seien Gucklöcher in der Tür, durch die er beobachtet werde. Auf allen seinen Zigaretten, auf dem Brot, auf dem Fleisch seien Zahlen angebracht. Er sei am ganzen Körper tätowiert. Er beklagt sich über seinen Wärter, der seinen Koffer absichtlich so gestellt habe, dass das Schloss gegen die Wand zusah, will auch darin Anspielungen auf homosexuellen Verkehr erblicken!

20. 7. Steht nachts jetzt öfters auf, um sich zu waschen, behauptet, er sei am Gesäss mit einer klebrigen Flüssigkeit eingeschmiert worden.

23. 7. Berichtet wieder ständig über die gleichen Verfolgungen, denen er ausgesetzt sei. Er werde an Händen und Füßen gebrannt; es würden blendende Schattenspiele gemacht. Wenn die Sonne in sein Zimmer scheine, würden Schatten erzeugt. Er führt dies auf Blendungen zurück und verhängt deshalb das Fenster mit einem Teppich. — Das rasche Einschlafen sei ihm verdächtig, er fürchte, dass ihm etwas eingegeben werde.

3. 8. Verweigert gestern die Nahrungsaufnahme, weil überall an den Speisen Karikaturen angebracht worden seien, regt sich heute darüber auf, dass auf einer Roten-Kreuz-Postkarte Karikaturen und Zeichen abgebildet seien. Beim näheren Besehen der Postkarte stellt sich nun allerdings heraus, dass dieselbe leichte Abdrücke von einer anderen Schrift enthält. Pat. kann darüber gar nicht zur Ruhe kommen, will die Karte seinem Rechtsanwalt übergeben.

12. 8. Sieht überall Karikaturen, Köpfe, Medaillons und Zahlen, bittet immer den Arzt, Abhilfe zu schaffen. — Stimmung morgens meist gedrückt, abends etwas freier und ruhiger, hält den Arzt bei der Visite zurück, klagt ihm seine Verfolgungen, will heute auch unter sich Maschinen hören, die aufgestellt seien, um seine Nerven kaput zu machen.

20. 8. Ein leichtes Erythem an den Fingern und am linken Ohr, das mit Juckreiz verbunden ist, regt ihn sehr auf, er führt es auf Einwirkungen zurück.

26. 8. Wieder freundlicher, wird aber immer noch von den alten Ideen beherrscht, er glaubt, dass seine Sachen durchsucht werden, findet auf einem alten Rezept die Zahl 8175, entnimmt daraus sofort Anspielungen auf päderastische Vorkommnisse, die ihm in durchaus ungerechtfertigter Weise zur Last gelegt würden. Er sieht überall noch Zahlen und Karikaturen. Er beschwert sich sehr lebhaft immer beim Arzt über die Verfolgungen, spricht sich jedoch nicht näher darüber aus, wen er im Verdacht hat, versichert immer wieder, er wisse es selbst nicht, und wenn er es wüsste, würde er sich hüten, es zu sagen.

12. 9. Zustand im ganzen ganz unverändert. Bei jeder Visite Klagen über Dämpfe, schlechte Gerüche, sowie darüber, dass seine Uhr und alle seine Sachen im Koffer mit Karikaturen gezeichnet würden. Er nimmt diese Verfolgungen aber heute leichter, lacht darüber, spöttelt, dass der Arzt es ihm nicht glaube.

Pat. wird heute gebessert nach der Privatheilanstalt Herzogshöhe bei Bayreuth entlassen.

Dort hat er sich nur wenige Tage aufgehalten. Nach Mitteilung des dortigen leitenden Arztes bot er die gleichen Erscheinungen wie in Nürnberg, sah überall Karikaturen und glaubte sich verfolgt, weshalb er die Anstalt wieder verliess. Er blieb dann einige Wochen in Nürnberg in einem Hotel und stellte sich mir im Laufe des Monats Oktober wieder vor. Er zeigte sich völlig genesen, war durchaus ruhig und geordnet, war frei von den Verfolgungsideen, korrigierte sich selbst und zeigte gute Krankheitseinsicht. — Auf dem Gebiete der Intelligenz und des Gedächtnisses liessen sich nicht die mindesten Defekte nachweisen.

Wiederholte Erkundigungen bis in die letzte Zeit haben ergeben, dass Pat. andauernd völlig gesund geblieben ist.

Es handelt sich hier im vorliegenden Falle um einen 60jährigen Kaufmann, der bis auf ein Ohrenleiden und eine im Alter von 26 Jahren erlitteneluetische Infektion früher gesund war und das erstemal im Jahre 1908 an einer akuten Psychose erkrankte. Nach einem kurzen Vorstadium mit miss-trauischer Stimmungslage und krankhaften Eigenbeziehungen entwickelten sich ausgesprochene Verfolgungsideen und gleichzeitig Besorgnisse über eine vor vielen Jahren begangene kleine Steuerhinterziehung; auch wurden Befürchtungen geäußert, es sei beobachtet worden, wie er einmal in seiner Wohnung sein Glied herausgenommen habe. — Die Psychose verlief unter dem Bilde einer akuten paranoischen Erkrankung mit Beeinträchtigungsideen, lebhafter Eigenbeziehung und zahlreichen Sinnestäuschungen. Daneben wurden ganz vereinzelte Versündigungsideen und häufige hypochondrische Empfindungen geäußert. — Nach etwa 3 Monaten trat eine wesentliche Besserung ein, so dass vorläufige Beurlaubung aus der Anstalt und nach einem weiteren Monat Entlassung erfolgen konnte. — Während der ganzen Dauer der Erkrankung war Patient äusserlich durchaus geordnet, höflich, ein guter Gesellschafter. In seinem Verhalten war er anfangs recht unstet; jedoch wurde die stärkere Erregung vermisst. Verworrenheitszustände wurden nie beobachtet. — Die Untersuchung ergab differente Pupillen; die

Reaktion auf Licht war rechts fehlend, links sehr träge, das Kniephänomen rechts stärker als links.

Nach 7 Jahren erfolgte ein Rückfall, der das gleiche Krankheitsbild zeigte. — Nach einem kurzen Vorstadium, in dem Patient erregter war und schlecht schlief, wurden wieder Verfolgungsideen in der gleichen Weise geäußert. Er glaubte sich beobachtet und verfolgt, fürchtete unter Polizeiaufsicht zu stehen. — Im Krankenhaus war er andauernd völlig orientiert, war äusserst höflich und zuvorkommend. Es bot sich ein ganz identisches Krankheitsbild wie das erstmal. Es wurden bei sehr lebhaftem Affekt Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen geäußert; dazu gesellten sich äusserst zahlreiche, ungemein lebhaft Sinnestäuschungen auf allen Gebieten der Sinnesempfindung und des Allgemeingefühls, welche letztere dem Patienten besonders lästig waren, so vor allem die vermeintlichen Anspielungen und halluzinatorischen Andeutungen auf perversen sexuellen Verkehr, die teils durch Sinnestäuschungen vermittelt, teils auf krankhafte Auffassung und Verfälschung von Wahrnehmungen zurückzuführen waren. Die Stimmung war immer von dem Grade der ihn zur Zeit beherrschenden Vorstellungen und Sinnestäuschungen abhängig. An einzelnen Tagen, an denen er weniger Klagen über die Beeinträchtigungen und Verfolgungen vorbrachte, war er viel freier und aufgeräumter. Er war aber auch in den schlechten Zeiten trotz starker innerlicher Erregung stets sehr höflich und zuvorkommend gegen die Aerzte, nahm regen Anteil an den Ereignissen des Krieges, hat stets mit Interesse seine Zeitungen gelesen und sich auch mit seinen Besuchen immer sehr gut unterhalten. — Intelligenz, Gedächtnis und Merkfähigkeit zeigten nie die mindesten Störungen.

Die Untersuchung ergab die für eine *Tabes dorsalis* charakteristischen Erscheinungen von seiten der Pupillen, der Sehnenreflexe und der Sensibilität. Die Wassermann'sche Reaktion im Blute war $+$ —. Bei der spezialärztlichen Ohrenprüfung ergaben sich die für eine zentrale linksseitige Taubheit sprechenden Veränderungen (luetische Acusticuserkrankung).

In ihrer ganzen äusseren Gestaltung und Verlauf charakterisiert sich die hier vorliegende Erkrankung als ein rezidivierendes akutes paranoisches Krankheitsbild mit massenhaften, ungemein lebhaften Sinnestäuschungen bei vollkommener Erhaltung der Orientierung und des Persönlichkeitsbewusstseins. Das gleichzeitige Vorhandensein ausgesprochener tabischer (mit sehr lebhafter Affektbeteiligung) Erscheinungen berechtigt uns wohl mit Rücksicht auf das ganze klinische Bild, den Fall als paranoide halluzinatorische Tabespsychose aufzufassen. Gegen Paralyse spricht schon einmal der ganze Verlauf und vor allem das völlige Fehlen jedes geistigen Schwächezustandes. Das Bestehen eines paranoisch gefärbten Zustandsbildes im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins, dessen Vielgestalt-

tigkeit ja manchmal auch solche Formen aufweist, ist gleichfalls abzulehnen. Es lässt sich dagegen anführen, dass die Sinnestäuschungen in ganz ungewöhnlich starkem Grade vorhanden waren und dass, abgesehen von dem Unwillen und der Verstinmung über die Verfolgungen, keine eigentliche Affektstörung vorlag. Die affektiven Veränderungen waren nicht primär entstanden, sondern lediglich die Folge der für den Kranken ungemein lästigen und beunruhigenden halluzinatorischen Erlebnisse und daran geknüpfter wahnhafter Deutungen.

Vereinzelte depressive Vorstellungen wurden wohl gelegentlich andeutungsweise geäußert, jedoch nie richtig akzeptiert und verarbeitet. Der Kranke wehrte sich vielmehr gegen die vermeintlichen Beschuldigungen und Anspielungen mit grosser Entschiedenheit, indem er immer wieder seine Unschuld betonte, so dass von einer Geschlossenheit und Nachhaltigkeit von melancholischen Vorstellungen keine Rede sein konnte. — Die nach dem Abklingen der ersten Erkrankung beobachtete, kurz dauernde Euphorie liesse sich ja wohl als hypomanischer Abschluss einer depressiven Erkrankung auffassen; sie war aber doch nur andeutungsweise vorhanden, so dass ihr nicht die Bedeutung einer diagnostisch verwertbaren Erscheinung zugesprochen werden darf. — Es bedarf wohl keiner weiteren Ausführungen, dass die hier vorliegende Erkrankung nicht als *Dementia praecox* oder psychogen entstandene Geistesstörung aufgefasst werden kann.

Ausser dieser sich über mehrere Monate hinziehenden paranoiden Tabes-psychose kamen noch 3 Fälle mit viel kurzdauerndem Verlauf zur Beobachtung, über die ich noch kurz berichten will.

F. M., geboren 25. 11. 1859, Schreiner, aufgenommen 5. 12. 1909.

Pat. hat sich während seiner Militärzeit luetisch infiziert. Frau hat einmal abortiert. Pat. hat früher sehr viel getrunken, in den letzten Jahren jedoch sehr wenig mehr. — Im Jahre 1901 wurde er wegen Blutschande zu 6 Jahren 7 Monaten Zuchthaus und 10 Jahren Ehrverlust verurteilt. — Nach Entlassung aus dem Zuchthause soll er vor 3 Jahren sich wieder einmal sittlich verfehlt haben; doch sei das Verfahren mangels genügender Beweise eingestellt worden.

Pupillen beiderseits gleich, eng. Lichtreaktion beiderseits fast aufgehoben. Akkomodationsreaktion vorhanden. Augenbewegungen frei. Optici beiderseits etwas blass. Keine Sprachstörung. Kniephänomene beiderseits nur mit Jendrassik. Achilles beiderseits aufgehoben. Schmerzempfindung an den Beinen herabgesetzt. Blase intakt. Aorteninsuffizienz. Klagen über lanzierende Schmerzen und Parästhesie in den Extremitäten.

Psychisch: Ruhiges, geordnetes Verhalten, jedoch recht ängstlich. Intelligenz ohne besondere Defekte, jedoch schlechte Schulkenntnisse. — Pat. hört fortdauernd Stimmen. Es wird ihm in seine Ohren hineingeblasen: „Rechts legen! Links legen!“ Weiter wird ihm zugerufen: „Sittlichkeitsverbrecher! Mit Hunden hast du herumgehurt!“ Er selbst erzählt dann dazu, er sei einigemal auf einer Bank

gelegen, da sei ihm zwei- oder dreimal die Natur gekommen. Daran sei sein Schwiegersohn schuld. Der trage etwas auf der Brust, womit er solche Wirkungen ausüben könne. Was das sei, könne er nicht angeben. Er beklagt sich, dass durch das Bett elektrische Ströme gehen.

24. 12. Andauernd viel Sinnestäuschungen. Pat. hört, dass vom Fenster aus zu ihm hereingesprochen werde.

25. 12. Hört immer noch Stimmen. Man rufe ihm zu, dass er seine Sachen nicht recht gemacht habe. Manchmal verstehe er die Stimmen ganz gut, dann wieder gar nicht.

28. 12. Viel Klagen über Ameisenlaufen in den Beinen. Hört andauernd Stimmen, kann sich aber darüber nicht recht aussprechen.

31. 12. Verstimmt. Spricht wenig. Sieht oft in gespannter Haltung vor sich hin.

5. 1. 1910. Schimpft öfters, dass elektrische Ströme in seine Beine gelassen würden. Beklagt sich, dass überall Drähte herumlaufen. Er bringe es schon noch heraus. Zieht sich die Socken aus und will dann die Ströme nicht mehr fühlen.

6. 1. Pat. vermeidet es, mit seinen Füßen beim Sitzen den Boden zu berühren, da er sonst den Strom empfinde. Beim Stehen bemerke er ihn nicht.

10. 1. Im ganzen etwas freier und besser. Beklagt sich heute, er habe in seinen Beinen das Gefühl, als gingen ihm Schlangen die Beine herauf.

13. 1. Wesentliche Besserung. Pat. ist viel freier. Die Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen werden nicht mehr geäußert.

20. 2. Psychisch vollkommen frei. In seinem Verhalten nicht mehr auffallend. Äußert keine Wahnideen mehr, scheint auch vollständig frei von Halluzinationen zu sein, bringt aber viele Klagen über Gürtelgefühle, lanzinierende Schmerzen und Parästhesie in den Beinen vor.

8. 3. Pat. ist, seitdem er weiss, dass die Aerzte von seinem Vorleben und seiner Zuchthausstrafe Kenntnis haben, sehr in sich gekehrt und still. Wird gebessert entlassen.

Hier entwickelte sich bei einem Tabiker, der früher sehr viel getrunken hatte, ganz akut ein Zustandsbild, das mit seinen beschimpfenden, sinnlich ungemein lebhaften Stimmen sehr viel Ähnlichkeit mit einer Alkoholhalluzinose hatte. Wenn schon der körperliche Befund unbedingt für eine Tabes und gegen eine Polyneuritis sprach, so gab das Verhalten der Stimmungslage mehr den Ausschlag für Annahme einer Tabespsychose. Bei den alkoholischen Formen lässt ja, wie Kräpelin schon hervorhob, die Stimmungslage fast niemals ganz den humoristischen Zug vermissen, während sie bei den vergleichbaren Tabespsychosen rein ängstlich zu sein pflegt. Im vorliegenden Falle zeigte sich Patient durch die Halluzinationen sehr verängstigt und liess jeden humorvollen Unterton der Stimmungslage völlig vermissen.

Beachtenswert ist hier weiter, dass die Sinnestäuschungen Beziehungen zu den tabischen Sensationen erkennen lassen, eine Beobachtung, auf die

frühere Autoren grossen Wert legten und auf die Pierret in der bekannten Hypothese über die Entstehung der Tabespsychosen sich zu stützen suchte.

G. B., geboren 9. 6. 1874, Kellner. Aufgenommen 28. 6. 1912.

Erblich nur insoweit belastet, als Vater starker Trinker gewesen sein soll. Immer geistig gut veranlagt. In seinem Beruf sehr brauchbar und stets zur Zufriedenheit seiner Arbeitgeber gearbeitet. Im Jahre 1900 Infektion mit Lues. Wiederholte gründliche Kuren im hiesigen Krankenhause. 1909 wurde auf der Inneren Abteilung schon Tabes konstatiert.

Pat. hat von jeher ziemlich getrunken und soll in trunkenem Zustande sehr oft aufgeregt und krakeelsüchtig gewesen sein.

4 Tage vor der Aufnahme klagte er plötzlich über Angst, versicherte immer wieder, dass er niemandem etwas getan habe, sprach davon, dass man ihn umbringen wolle und dass die Maurer gesagt hätten, sie wollten ihm Gift ins Bier tun. — Auf Anraten seiner Angehörigen ging er dann ganz gutwillig ins Krankenhaus.

Pupillen different. Reaktion auf Licht rechts sehr träge, links besser. Konvergenzreaktion vorhanden. Augenbewegungen frei. Augenhintergrund ohne krankhaften Befund. Gesichtsinervation symmetrisch. Keine Sprachstörung. Sehnen- und Periostreflexe der oberen Extremitäten vorhanden. Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits fehlend. Kein Babinski. Keine Ataxie der Extremitäten. Leichter Romberg. Gang mit geschlossenen Augen sehr ataktisch. In der Brustwarzengegend deutliche hypästhetische Zone, darunter ausgesprochene Kälte-Hyperästhesie. Berührungsempfindung erhalten. Schmerzempfindung etwas herabgesetzt. Wassermann deutlich +.

Bei der Aufnahme ganz ruhig, geordnet, völlig orientiert. Pat. gibt an, seit 14 Tagen habe er seinen Verstand nicht mehr recht beisammen. Es brumme im Kopf; er habe den Appetit verloren, empfinde einen ängstlichen Druck auf der Brust. Der Schlaf sei sehr schlecht.

Seit 27. 6. höre er Stimmen, teils Tier-, teils Menschenstimmen. Es seien Verwünschungsstimmen und Stimmen drohender Art. Die Menschenstimmen riefen ihm Schimpfnamen zu. Wenn er herauskomme, werde er umgebracht. Es seien Andeutungen auf der Strasse gefallen.

Die Prüfung der Intelligenz ergibt ein sehr gutes Resultat. Er zeigt sehr gute Schulkenntnisse; auch ist die Urteilsfähigkeit eine gute.

29. 6. Pat. hat sehr wenig geschlafen, war aber ganz ruhig. Schaut ängstlich, stier vor sich hin, beklagt sich, dass er verfolgt werde und bezieht alle Aeusserungen und Vorgänge in seiner Umgebung auf sich, glaubt am Fenster eine Frau zu sehen, welche verschiedene Gestalten annahm; später seien Bureaubeamte und Schutzleute vor dem Fenster gestanden.

30. 6. Immer noch etwas ängstlich. Bezieht alles noch auf sich, ist aber dabei vollständig geordnet und orientiert.

2. 7. Viel ruhiger, halluziniert aber immer noch, spricht sich aber wenig mehr darüber aus.

4. 7. Stimmung immer noch etwas gedrückt. Er habe kein richtiges Dasein. Pat. steht meist für sich allein, beklagt sich, dass die anderen Patienten ihn aufzwicken. (Es ist nichts Derartiges beobachtet worden.)

5. 7. Etwas freier. Bestreitet, noch Sinnestäuschungen zu haben.

6. 7. Zustand unverändert. Pat. ist frei von Angst, unterhält sich mit den anderen Kranken, bietet in seinem ganzen Verhalten nichts Auffälliges mehr, scheint aber doch noch etwas leicht verstimmt.

10. 7. Pat. ist jetzt viel freier, fühlt sich wohler, führt sich ganz geordnet, will jetzt keine Stimmen mehr hören, zeigt völlige Krankheitseinsicht.

Gebessert entlassen.

Den mit zahlreichen und ungemein lebhaften Sinnestäuschungen einhergehenden und etwa 10 Tage anhaltenden paranoischen Zustand kann man wohl als Halluzinose ansprechen. Da in diesem Falle es sich um einen Potator handelt, liegt hier wieder die Frage sehr nahe, ob es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen einer alkoholischen Geistesstörung mit Tabes dorsalis handelt. Auch hier war wieder wie in Fall 2 die ängstliche Affektlage, die jeden humoristischen Zug völlig vermissen liess, für die Diagnose massgebend.

G. K., geboren 26. 4. 1874, Maler. Aufgenommen 29. 4. 1914.

Rechte Pupille weiter wie linke. Beide Pupillen lichtstarr. Konvergenzbewegungen erhalten. Augenhintergrund beiderseits normal. Fazialisinnervation ungestört. Keine Sprachstörungen. Patellarreflex und Achillessehnenreflex fehlen beiderseits. Kein Babinski. Sensibilität nicht gestört. Kein Romberg. Gang ohne Besonderheiten. Hände nicht ataktisch. Wassermann'sche Reaktion im Blut stark positiv.

Pat. wird von der Inneren Abteilung auf die Psychiatrische Abteilung verlegt, weil er sich dort verfolgt glaubte. Bei der Aufnahme ist er ruhig, macht einen müden, schlappen Eindruck, will früher gesund gewesen sein, bestreitetluetische Infektion. Seit Januar Schwäche in den Beinen und starkes Gürtelgefühl. — Er beschwert sich, dass er, wo er hingehe, verfolgt werde. Auch hier im Krankenhaus steigen ihm immer Patienten nach, die nichts anderes als verkleidete Kriminalbeamte seien. Das habe ihn so aufgeregt, dass er sich zu Schimpfpausbrüchen habe hinreissen lassen. Zeitweise auch Sinnestäuschungen. Er hört Stimmen, die ihn einen schlechten Kerl nennen, beschwert sich darüber, dass er bestohlen werde.

4. 5. Immer noch die gleichen Verfolgungsideen. Pat. glaubt bestohlen und belauscht zu werden. Kranke steigen ihm nach. Er hört dabei Stimmen wie: „Der hat etwas Besseres; der will etwas Besseres sein!“

12. 5. Seit einigen Tagen verändert, vollständig klar. Pat. glaubt sich nicht mehr verfolgt, hört keine Stimmen mehr. Er zeigt jetzt ganz gute Krankheitseinsicht, lacht darüber, wenn man ihm vorhält, was er alles gemeint hat. Als Grund seiner Erregung gibt er an, dass er auf der inneren Abteilung als Maler die Tafeln über den Krankenbetten jeden Tag beschreiben durfte und dass die anderen Patienten, um ihn zu ärgern, immer wieder ausgelöscht hätten, was er mühselig beschrieben habe. (Eingezogene Erkundigungen haben die Tatsächlichkeit dieser Angaben des Pat. ergeben.)

22. 5. Psychisch gar nichts Auffälliges mehr. Pat. wird gebessert entlassen.

Bei in späteren Jahren erfolgten wiederholten Krankenhausaufnahmen zeigte Pat. sich psychisch stets völlig gesund.

In diesem Falle entwickelte sich bei einem Tabiker eine nur etwa 14 Tage dauernde paranoische Erkrankung mit lebhaften Sinnestäuschungen, die völlig in Heilung überging. Interessant ist die nachträglich von dem Patienten gegebene Pseudomotivierung der Entstehung seines krankhaften Zustandes.

Das von mir beobachtete Material ist ja viel zu klein, als dass sich weitgehende Schlussfolgerungen auf Grund desselben ziehen liessen.

Ueber die Fälle von habituellen Gemütsveränderungen und moralischer Defektuosität wird ja überhaupt erst auf Grund anatomischer Untersuchungen Klarheit zu gewinnen sein.

Unter den Fällen mit akuten Geistesstörungen treten die halluzinatorisch-paranoischen Zustände auch in meiner Zusammenstellung besonders hervor. Wenn man auch über die klinische Natur der anderen im Verlaufe der Tabes zu beobachtenden psychischen Störungen noch im unklaren ist, so kann die Frage der Tabespsychosen jetzt doch wohl als dahin gelöst betrachtet werden, dass die zu allermeist akut verlaufenden halluzinatorisch-paranoischen Formen als Tabespsychosen anzusprechen sind. Darin stimmen ja auch, um nur einige Autoren hervorzuheben, Kräpelin, Spielmeyer und Schröder überein, während Cassirer noch in seiner monographischen Bearbeitung den Standpunkt vertrat, dass es keine eigentliche Tabespsychose gibt, wobei er jedoch auch die Häufigkeit des Vorkommens von Tabes mit chronischer Halluzinose und sekundärer Wahnbildung für beachtenswert hielt.

Die 4 von mir beobachteten paranoischen Tabespsychosen zeigten alle akuten und meist recht kurzdauernden Verlauf. Im ersten Falle kam es später zu einem Rezidiv, das in der Art des klinischen Bildes manche überraschende Ähnlichkeit mit der ersten Erkrankung bot. Im übrigen zeigten die von mir beobachteten 4 Tabespsychosen in der Art ihrer Erscheinungen und ihres Verlaufes nichts Besonderes. Auffallend war in allen Fällen der ungewein rasche, oft recht unvermittelt einsetzende Nachlass der psychotischen Erscheinungen.

Steht man mit der Annahme der geschilderten Formen als Tabespsychosen auf einigermaßen gesicherterem Boden, so ist die Bewertung der kurzdauernden deliranten Erregungszustände viel schwieriger. Diese Formen kommen wegen ihres kurzdauernden Verlaufes wohl nur selten zu psychiatrischer Beobachtung und sind auch bisher in der Literatur wohl aus diesem Grunde nur wenig gewürdigt worden.

Die Veränderungen der ganzen psychischen Wesensart der Tabiker meist in Form von Veränderungen der Affektlage oder Defekten des ethisch-moralischen Empfindens scheinen mir auf Grund meines Materials doch nicht selten vorzukommen und deshalb weiterer Beachtung wert zu sein.

Das Vorkommen einer tabischen Demenz dagegen steht nach meinen Beobachtungen noch auf äusserst schwachen Füßen, so ferne man sich nicht darauf beschränkt, in ihr die Rückbildungserscheinungen auf intellektuellem und gemüthlichem Gebiete zu sehen, die bei Chronischkranken, die in der geisttötenden Eintönigkeit eines Kranken- oder gar Siechenhauses den Rest ihres Lebens verbringen, häufig aufzutreten pflegen. Das so überaus seltene Vorkommen von Demenz bei Tabikern, die in der Familie verpflegt werden, spricht doch dafür, dass es sich hier doch noch um die Mitwirkung anderer Faktoren handelt.

Bei den anderen im Verlaufe einer *Tabes* vorkommenden Geistesstörungen handelt es sich doch sicher nur um zufällige Kombinationen, mit welchen bei der großen Häufigkeit der *Tabes* ja stets zu rechnen ist.

Bei einer weiteren Berücksichtigung meines Materials zeigt sich das völlige Zurücktreten des weiblichen Geschlechts bei den tabischen Geistesstörungen. Diese Tatsache steht im Widerspruch mit der Zusammenstellung Meyer's, der eine relativ überwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechts an den nichtparalytischen *Tabespsychosen* nachweisen konnte. Das von Meyer nachgewiesene und bereits von mir erwähnte häufigere Vorkommen von Affektion der Hirnnerven bei tabischen Psychosen trat in meinen Fällen gleichfalls nicht in Erscheinung, doch ist mein Material zu klein, als dass es sich hier nicht um reine Zufälligkeiten handeln könnte. Irgendwelche Schlüsse dürfen nach der Richtung hier daraus nicht gezogen werden.

Erwähnt möge noch werden, dass, wie es ja fast in allen Fällen zutrifft, auch bei meinen Beobachtungen die tabische Erkrankung den psychotischen Störungen mehr oder minder lange Zeit vorausging.

Die Beobachtung, dass besonders schwere und deletär verlaufende *Tabesfälle* in höherem Grade zum Auftreten von seelischen Anomalien disponieren, konnte ich nicht machen. In einigen Fällen war im Gegenteil der Verlauf der *Tabes* ein ausserordentlich milder. Zur Erklärung des Zusammenhangs der Rückenmarkserkrankung mit der Psychose wurden früher unter anderem die bestehende erbliche Disposition, Ernährungsstörungen, kongestive Zustände herangezogen. Nach den Befunden Siolis kann ja kein Zweifel mehr darüber bestehen, dass hier, wie schon Moeli in Anbetracht der oft gleichzeitigen Gehirnnervenerkrankung vermutete, eine spezifische Erkrankung des Zentralorganes den psychischen Störungen zugrunde liegt. *Tabespsychosen* sind auf eine luetische Erkrankung des Gehirns zurückzuführen, die mit Vorliebe zum Auftreten akuter paranoider Formen führt. Möglicherweise handelt es sich bei ihnen um eine für das Nervensystem besonders schwere Infektion, die neben der Hinterstrangserkrankung auch zu luetischen Gehirnveränderungen führt.

Literaturverzeichnis.

- Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse Nissl. Histologische Arbeiten über die Großhirnrinde. Jena 1904. I. Bd.
- Binswanger, Beiträge zur Pathologie und Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Virchow's Archiv Bd. 154.
- Bornstein, Tabes dorsalis und Psychose. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. XVII. Ergänzungsheft.
- Cassirer, Tabes und Psychose. Berlin, S. Karger. 1903.
- Gaupp, Zur Frage der stationären Paralyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 215.
- Goos, Ueber die nicht paralytischen Geistesstörungen bei Tabes dorsalis. J. D., Kiel. — Zur Lehre von dem Korsakoff'schen Symptomenkomplex, zugleich ein Beitrag zu dem Kapitel Tabes und Psychose.
- Hahn, Ueber die psychischen Störungen bei Tabes dorsalis. J. D., Freiburg. 1907.
- Jolly, Syphilis und Geschlechtskrankheiten. Berliner klin. Wochenschr. 1901. Nr. 1.
- Kräpelin, Psychiatrie. VIII. Auflage.
- Meyer, Otto, Beitrag zur Kenntnis der nicht paralytischen Psychosen bei Tabes. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1903. Bd. XIII.
- Müller, Julius, Korsakoff'scher Symptomenkomplex bei Tabes. J. D. Königsberg 1906.
- Nageotte, Tabes et Paralysie générale. Thèse de Paris 1893. 9. 5. J. XI. Nr. 1—9.
- Plaut, Ueber Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin, Springer. 1913.
- Römheld, Ueber den Korsakoff'schen Symptomenkomplex bei Hirnlues. Archiv f. Psych. Bd. 41. H. 2.
- Ruehle, Zentralblatt für Psychiatrie. 1903.
- Rydlowski, Ueber Psychosen bei Tabes dorsalis. J. D. Greifswald 1609.
- Schröder, Lues cerebrospinalis, sowie ihre Beziehungen zur progressiven Paralyse und Tabes. Deutsches Archiv f. Nervenheilk. 54. Bd. 2. u. 3. H.
- Schulze, Ernst, Ueber Psychosen bei Tabes. Münchener med. Woche. 1903. Nr. 4 G.
- Sioli, Histologische Befunde bei Tabespsychosen. Univ. für die gesamte Neurologie. 3. Bd. Orig. 1910.
- Spielmeyer, Paralyse, Tabes, Schlafkrankheit. Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie. 1. Bd.
- Stransky, Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. XXVI. 1905.
- Trenel, Cas complexe d'épilepsie avec tabes et troubles mentaux circulaires combinés a un delire systématique. Archiv de Neurologie. 1911.
- Truelle, Les troubles mentaux dans le tabes. Annal. med. psychol.
- Tuetzer, Psychosen bei Tabes dorsalis. J. D. Freiburg 1904.
- Westphal, Beiträge zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica. Medizin. Klinik. 1907. Nr. 5. — Tabes und Psychose. Zentralbl. f. Psych. 1908.