

## Zur Lehre von der Halluzinose der Trinker.

Von

Dr. Otto Schwarz.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklīnik der Universität Königsberg. [Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Meyer].)

(Eingegangen am 19. Februar 1925.)

Die akute Halluzinose der Trinker (*Wernicke*), von *Kraepelin* halluzinatorischer Alkoholwahnsinn, von *v. Speyr* alkoholische Verücktheit, sonst auch alkoholische Paranoia genannt, ist eine auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehende Psychose.

Zum erstenmal wurde sie 1874 von *Marcel* als Folie des ivrognes in ihren wesentlichen Zügen beschrieben. Späterhin haben sich in Deutschland *Kraepelin*, *v. Speyr*, *Ilberg*, *Bonhoeffer*, *Goldstein*, *E. Meyer*, *Chotzen* und *Schroeder* in ausführlichen Arbeiten mit dem Krankheitsbilde beschäftigt. Trotzdem ist man sich heute über die Entstehungsweise dieser Psychose ebensowenig wie über die Bewertung der verschiedenen, bei ihrer in Betracht kommenden pathogenetischen und pathoplastischen Faktoren einig. Das liegt zum Teil an der verschiedenen Beurteilung des Alkohols als ätiologisches Moment. Bekannt und viel umstritten ist die Stellung, die *E. Meyer* in einer 1904 veröffentlichten Arbeit dazu einnimmt: „Der chronische Alkoholmißbrauch vermag an sich jeder Form geistiger Störung als ausschließliche Ursache zu dienen, wenn er auch mit Vorliebe in bestimmten, bekannten Krankheitsformen seinen Ausdruck findet. Jedoch ist keinesfalls jede, bei einem Gewohnheitstrinker entstandene Geistesstörung in diesem Sinne eine alkoholische. Wir können vielmehr nur dann von alkoholischen Psychosen sprechen, wenn direkte Entwicklung aus den typischen Krankheitsformen, Delirium tremens oder akuter Alkoholparanoia, vorliegt, oder wenn wenigstens vielfache nervöse und psychische Störungen der Geisteskrankheit vorausgegangen sind. Sonst werden wir in dem chronischen Alkoholmißbrauch nur eine Hilfsursache für die Entstehung von Geistesstörungen sehen.“

*Schroeder* drückt in seiner Habilitationsschrift: Über chronische Alkoholpsychosen, seine Meinung über das Verhältnis von Alkohol und Psychosen sehr vorsichtig aus: „Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als Moment, welches dem Krankheitsbilde, für den Beginn oder für die ganze Dauer, eine bestimmte

Färbung verleiht, wird der chronische Alkoholismus zweifellos nicht selten herangezogen werden müssen. Bezüglich der Entscheidung der Frage, in welchem Grade das im einzelnen Falle zu geschehen hat, müssen wir uns, solange wir über die Ätiologie der Psychosen überhaupt noch so gut wie gar nichts wissen, die größte Reserve auferlegen.“

Neben der Frage nach der ätiologischen Bedeutung des Alkohols ist es die verschiedene klassifikatorische und prognostische Bewertung der einzelnen Symptome im Krankheitsbilde der Alkoholhalluzinose, die den Anlaß zu den abweichenden Stellungen der einzelnen Autoren gibt. Für die akute Alkoholhalluzinose ist im Laufe der Zeit ein ziemlich festumrissenes Krankheitsbild aufgestellt worden. Es handelt sich dabei um charakteristisch systematisierte, dramatisch verarbeitete Halluzinationen des Gehirns mit daran sich anschließenden Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Der Kranke ist „der unfreiwillige Zuhörer seiner Stimmen“ (*Kraepelin*), die über ihn „in dramatisch ausgearbeitetem Dialog reden“ (*Bleuler*). Die Orientierung für Raum, Zeit und eigene Person ist dabei erhalten, ebenso die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis. Diese akute Psychose hat eine günstige Prognose; sie kommt im allgemeinen bei entsprechender Behandlung nach einer Zeit von einigen Tagen bis mehreren Monaten zur Heilung.

Nun hat man von jeher Fälle beobachtet, bei denen gewisse Symptome sich in chronischer Form erhalten, so daß die Krankheit über viele Monate und Jahre fortbestehen kann. Man hat deshalb neben der akuten, prognostisch günstigen eine chronische prognostisch ungünstige Form der Alkoholhalluzinose unterschieden. Auffällig ist, daß die Symptomatologie der chronisch verlaufenden Alkoholhalluzinose weitgehende Ähnlichkeit mit der anderer, chronischer und prognostisch ungünstiger Psychosen aufweist. Die chronische Form entwickelt sich aus der akuten allmählich oder weist schon früher gewisse Symptome auf, die auf eine ungünstige Prognose hindeuten. Neben dem dauernden Bestehen von Gehirnhalluzinationen beobachtet man bei diesen Formen auch meist eine Veränderung im Charakter des Patienten. Sie werden mißtrauisch, mürrisch, verschroben, apathisch, zeitweise stuporös, gewalttätig, negativistisch. Auch zahlreiche Körperhalluzinationen, ferner abenteuerliche Größenideen kann man häufig feststellen.

Auch schon die Art und Färbung der Halluzinationen läßt von vornherein einige prognostische Anhaltspunkte für die weitere Entwicklung der Fälle erkennen. Das Vorkommen von Gesichtshalluzinationen wird von den meisten Autoren nicht besonders bedeutungsvoll gewertet. *Luther* und *v. Speyr* fanden sie in  $\frac{2}{3}$  ihrer Fälle,

auch *Bonhoeffer* schreibt ihnen keine große Bedeutung zu. *Goldstein* neigt sogar zu der Ansicht, daß Fälle mit optischen Halluzinationen prognostisch günstiger sind.

Dagegen wird dem Vorkommen von Halluzinationen des Geruchs, des Geschmacks und des Tastsinns sowie absurder Größenideen mehr Bedeutung beigemessen. *Goldstein* sah bei stärkerem Hervortreten von Geruchs- und Geschmackshalluzinationen die Fälle ungünstiger verlaufen. Ebenso werden im allgemeinen körperliche Sensationen schwerer beurteilt. *v. Speyr*, *E. Meyer*, *Luther*, *Goldstein* u. a. fanden sie allerdings in ungefähr der Hälfte ihrer Fälle, jedoch betrafen sie nur die Haut. *Bonhoeffer*, der überhaupt den Begriff der Alkoholhalluzinose sehr eng faßt, schreibt: „Wenn wirklich intestinale Sensationen, Geruchs- und Geschmacksparästhesien bei einer sonst als Alkoholhalluzinose sich darstellenden Erkrankung eine wesentliche Rolle spielen, so kann man fast sicher sein, daß es sich um eine prognostisch ernstere Erkrankung und um keine rein alkoholische Psychose handelt.“

Den Größenideen messen *Bonhoeffer* und *Goldstein* keinen besonderen Einfluß auf den Verlauf zu. Nach *Luther*, *Bleuler* und *Kraepelin* jedoch sind sie in chronischen Fällen häufiger zu finden. *Luther* stellte sogar auf Grund ihres häufigen Vorkommens bei chronischen Fällen ein besonderes Krankheitsbild des „chronischen alkoholischen Größenwahns“ auf.

Warum die im Anfang scheinbar gleichartigen Krankheitszustände der akuten und chronischen Alkoholhalluzinose einen so verschiedenartigen Verlauf nehmen können, wird von den einzelnen Autoren verschieden zu erklären versucht. Auffällig ist den meisten Autoren bei ihren Fällen eine große Ähnlichkeit mit der *Dementia praecox*. *E. Meyer* beschreibt mehrere Fälle dieser Art. Zu der kritischen Betrachtung darüber schreibt er:

„Nach alledem würden wir wohl jedenfalls nicht die Diagnose *Paranoia* stellen, eher würde hier der Name ‚Halluzinose‘ in Frage kommen, aber auch der paßt nur schlecht, vielmehr entspricht das ganze Krankheitsbild am ehesten der Katatonie, bzw. katatonischen Untergruppe der *Dementia praecox Kraepelins*.“ Er benennt die Fälle demzufolge als „alkoholische Psychosen katatonen Art“. Für die Entwicklung solcher Krankheitsfälle bringt er zwei verschiedene Erklärungsversuche: „Einmal könnten wir in dem chronischen Alkoholmißbrauch nur das auslösende Moment sehen, d. h. bei einem zu einer psychischen Erkrankung in Form der Katatonie disponierten Individuum wird durch den schädigenden Einfluß des Alkoholismus die Katatonie manifest. Oder es handelt sich um eine alkoholische Psychose, die aber durch die Besonderheit der Lokalisation

einen atypischen Charakter in Form einer Katatonie angenommen hat.“ Gerade so wie eine Dementia praecox sich bei einem dazu speziell disponierten Gehirn als Katatonie, bei einem anderen als Paranoia usw. äußern könne, rufe ein pathologisches Agens, sei es Alkohol oder irgendein anderes Gift, eben die Krankheitserscheinungen hervor, zu denen das betreffende Gehirn disponiert sei. Er kommt dann oben zu dem angeführten Satz von der umfassenden ätiologischen Bedeutung des Alkohols in der Psychiatrie.

Auch die meisten anderen Autoren neigen dazu, Fälle oben genannter Art mehr vom Gesichtspunkt ihrer alkoholischen Genese als dem ihrer späteren schizophrenieähnlichen Entwicklung zu betrachten. *Bonhoeffer* sieht den Grund für das Chronischwerden gewisser Halluzinosefälle in einer „paranoiden Disposition“, *Chotzen* in einer degenerativen Grundlage, in Verbindung mit Hysterie oder Arteriosklerose, in Stoffwechselstörungen; *Goldstein* glaubt, daß höheres Alter für den Verlauf der Krankheit ungünstig sei.

Natürlich sind alle oben angeführten Autoren von dem Vorkommen eigentlicher, d. h. reiner chronischer Alkoholhalluzinosen überzeugt, wenn sie auch, z. T. ihre große Seltenheit betonend, die große Ähnlichkeit der meisten chronischen Alkoholhalluzinosen mit anderen Psychosen, vornehmlich der Schizophrenie, zugeben.

*Schroeder* nimmt einen neutralen Standpunkt ein: „Die Frage, ob es chronische Psychosen gibt, die ausschließlich durch Alkoholmißbrauch entstehen, kann meines Erachtens auf Grund der vorhandenen Literatur nicht mit Sicherheit in bejahendem Sinne beantwortet werden. Ebensowenig kann natürlich a priori die Möglichkeit, daß solche vorkommen, bestritten werden.“

In neuerer Zeit sind *Kiehlholtz* und *Graeter* mit großer Energie dafür eingetreten, daß viele Fälle sogenannter chronischer Alkoholhalluzinosen nichts weiter sind als durch chronischen Alkoholismus komplizierte Fälle von larvierter Dementia praecox. *Graeter* hat das an Hand zahlreicher Krankengeschichten zu beweisen versucht.

Einen ähnlichen Standpunkt vertritt nun *Bleuler*. Da nach ihm „wohl 10<sup>0</sup>/<sub>6</sub> unserer Alkoholiker zugleich Schizophrene“ sind, dürfte es nicht wundernehmen, wenn in vielen Fällen die Schizophrenie anfänglich nicht erkannt werde, weil der akute oder chronische Alkoholismus das Bild der Schizophrenie etwas verdecke. In der Anstalt verschwänden aber die Symptome des Alkoholismus allmählich und es komme dadurch die Grundkrankheit besser zum Vorschein. Jedoch würden diese Fälle von den meisten Autoren dann als chronische Verlaufsformen der Alkoholhalluzinose angesprochen. *Bleuler* hält es für „ganz unzweifelhaft, daß der größte Teil der chronischen Alkoholparanoiden der Autoren nichts als Schizophrenien sind. Jeden-

falls ist bis jetzt der Beweis für die Existenz einer nicht schizophrenen Alkoholparanoia nicht geleistet“. Selbst die akuten Alkoholhalluzinosen, sofern sie Halluzinationen des Geruchs, Geschmacks und des Körpers aufweisen, betrachtet er als „ein durch Alkohol hervorgerufenes und spezifisch gefärbtes Intermezzo im Verlauf seiner Schizophrenie“. Aus der Bleulerschen Klinik hat *M. Wolfensberger* kürzlich eine Zusammenstellung von 16 derartigen Fällen aus den letzten 27 Jahren gemacht, von denen 10 Fälle später an „ausgesprochener Schizophrenie, meist mit schwerer Verblödung erkrankten.“ Die übrigen Fälle zeigten später schizophrene und schizoide (oder katathyme) Symptome. Wenn man sich auch des Eindrucks nicht erwehren kann, daß das Resultat dieser Arbeit z. T. durch die an der dortigen Klinik herrschenden Anschauung über Schizophrenie bedingt ist, so bleibt ein derartiges Ergebnis doch überraschend und bedeutungsvoll.

*Kraepelin* lehnt den Gedanken der nahen Verwandtschaft chronischer Alkoholhalluzinosen mit Dementia praecox ab. Wenn auch nach ihm namentlich sehr rasche Entwicklung eines schweren Alkoholismus an die Möglichkeit einer Verbindung mit Dementia praecox denken lassen, so vollziehe sich doch „die Entwicklung des paranoiden Alkoholschwachsinn im Anschluß an akute halluzinatorische Erkrankungen von ausgeprägt alkoholischer Färbung immerhin so deutlich, daß schon deswegen ein zufälliges Zusammentreffen mit Dementia praecox äußerst unwahrscheinlich ist“. Als Gründe führte er noch an, daß neben dem verschiedenen Lebensalter, in dem beide Erkrankungen in Erscheinung treten, ihr klinisches Krankheitsbild doch gewisse Unterschiede aufweise. Außerdem finde man auch in den ungeheilten Endzuständen der chronischen Alkoholhalluzinose wesentlich nur solche Krankheitszeichen, denen man auch in dem akuten Stadium begegne. Er nimmt, schließlich an, „daß die Ähnlichkeit zwischen den Zustandsbildern des Alkoholwahnsinns und der Dementia praecox wie auch der paranoiden Formen der Lues auf einer gewissen Übereinstimmung im Angriffspunkt des Leidens beruhe“. Die Unterschiede im Gesamtbilde der Krankheit würden sich bei reichlicher Sammlung zuverlässiger Beobachtungen allmählich immer klarer herausstellen.

*E. Meyer* macht in seiner Abhandlung über „Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung“ (in der Psychiatrie) auf die Schwierigkeiten der Abgrenzung der Alkoholhalluzinosen gegenüber der Dementia praecox aufmerksam. „Das Auftreten hypochondrischer Ideen, die geringere Affektbetonung mit dem Mißverhältnis zwischen Affektstärke und dem Inhalt der Wahnvorstellungen, die weniger sinnfällige Deutlichkeit der Halluzinationen sprechen für Dementia praecox; ebenso längere Dauer an sich, sowie noch .

mehr das Auftreten von stuporösen Zuständen, von Negativismus, Stereotypien und Apathie, wenn auch durch den stark ängstlichen Affekt Negativismus und Gleichgültigkeit vorgetäuscht und gewisse motorische Erscheinungen hervorgerufen werden können.“

Und weiter: „Die Frage der chronischen Alkoholhalluzinose ist noch nicht geklärt, jedenfalls ist ein Teil derselben der Dementia paranoides zuzurechnen, wenn auch der chronische Alkoholmißbrauch ihre Entwicklung und besondere Färbung vielleicht begünstigt hat.“

Es geht aus allem Angeführten zur Genüge hervor, wie wenig feststehend die Symptomatologie der Alkoholhalluzinose, speziell ihrer chronischen Form, sowie ihre Stellung in der klinischen Systematik ist.

Die zwei folgenden Fälle mögen zur Klärung der Frage beitragen.

#### I. Fall.

Franz Ph., Tischlergeselle, 41 Jahre alt.

*Anamnese:* Von der Schwester angegeben:

Vater Potator, an Herzschlag gestorben.

Mutter lebt, gesund.

Patient hat keine besonderen Krankheiten bisher durchgemacht. Auf der Schule leicht gelernt. Nach der Schule Tischler gelernt, dann von Hause fortgezogen. Hat sich dann bis zum Kriege überhaupt nicht mehr gemeldet. Hat während des Krieges schon viel getrunken. 9mal verwundet, 1mal verschüttet. Nach dem Kriege nach Hause zurückgekehrt. Hat in den letzten 2 Jahren besonders viel getrunken. Kam unter den Einfluß einer verheirateten Frau B., die mit ihm nach Amerika auswandern wollte. Pat. verkaufte zu diesem Zweck für seine Schwester angefertigte Möbel, vertrank jedoch später den Erlös. Borgte, um zu Geld zu kommen, von seinem Hauswirt hohe Summen, ließ im Lokal anschreiben. Trank mitunter 3—4 Wochen, arbeitete dann ca. 1 Woche, trank dann wieder. Im betrunkenen Zustande „furchtbar phantasiert“, Szenen aus dem Felde, Kanonen usw. Ungefähr 2 Monate vor Ausbruch der jetzigen Krankheit glaubte er sich von Frau B. und seinem Hauswirt verfolgt, kam nicht nach Hause. Nachts lief er aus dem Hause eines Kollegen, bei dem er sich versteckt hatte, plötzlich zum Bahnhof, rief: „Rettet mich, die erschießen mich!“ Fuhr mit der Bahn fort. Wohin, ist unbekannt geblieben. Meldete sich ca. 3 Wochen später aus K., wo er Arbeit als Tischler gefunden hatte. Von dort wurde er in die Klinik eingeliefert. Von der Referentin, die den Eindruck einer schwach-sinnigen Trinkerin macht, ist bezüglich des früheren Verhaltens des P. seiner Umgebung gegenüber nicht viel zu erfahren. Sie gibt nur an, daß er ganz aus der Familie schlage; trinken tue ja jeder in der Familie, aber so stark habe es bisher noch keiner getan.

Patient kommt am 12. V. 1924 mit einem Begleiter in die Klinik.

Körperlicher Befund: In ausreichendem Ernährungszustand, kräftig gebaut. Zusammengewachsene Augenbrauen. Hoher schmaler Gaumen, asymmetrisches Gesicht. Schlechte Zähne. Alveolarpyorrhöe. Pupillen different, r. > l. entrundet, mittelweit, L/R +, unausgiebig; C/R +, Augenbewegungen frei, Conj.- u. Cornealreflex +.

Trigeminus druckempfindlich, Facialis o. B. Zunge wird gerade, zitternd hervorgestreckt. Rachenreflex ++.

Herz: Töne der Mitralis klappend, 2. Pulmonalton akzentuiert.

Keine Geräusche. Puls gut gefüllt, regelmäßig, 64/min.

Lungen o. B.

Bauchorgane: Leib rechts vom Nabel angeblich etwas druckempfindlich.

Extremitäten: Keine Atrophie, keine Koordinationsstörungen.

Reflex: Triceps ++.

Patellar +, keine Kloni

Babinski —

Achilles +

Oppenheim —.

Plantar +, Cremaster +, Abdominal ++; Romberg —; Dermographie ++. Mechanische Muskelerregbarkeit ++; Motilität intakt. Hyperästhesie und Hyperalgesie am ganzen Körper. Druckempfindlichkeit der Muskeln und großen Nervenstämmen. Augenhintergrund o. B. Wassermann in Blut und Liquor negativ.

Auf Befragen gibt Patient an:

Sei von einem Wärter hierhergebracht, komme von K. Klagt über Magen- und Lungenschmerzen. Seit 8 Tagen krank: Drücken im Magen und weiter unten . . . Drüse. (Wo hier?) Zu Königsberg. (Was für ein Haus?) — Habe in K. gearbeitet. Habe auch „Heponosie“. Unterhalte sich mit dem Herrn Polizeinspektor aus L. Er könne ihn nicht sehen, d. h. jener sehe alles, jeden Nagel; sehe dauernd durch den Körper hindurch. Er frage von L., wie es gehe, ob er gebadet habe. Sei krank; die „Heponosie“ sollte abgeschafft werden. Die anderen waren in L., die haben das übertragen nach K. Der ganze innerliche Körper sei krank. Habe auch Mittelohrentzündung im Felde gehabt. Die Leute von L. haben auch die „Heponosie“ gehabt. (Spricht nun mit L., ruft leise die Nummer 1770, wie man eine Telephonnummer ruft.) Das sei die dortige Nummer der Polizei. Fragt an, ob der Polizeinspektor da ist . . . Er ist wirklich da. „ . . . Ein Sterbefall sei vorgekommen, seine Mutter sei gestorben. Habe noch eine Schwester, die sei auch tot. Sei umgebracht, hörte es von denen, die in Untersuchungshaft saßen. Die Mutter sei im Streit umgebracht, ebenso die Schwester . . . mit den Fäusten totgeschlagen. Er selbst sei total nervös und kaputt. Man wollte ihn auch totschiessen, es sei durch die „Heponosie“ gekommen. Habe keine Gestalten gesehen. Zwei, drei Herren vom Magistrat sprächen dauernd mit ihm. In der Bahn bis hier wurde dauernd zu ihm gesprochen. Habe 4—5 Nächte nicht geschlafen. Schwitzt und zittert vor Angst. Fragt ob er umgebracht werden soll, weil er in Königsberg allein die „Hypo- nosie“ besitze. Es handle sich nicht um Verfolgung. Es sei eine Übertragung von Krankheiten. Er leide am Magen und unten, das rühre von der „Hypo- nosie“ her.

13. V. 1924. Unterhält sich dauernd mit den Stimmen, meist leise. Auf Station unterhält er sich am Fenster mit dem Polizeinspektor, ruft laut zum Fenster hinaus. (Minimaler Tremor der Zunge und Hände.) Trinke Schnaps und Bier, 1—2 Liter pro Woche, 1—2 Glas Bier täglich. Sei oft betrunken gewesen, besonders am Sonnabend. Habe im vorigen Jahr auch „Verfolgungswahn“ gehabt, der habe drei Tage gedauert. Sah sich damals dann um, aber es war niemand da. Delirium habe er nie gehabt.

Ist bei seinen dauernden Halluzinationen ganz ohne Affekt, scheint den Inhalt derselben nicht weiter zu notieren.

14. V. (Wo hier?) Nervengebäude — Nervenheilklinik — Nervenklinik. (Tag?) —; (Monat?) +; (Jahr?) +. Eltern gestorben, Vater starb an der Lunge, Mutter wurde von Sonntag zu Montag erschlagen. Vater habe auch seine Schnäpse getrunken.

(5×20) 100; (7×18) 126; (126—39) 85 . . . 88; (1. Aufgabe?) + (793654) +; (02489613) +; (4739526) 2 Fehler.

(249375) 1 Fehler, bei Wiederholung 2 Fehler. Höre beim Rechnen immer

etwas reden. Habe früher ganz gut rechnen können. Rauche nicht viel, prieme. Infektio vener. negiert.

15. V. Spricht dauernd mit L. Höre das Sprechen ganz leise. Werde auch öfters wegen Dingen, die er früher begangen habe, beschimpft. Schreibt einen geordneten Lebenslauf ohne gröbere orthographische Fehler.

17. V. Glaubt nun nicht mehr, daß seine Mutter und Schwester getötet wurden. Höre Summen, aber auch Stimmen, die er nicht kenne. Stehe mit einem anderen Ort in Verbindung. Habe früher mal von Hypnose gehört, jetzt glaube er nicht mehr, daß er damit etwas zu tun habe.

23. V. Hört noch immer Stimmen, aber undeutlich, so daß er sie kaum verstehen kann. Wird beschimpft, bedroht, ist ängstlich erregt. Die Stimmen kommen von weit her, nicht aus L. Möchte etwas gegen die Stimmen haben. Klagt über Magenschmerzen.

26. V. Ängstigt sich der Stimmen wegen. Versucht, sich durch Lesen zu zerstreuen; beim Lesen sei es etwas besser. Liegt dauernd bewegungsarm, fast stuporös zu Bett. Wird nach der Aufnahmestation verlegt.

27. V. Hier unruhig. Telephonierte die ganze Nacht. Bittet, man möchte ihn wieder in das andere Sanatorium bringen, dort wären die Anschlüsse nicht so gut. Droht die Pfleger einen Kopf kürzer zu machen, wenn er die Zettel, auf denen er von seinen Stimmen berichtet hatte, nicht wieder bekäme. Wird wieder nach der unruhigen Station verlegt.

31. V. Telephonierte dauernd mit L. und anderen Orten, spricht selbst wenig, hört nur fortgesetzt nach den Stimmen hin. Gibt an, daß er einige Zeit gar nicht sagen durfte, daß er etwas höre. Er sei bedroht worden, daß er umgebracht werden soll, wenn er etwas sage. Schreibt mehrere Briefe an den Direktor der Klinik, in denen er seine Klagen in äußerlich geordneter Form vorbringt. Ein Brief sei als Beispiel hier angeführt:

„Werter Herr, habe hier noch einen Nachtrag zu dem ersten Brief. Nämlich, ich werde bis zur Stunde von den Leuten aus L. noch immer heponiesiert. Sie drohen mich andauernd zu erschießen oder zu erhängen falls ich Sie verraten tue, daß Sie mich heponiesiert haben. Dabei haben Sie schon meine Mutter und Schwester heponiesiert und wollen auch dieselbigen ermorden, falls ich sie verraten tue. Nicht allein die sondern auch meine Anverwandten haben sie sich ausgelassen, dieselbigen zu ermorden. An meine inneren Organe sind sie ständig am arbeiten und wollen mich mit Gewalt von der Welt schaffen. Ich weiß das ganz genau, daß meine Mutter und Schwester Heponiesiert gemacht worden sind, denn ich habe daß hier gehört, wie darüber gesprochen worden ist. An der Heponiesier-Anstalt L. sind folgende Personen tätig: (Führt 8 Personen an, mit genauen Angaben der Wohnung und des Berufs). Dann kommen noch 3 junge Mädchen in Frage. Artur St. hat mir die ganzen Magenleiden, Nierenleiden, Kopfschmerzen . . . und die anderen Organe alle vollständig jeden Tag und Nacht so erregt, daß ich niemals Ruhe hatte. Außerdem kommen noch verschiedene Leute in Frage, die ich aber nicht ganz angeben kann. Es muß in L. eine ganze Abtheilung von den Heponesisten sein. Ich mußte dem Herrn Professor schon damals lügen, weil sie mir die Pistole auf die Brust gesetzt hatten und mit meiner Mutter und Schwester dasselbe tun wollen, ich weiß es ja nicht, vielleicht haben sie es schon getan, denn ich habe keine Nachricht erhalten und paß ich Heptoniesiert bin, wissen sie nicht, denn sie haben sich ausgelassen, daß sie die Briefe abfangen wollen. Die Leute aus L. wissen meine Gedanken. Leises Sprechen hören sie von dort bis hier und sehen auch alles was hier vorgeht. Ich unterhalte mich mit denen so als ob mir einer in der Stube etwas erzählt, wenn es auch nicht ganz deutlich ist zu hören, so wirken die Nerven

das andere dabei. Ich möchte den Herrn Geheimrat bitten, und die Sache sofort der Staatsanwalt zu melden. Hochachtungsvoll Ph.

Die angegebenen Leute drohen mich schon von gestern an, ich soll den Brief von Herrn Geheimrat zurückholen und wiederum falsche Angaben machen. Ich bitte den Herrn Geheimrat die Anzeige auf dem schnellsten Wege zu machen. Die Beteiligten dieser Anstalt markieren den 1. Staatsanwalt und Kriminalpolizei und nehmen Verhaftungen meiner Angehörigen vor.“

7. VI. Äußert allerlei Wahnideen, solle ermordet werden, nach Kortau kommen, da der Dr. ihn für verrückt erklärt habe. Behauptet von den Pflegern geschlagen zu werden, leugnet nachher auf Vorhalten alles ab. Klagt über Kopfschmerzen, verlangt öfters nach der weißen Medizin (Paraldehyd), die ihm so gut tue. Im ganzen ruhiger, hört nur noch vereinzelte Stimmen oder leises, unverständliches Sprechen. Meint, die Pfleger sollen jetzt auch hypnotisiert werden.

20. VI. Klagt unverändert über die Hypnose, es gehe Tag und Nacht, man solle doch etwas dagegen tun. Meint, im Garten werde er nicht so belästigt. Der Brief, den er von seiner Schwester erhielt, sei gefälscht, das hätten seine Gegner besorgt. Aber er wolle jetzt selbst öfters schreiben. Droht versteckt mit Selbstmord.

26. VI. Spricht undeutlich, schwer verständlich. Wenn er nicht schlafe, höre er immer Stimmen. Das könne keine Krankheit sein. Durch die Hypnose sei der Magen beschwert, die Nerven seien in Bewegung gesetzt. Davon wache er nachts auf. Habe Brennen in den Beinen, Zucken in den Armen, müsse elektrisiert sein. Direkt mit Gewalt müsse man das tun.

1. VII. Bittet energisch um seine Entlassung. Hier könne er nicht bleiben. Die Stimmen seien weniger geworden. Schläft wenig.

8. VII. Ist zeitweise erregt, läuft durch das Zimmer, steht dann wieder lange am Fenster, schaut unentwegt nach dem Himmel und hört Stimmen.

13. VII. Ist wieder etwas ruhiger. Bleibt im Bett liegen. Doch ist er immer noch ängstlich gespannt, schläft auch wenig. Liepmann negativ.

20 VII. Unverändert. Hört immer noch Stimmen.

30. VII. (Datum?) +; (Wo hier?) +; (Wie lange hier?) +. Habe durch das Telefon gehört, er solle entlassen werden. „Ich befinde mich in voller Tätigkeit mit Starkstrom.“ Schaut ängstlich nach der Decke. (Was hören Sie?) „Die, wo mit hypnotisiert haben, sagen: Ich werde dir schon zeigen, Spitzbube. Vagabund, Mörder, deine letzte Stunde hat geschlagen. Nun wird er auch erschossen. Der Philipp wird erschossen.“

31. VII. Habe wenig geschlafen; es gehe ihm schlecht. Stimmen beschimpfen ihn, nennen ihn „Fliegenfänger“, befehlen ihm, wen er heiraten soll. (Wen denn?) Die Frau B. aus Bialla. Habe heute morgen vor dem Fenster schnell ein Auto vorbeifahren sehen. Könne nicht angeben, wer darin war, das sei zu schnell gegangen. Habe vor seinem Fenster auch Leute bei der Arbeit gesehen (Anstaltsinsassen). Sein Essen sei vergiftet. Beim Assoziationsversuch zunächst ganz folgsam, sträubt sich aber dann, wird erregt, zittert am ganzen Körper, gibt keine Antwort mehr.

1. VIII. Erhält zum erstenmal in der Anstalt Besuch, von seiner Schwester; zeigt keine innere Anteilnahme an der Person seiner Schwester. Fragt sie zur Begrüßung, ob sie ihm einen „Bittern“ mitgebracht habe. Läßt die Schwester ohne besonderen Abschied wieder fortgehen. Äußert nachher, er wisse nicht, ob das auch wirklich seine Schwester gewesen sei. Habe von den Stimmen gehört, daß Frau B. seine richtige Frau sei. Eben höre er den D. aus L. sprechen, er sage ihm, daß in K. noch weiter gebaut würde. Die Stimmen

seien Wirklichkeit. Der Arzt höre die Stimmen nur nicht. Der Polizeinspektor aus L. habe ihm gesagt, der Arzt wäre auch hypnotisiert, nur wäre er nicht stark genug, um solche starken Ströme zu vertragen und so höre er die Stimmen nicht.

7. VIII. Nimmt die Mitteilung von seiner angeordneten Überführung nach der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Kortau ohne besondere Affektreaktion hin. Wird in unverändertem Zustande dorthin gebracht.

## II. Fall.

Oskar Ach., 42 Jahre alt, Tierarzt.

22. XII. 23. Kommt in Begleitung zweier Brüder und seines Schwagers, die alle einen angetrunkenen Eindruck machen, nachts in die Klinik zur Aufnahme. Riecht selbst stark nach Alkohol. Ist unruhig, wird auf die unruhige Station gelegt. Äußert, er sei nicht vorbereitet, die Nacht hier zu bleiben. Setzt sich auf einen Stuhl, will die ganze Nacht darauf sitzen bleiben, bis er untersucht werde; beginnt zu weinen. Weigert sich zu Bett zu gehen. Ist erst nach einer halben Stunde mühsam dazu zu bewegen. Wird im Bett unruhig, ruft ständig: „Fritz, genug, genug“, weint, springt aus dem Bett an das Fenster, sagt, er wolle nur sehen, ob es Osten wäre. Ist dann bis zum Morgen ziemlich ruhig, schläft mit Unterbrechungen.

Anamnese, abgegeben von den Brüdern und dem Schwager:

Eltern tot. Vater sehr stark getrunken, litt an epileptiformen Anfällen, starb am Schlaganfall. Mutter an Magenkrebs gestorben. 5 lebende Geschwister alle gesund. Gymnasium besucht. Durch das Abiturium gefallen. In Berlin Tierarzneikunde studiert. Mit 28 Jahren Staatsexamen. 6 Semester lang in einer studentischer Verbindung 1. Chargierter, als solcher viel getrunken. Von 1914—18 im Felde als Veterinär. Seit Kriegsende mehr getrunken, seit 2 Jahren direkt im Übermaß. Vor 2 Jahren im Krankenhaus wegen Lungenentzündung, lief damals im Hemd aus dem Haus. Verträgt jetzt nicht viel, sei nach zwei Schnäpsen schon betrunken. Habe vor 14 Tagen einen „leichten Anfall“ gehabt. Fühlte sich verfolgt, sah Gestalten; flüchtete sich zu seinem Bruder, sah auf dessen Hof Stahlhelmlaute. Hörte durch Stimmen, daß sein Neffe totgeschlagen sei; hatte Angst, daß die Leute seinen Bruder erschlügen. Soll ca. 50 Schnäpse täglich getrunken habe. Trinke Bier, Cognac, Grog und Wein.

23. XII. Am Vormittag ruhig, über Person, Ort und Zeit ausreichend orientiert, verhält sich dem Arzt gegenüber äußerlich geordnet, nennt seinen Namen, gibt an, er sei in die Klinik gekommen, weil er mit seinen Nerven total heruntergekommen sei. (Zuviel getrunken?) Ja, aber in den letzten 4 Tagen habe er überhaupt nichts getrunken. Seine Nervosität habe sich darin geäußert, daß er sich sehr leicht aufgeregt, jede Kleinigkeit ihn geärgert habe. Er sei noch bis gestern beruflich tätig gewesen, habe seine Praxis in St.

Gegenwärtig habe er keine Beschwerden, fühle sich soweit gesund. Bittet, möglichst gleich entlassen zu werden. Sein Schwager, einer seiner Brüder seien gestern nach seiner Einlieferung plötzlich ums Leben gekommen. Einer sei überfallen, einer an Lungenentzündung plötzlich gestorben. Er wisse nicht recht, wie sich das verhalte; habe es gestern hier gehört. Eine Stimme habe es ihm gesagt. Müsse jetzt nach dem Rechten sehen gehen. Alles das habe ihn furchtbar aufgeregt. Müsse doch zur Beerdigung. Gibt über seine Einlieferung an, daß er auf eignen Wunsch in die Klinik gekommen wäre. Sein Schwager aus Königsberg habe sich bei ihm besuchsweise aufgehalten, sie seien sehr lustig zusammen gewesen. Dabei sei er auf den Gedanken gekommen, sich seine Nerven hier untersuchen zu lassen. Habe eigentlich nicht die Absicht gehabt, hier zu bleiben. Seine Begleiter seien dann gleich im Auto mit ihm

hierher gefahren. Als sein Schwager und Bruder ihn hier verlassen hätten, habe er hier gehört, daß sie kurz danach überfallen seien. Gesehen habe er nichts davon. Auf die Frage, ob er früher Erscheinungen, Stimmen gehabt habe, es könne sein, sei wohl auch vorgekommen, daß er in letzter Zeit wiederholt phantasiert habe, sich allerhand eingebildet habe. Auf Vorhalten des Arztes, daß er eben mit dem Schwager des Pat. telephonierte, erwidert er, das könne nicht sein, sein Schwager sei ja tot. Korrigiert auch auf sofortige Vorstellungen nicht.

Körperlicher Befund: Typische facies alcoholica, starke Conjunctivitis. Keine neuritischen Symptome. Erysipeloid am linken Zeigefinger. Ausgedehnte Intertrigo am Scrotum und angrenzenden Partien. Allgemeinzustand kräftig.

Herzdämpfung vergrößert, R R = 158 mm, Pulmones o. B. Hepar vergrößert.

Pupillen: Etwas untermittelweit, gleichweit, leicht verzogen, L/R + u. C/R +, prompt und ausgiebig.

Augenbewegungen frei, kein Nystagmus.

Facialis —, Trigemini o. B.

Zunge kommt gerade heraus, belegt. Starker Foetor alcoholic.

Sprache vibrierend, bei Paradigmata deutliches Stolpern.

Zähne defekt; Pharyngitis.

Reflex: lebhaft, Cremaster- und Achillessehnenreflex nicht auslösbar, keine Differenzen, keine pathologischen Reflexe.

Arme, Beine: Mittelschlägiger Tremor des ganzen Körpers besonders der Extremitäten. Leichte Unsicherheit beim Finger-Nasenversuch, desgleichen beim Kniehackenversuch, keine eigentliche Ataxie. Dermographie: +; gesteigerte sekretorische Erregbarkeit.

Romberg: Bei Fuß-Augenschluß ganz leichtes Schwanken und Lidflattern.

Sensibilität: Berührung o. B. Überempfindlichkeit auf Nadelstiche.

24. XII. War gestern nachmittag ziemlich unruhig, warf sich im Bett hin und her, sprach vor sich hin, gestikulierte mit den Händen, sah aufgeregt nach beiden Seiten unter das Bett. Auf diesbezügliche Fragen antwortet er, unter dem Bett sei „mehr als genug, lauter Schatten“. Nicht mehr ganz orientiert, macht den Eindruck leichter Bewußtseinsstörung. Gegen Abend ruhiger, schlief auf Paraldehyd bis 4 Uhr morgens, war dann zeitweise außer Bett, äußerte, er würde gerufen, der Herr S. wäre da oben angeschlossen, er müsse ihn losmachen gehen. Lachte wiederholt vor sich hin. Bei der Exploration heute vormittag äußerlich gewandte Antworten. Bezüglich der Halluzinationen vom vorigen Tage befragt, erzählt er, er habe alles mögliche gehört, was nicht existiert. Alles sei krankhaft gewesen. Glaube auch nicht mehr daran, daß die Brüder, Schwager und Schwester tot seien. Jetzt habe er keinerlei Erscheinungen, sei ganz klar, fühle sich gesund, habe keine Kopfschmerzen. Nur heute morgen habe er noch sehr lebhaft geträumt, verworrenes Zeug, teilweise lustigeren, teils ernsteren Inhalts. Könne sich jetzt nicht mehr darauf besinnen. (Tiere, Mäuse?) Nein. Hörte sich beim Vornamen gerufen, von wem, sei ihm entfallen. (Ob er glaube, daß seine Krankheit mit dem Trinken zusammenhänge?) Ja, er sei sich klar darüber, daß solche Zustände immer nach stärkerem Alkoholgenuß bei ihm auftraten. Glaubte sich vor 4—6 Wochen nach einer starken Kneiperei verfolgt von Unbekannten, habe gerufen: „Kommt her, ihr Hunde!“ Sei, wenn er betrunken war, immer sofort nach Hause gegangen. Nachts darauf hätten sich die Träume eingestellt. Habe als Student schon viel getrunken, aber vorwiegend Bier, auf der Kneipe fast jeden Tag und zur offiziellen Kneipe 20—25 Schoppen, sonst 10—12 Schoppen. Auch beim Militär sehr viel getrunken, in diesen Jahren fast regelmäßig jeden Tag Wein und Bier. Nach 1915 habe er das Schnaps-trinken angefangen. Im Kriege schon viel und später zu Hause noch mehr ge-

trunken. An manchen Abenden 25—30—35 Schnäpse, möglicherweise seien es auch 50 geworden, so genau könne er das nicht sagen. In der Regel habe er schon wieder angefangen zu trinken, bevor der erste Rausch vorüber war.

In letzter Zeit alles durcheinander, Schnäpse, Bier, Kognak, Grog getrunken. Die letzte Kneiperei hätte am 14. d. Mts. begonnen und sich bis zum 16. fortgesetzt. In der letzten Woche habe er nichts getrunken. (Spiritus und andere nicht genußfähigen Alkoholika?) Nein, habe zu Hause überhaupt nicht getrunken, immer nur in Gasthäusern.

Somatisch: Heute in Waden und Oberschenkelmuskulatur etwas Druckschmerz.

Hätte auch schon den Versuch gemacht, das Trinken zu lassen, sei aber immer wieder dadurch, daß er in Gesellschaft kam, dem Alkohol verfallen. Habe in der Nacht schon längere Zeit lebhaft geträumt. Abends öfters Angstgefühl gehabt. Am letzten Dienstag sei er zu seinem Bruder gefahren, weil er ängstlich war und viel hörte. (Stimmen?) Ja, Einbrecherstimmen. In letzter Zeit hätte man viel von Einbrechern gesprochen, bei seinem Bruder sei aber nicht eingebrochen worden. Die Stimmen hätten über ihn gesprochen, er wisse, daß das Ganze krankhaft gewesen sei, vom Alkohol käme. Glaubt, daß sein jetziger Zustand der Anfang eines Deliriums wäre, wolle sich bemühen, das Trinken zu lassen.

25. XII. Gestern abend sehr aufgeregt. Glaubte sich im Film vorgeführt, wer das angeordnet hätte, er wolle das gerichtlich verfolgen. Der Text zu dem Film sei im ganzen Saal und auf der Bettdecke aufgeschrieben. Hörte sich beim Namen gerufen. Fühlte sich von den Pflegerinnen „veräppelt“, in indirekter Form gekränkt, man hätte über ihn gelacht, sich hinter seinem Rücken über ihn lustig gemacht. Ist stark gereizt und uneinsichtig.

27. XII. Hörte sich gestern wieder beim Namen gerufen, glaubte jemand unter seinem Bett zu sehen, sehr aufgeregt. (Wie lange hier?) +; (Datum?) nennt das gestrige Datum. Ist schlechter Stimmung, ohne Appetit. Abends allerhand Parästhesien im linken Bein, ängstlich aufgeregt. Starker Tremor der Hände.

28. XII. Erzählt heute mit ängstlichem Gesichtsausdruck sehr lebhaft bei der Visite, er habe eben vor einer Viertelstunde ganz genau gehört, daß sein Neffe von Messerstechern überfallen sei. Er liege hier nebenan im Sterben, sei irrsinnig. Der Überfall sei 200—300 m von hier entfernt passiert. Der Neffe sei hier in die Klinik gebracht. Es sei bestimmt der Neffe, der Jurist. Bittet wiederholt den Arzt, er möge doch gleich mal nachsehen gehen, der arme Junge liege im Sterben. „Hören Sie nicht, jetzt hat er eben wieder gestöhnt.“ Es sei bestimmt wahr, durchaus keine Sinnestäuschung, hänge keineswegs mit der Krankheit zusammen.

Patient war des Nachts plötzlich aus dem Bett gesprungen, hatte einen Stuhl erhoben und gerufen: „Nehmen Sie den Mann da weg, oder ich schlage ihm den Schädel ein“. (Ob er sich darauf besinne.) Ja, an seinem Nachttisch habe ein Mann mit einem gezogenen Revolver gestanden, darauf könne er sich noch genau besinnen. Auf das Widerspruchsvolle der Erscheinung bei geschlossenen Türen aufmerksam gemacht, bleibt er doch dabei, behauptet, es sei ganz bestimmt so gewesen. Macht äußerlich einen erregten, verwirrten Eindruck, wird nach der unruhigen Abteilung verlegt.

Hier während des Nachmittags ruhiger. Zu den Vorgängen der letzten Nacht erzählt er noch folgendes: Er habe in der Nacht durch die offene Tür des Saales im Flur einen Mann mit auf ihm gerichteten Revolver gesehen, wäre darüber in Wut geraten, habe den Stuhl genommen und sei gegen den Mann losgegangen. Als er zur Tür kam, sei der Mann bereits verschwunden gewesen. Jetzt könne

er dies Geschehnis nicht beschwören, gesehen habe er es, habe auch jetzt noch den lebhaften Eindruck, daß es Wirklichkeit gewesen sei; andererseits könne er es sich auch gar nicht vorstellen, daß hier in der Klinik so etwas vorkommen könne. Er wisse einfach nicht, was er davon halten solle.

29. XII. Dem Pat. werden Grüße von seinem in K. wohnender Schwager ausgerichtet und ihm mitgeteilt, daß er ihn in den nächsten Tagen besuchen wolle. Patient gerät darüber anscheinend außer Fassung; könne sich gar nicht denken, daß sein Schwager ihn besuchen wolle, fragt mehrmals, ob es auch wahr sei. Steht dann plötzlich aus dem Bett auf, geht einige Schritte im Zimmer, geht dann wieder hastig in das Bett zurück, als besinne er sich plötzlich, daß er außer Bett sei. Springt im Bett noch einige Male auf, steht noch mehrmals in derselben Weise auf. Gibt hinterher an, er fühle eine große Unruhe in sich, er sei gar nicht absichtlich aufgestanden, wisse auch nicht warum.

31. XII. Patient ist bei der Exploration sehr wortkarg und ablehnend. Erklärt sein Verbleiben in der Klinik sei nicht nötig; seine Nerven seien wohl etwas angegriffen, aber sonst fühle er sich ganz wohl. Gibt an, tags, auch nachts öfter Stimmen zu hören; immer höre er Verwandte um Hilfe rufen. Auf Befragen, das Gehörte sei durchaus möglich. Er habe bei seiner Einlieferung schon den Eindruck gehabt, als ob er hier gemordet werde. Am ersten Abend, als er die Hilferufe seines Neffen hörte, habe er ja einsehen müssen, daß er sich getäuscht hatte, denn sein Neffe besuchte ihn am nächsten Tage. Aber jetzt höre er jeden Tag und jede Nacht Hilferufe seiner Schwägerin und Nichte, da könne er sich nicht täuschen. Auf Einwendungen meint er, sie könnten ja auch den Zaun überstiegen haben; wahrscheinlich hat sich seine Schwägerin so in die Nähe der Klinik gestellt, um ihn daraus zu befreien, denn er sei gänzlich gegen seinen Willen hier. Man habe ihm damals gesagt, man fahre zum Pferdemarkt, und ihm sei auch dieses Haus so anders vorgekommen. Seine Brüder hätten es sicherlich gut mit ihm gemeint, doch diesmal wäre ihre Güte etwas stark gewesen. Einen Mord hier in oder neben der Klinik halte er durchaus für möglich. Er glaube sicher, daß die Klinik ihren Zweck für einige Zeit geändert habe. Das sei auch viel eher möglich, als daß sein Geisteszustand verändert sei, abgesehen von etwas Nervosität.

3. I. 24. Im Verhalten unverändert. Meist ruhig, wenig Interesse für die Umgebung. Meint, diese Gegend sei doch so belebt, daß es durchaus möglich sei, von draußen Stimmen zu hören. Gestern habe seine Schwester zu ihm gesprochen, daß sie vom 1. Januar ab in Allenberg sei, und es ihr dort sehr schlecht gehe.

6. I. 24. Patient hört fortgesetzt Stimmen, geht an das Fenster, bittet, man solle das Fenster aufmachen, er werde von draußen dringend um Hilfe gebeten. Er wundert sich, daß die anderen nichts hören. Es handelt sich immer um nächste Verwandte, die da draußen umgebracht würden. Angst habe er gerade nicht, es sei ihm nur so schrecklich, anhören zu müssen, wie Angehörige draußen gemordet würden, und er könne nicht helfen.

7. I. Patient fühlt sich wohler, habe nachts gut geschlafen, morgens guten Appetit gehabt, keine Stimmen gehört. Bei der Visite gibt er hinterher an, er habe gehört, wie im Raum nebenan seine Schwester und sein Schwager umgebracht wurden. Die Wände müßten hier sehr dünn sein. Es wäre alles durchzuhören. Was gesprochen wurde, könne er nicht angeben. Patient ist mehrmals aufgestanden, hat sich im Zimmer wild umgesehen, hat unter das Bett gesehen, ist dann wieder schlafen gegangen.

8. I. Gibt heute früh an, alle seine Brüder seien tot. In seinem Zimmer habe er vor seinem Bett den Grafen von Brünneck gesehen, daneben 2 Gen-

darme, die dem Grafen die abgeschnittenen Köpfe präsentiert hätten. Die Leichen seiner Brüder liegen augenblicklich auf dem gegenüberliegenden Fenster. Sie hätten vorhin alle in einem Fenster gelegen, dann z. T. gegessen, das ändere sich dauernd. Ein Bruder sei dem Wahnsinn verfallen. Seine Schwestern befänden sich augenblicklich auf dem Hinterhofe und riefen dauernd um Hilfe, riefen immer, sie wären so unglücklich. (Ob er sehr erschüttert sei?) Ja, wenn man tagelang nur immer Weinen, Klagen und Todesrufe seiner nächsten Angehörigen höre, dann müsse man doch niedergedrückt sein. (Wie er sich die Vorgänge deute?) Die Angehörigen hätten wahrscheinlich irgendwo viel Geld vergraben, und nun wolle man sie aus dem Wege räumen, um sich in den Besitz des Geldes setzen. (Politische Morde?) Das sei ganz ausgeschlossen, es handelt sich um Raubmorde und Leichenschändung.

9 I. Patient hatte gestern Besuch von einem Bruder, einer Schwester und einer Schwägerin, alles Personen, die er in der letzten Nacht um Hilfe rufen gehört hatte bzw. als Leichen gesehen hatte. Er gibt an, daß er sich getäuscht habe, aber heute habe er gehört, daß eine andere Schwester ermordet wurde, und das stimme ohne Frage. Patient macht größtenteils einen stumpfen, ablehnenden Eindruck, spricht verschroben und unverständlich; korrigiert seine Wahnideen erst nach einigen Tagen, bleibt aber bei den letzten Wahnideen.

10. I. Patient fühlte sich tagsüber recht wohl, gab an, keine Stimmen mehr zu hören. Am Nachmittag versuchte er plötzlich, die Füllung einer Tür neben seinem Bett einzudrücken, wurde in ein anderes Zimmer verlegt. Konnte hinterher über die Gründe seines Tuns nichts angeben.

11. I. Patient gibt nachträglich an, er habe gestern die Möbel abbauen wollen, weil sie ihn gestört hätten.

12. I. Habe heute wieder Stimmen gehört, die um Hilfe riefen. Dieses Mal jedoch nicht von draußen, sondern von der Zimmerdecke.

18. I. Hat in den letzten Tagen Stimmen und Gestalten negiert. Schlägt heute, als er aus dem Baderaum kommt, eine Fensterscheibe ein, verletzt sich dabei ganz unbedeutend an der Hand. Der herbeigerufene Arzt findet ihn weinend, mit zitternden Gliedern im Bett liegen. Patient gibt nach Befragen mit zuckenden Lippen und mit kurzen, abgerissenen Worten an, daß er vor dem Fenster wieder etwas gesehen habe; habe herauswollen. Näheres möchte er noch nicht sagen, wäre zu aufgeregt. Habe wieder „allerhand ganz verworrenes Zeug“ gehört. Steht bisweilen auf, geht ans Fenster oder schaut unter sein Bett. Nach den Beweggründen befragt, sagt er, er möchte das heute nicht sagen.

19. I. Patient schlägt heute auf der unruhigen Abteilung, wohin er verlegt wurde, wieder eine Fensterscheibe ein. Gibt an, er habe wieder alles mögliche gehört, jetzt sei er doch bald verrückt; ist sonst sehr zurückhaltend in seinen Äußerungen. Der Patient ist etwas schwach; Patient bekommt dauernd Cadechol.

24. I. Patient ist wieder recht aufgeregt. Sieht und fühlt an seinem Körper überall Wanzen und Läuse. Geht aus dem Bett, versucht auf das Fensterbrett zu steigen.

26. I. Liegt nachmittags auf dem Bauch. Auf Befragen, warum, der ganze Rücken wäre aufgeschnitten. Spricht tagsüber vor sich hin, steigt hin und wieder aus dem Bett, murmelt Unverständliches, legt sich von selbst wieder hin. Wird gegen Abend unruhiger. Klagt über Brennen am ganzen Kiefer. Muß von der Wache zurückgehalten werden, da er versucht, das Fensterbrett zu ersteigen. Vermutet draußen seine Angehörigen.

28. I. In der Nacht wieder unruhig, äußert zur Wache: „Schließen Sie die Türen und Fenster recht gut, ich habe zweimal meinen Namen rufen hören, es

ist ein Überfall geplant“. Tut geheimnisvoll dabei, spricht mit leiser Stimme. Schläft bald ein.

2. II. Wieder ruhiger, auch nachts. Bleibt im Bett liegen, spricht hin und wieder vor sich hin, wenn er aufwacht, schläft aber bald wieder ein. Äußert am Tage, ihm krabbeln lauter Wanzen am linken Ohr und kleine Vögel am Körper.

3. II. In der vergangenen Nacht schrie Patient plötzlich auf: „Hilfe, Überfall!“ Griff unter das Bett, machte Miene, seinem Nachbar den Nachttisch an den Kopf zu werfen, da er ihn für einen Wachtmeister hielt, der in seinem Bett herumkramte.

5. II. Nach einer ruhig verlaufenen Nacht in vergangener Nacht wieder unruhig. Sprach schon am Abend viel vor sich hin, gab Antwort auf vermeintliche Fragen. Warf nachts die Kissen gegen das Fenster, befahl der Wache, die Tür fest zu schließen, sofort würden Schüsse zu vernehmen sein. Deutete auf den leeren Waschtisch, sagte: „Nehmen sie die Seife und das Zahnpulver fort.“ Beruhigte sich erst nach einer Weile, schlief in den Morgenstunden. — Liepman negativ.

7. II. Unterhält sich nach seiner eigenen Äußerung mit „seinem besseren Ich“. Objektiv viel ruhiger, spricht zuweilen vor sich hin. Abends und nachts ruhig.

12. II. Gibt in witzelnder Weise an, er habe das Gefühl, als ob lauter Flöhe am Arm säßen, die dort herumspringen. (Viele?) Gibt mit lachendem Gesicht zur Antwort, er hätte sie nicht nummeriert. Es seien jedenfalls aber massig Flöhe. Kratzt sich ständig am Arm.

13. II. Habe heute alle weggetragen, es sei kein Spaß. Weist auf den Fußboden, als ob sie dort liegen; man solle sie doch aufheben. Habe auch „Wänzchen“ kriechen sehen. Verlangt eine Schachtel, um die Flöhe und „Wänzchen“ zu sammeln.

15. II. In der letzten Zeit tagsüber unauffällig, außer in der beschriebenen Weise. Nachts dagegen immer mehr oder weniger unruhig. Geht aus dem Bett, wirft die Betten durcheinander oder auf den Fußboden, äußert auch hin und wieder, wie in der vergangenen Nacht, es seien Läuse, Flöhe und Wanzen darin, zieht sich dabei das Hemd aus, wirft es fort. Oder steigt stumm aus dem Bett, nimmt die Bettdecke um, geht auf den Korridor, kehrt von selbst um, legt sich wieder schlafen, ohne dabei ein Wort zu sprechen. Oder springt aus dem Bett, nimmt dabei eine militärische Haltung an; schläft sehr wenig.

16. II. Immer noch nachts unruhig, auch am Tage. Spricht meist in leisen nicht verständlichen Ausdrücken vor sich hin. Wirft auch bei Tage Kopfkissen und Betten aus dem Bett, verweigert die Medizin. Heute während der Mittagsruhe sehr unruhig. Hört Stimmen, gibt Antwort. Meint, habe gehört, ein Bekannter sei gestorben. Sieht aus dem Fenster, glaubt seinen Bruder vorbeikommen zu sehen. Äußert beim Einnehmen der Medizin, die er heute nicht verweigert: „Ein gut Prünellchen.“

25. II. Unverändert. Leugnet eigenartig affektarm Stimmen und Gestalten. Gibt auf alles Antworten kurz und ablehnend: „Nein — ach wo, bin ja ganz ruhig“ usw.

5. III. Sein unruhiges Verhalten, Aufstehen, Reden, Stimmenhören sei alles nur Traum. Habe jetzt allerdings Stahlspäne in beiden Ohren, die man ihm mit der Hand hineingesteckt habe; wer, wisse er nicht. (Sonst etwas am Körper?) Ja, viele Brüche. Ein Diener hätte ihm Arm und Beine gebrochen dadurch, daß er ihn hingeworfen hätte. (Auf Äußern der Ärzte?) Nein. (Ob die Brüche schmerzten?) Ja, die Wirbelsäule. (Innere Organe in Ordnung?) Ja. (Ob er am Fenster jemand sehe?) Ja, die Polizei stände da zum Schutze für ihn, sage

„Guten Abend“. (Ort und Zeit?) Februar. (Sonst noch etwas am Körper?)  
Mittelohrentzündung. Bringt alles mit inadäquatem Affekt, äußerlich apathisch vor.

15. III. Erzählt von einem Tanzvergnügen, das er gestern nacht erlebt habe, hier im Saal. Bekannte und unbekannte Damen seien dabei gewesen, wer, wüßte er nicht mehr zu sagen.

26. III. Seit 2 Tagen freier. Keine Sinnestäuschungen mehr. Gibt gut Auskunft, lacht; äußert, er sei wohl krank gewesen, wisse nicht, was ihm gewesen sei. Macht einen geordneten Eindruck, steht auf. Keine Sinnestäuschungen seit einer Woche.

1. IV. Seit heute morgen wieder zahlreiche akustische Halluzinationen. (Glaubt sich ständig gerufen, beleidigt, seine Brüder wären draußen ermordet, man rufe ihn Feigling und ähnliches.

7. IV. In den letzten Tagen etwas ruhiger, schläft auch nachts besser. Steht ab und zu auf, weil er sich gerufen glaubt. Läßt sich leicht beruhigen. Mitunter folgsam und lenkbar wie ein Kind.

12. IV. Heute nacht wieder Gehörstäuschungen. War leicht zu Bett zu bringen. Suchte sein Bett nach Flöhen durch.

18. 4. (Karfreitag). Patient weiß nicht, was für ein Tag es ist. Jetzt sei März, noch einige Wochen bis Ostern, dann sei es Sommer. Habe nicht darüber nachgedacht. (Woran er denke?) Daß er seinen Beruf nicht wieder werde versehen können, mache ihn traurig.

10. IV. Ständig Rückfälle mit mehr oder weniger ausgesprochenen Wahnideen.

5. V. Stumpf, hypochondrische Ideen. Macht sich Sorge um seine Zukunft, bisweilen stilles Weinen, gedrückte Stimmung.

15. V. Steht nachts still auf, begibt sich zu Mitpatienten, schüttelt ihnen stumm die Hand. Legt sich wieder stumm zu Bett. Wiederholt das in letzter Zeit öfter.

25. V. Tagsüber affektlos, mit stumpfem Gesichtsausdruck. Spricht ab und zu vor sich hin; interesselos, ohne Initiative.

30. V. Verhält sich stets ablehnend. Völlig affektlos, teilnahmslos. Liegt stundenlang in gleicher Haltung zu Bett. Leicht gereizt. Befolgt nicht die Anforderungen der Pflegerinnen. Ist nicht zum Aufstehen zu bewegen. Muß mit Gewalt angezogen werden. Wird nach der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Allenberg überführt. (Im folgenden wird die dort weitergeführte Krankengeschichte angeführt.)

31. V. Liegt ruhig da, hört keine Stimmen. Verlangt seine Kleider, um abzufahren. Die Pfleger, die ihn gebracht hätten, sprächen nebenan und wollten ihn wieder mitnehmen.

3. VI. Verhält sich ruhig; starres ausdrucksloses Gesicht. Keine Eigenregung, ißt sehr wenig, hätte keinen Appetit.

5. VI. Bei der Exploration leidlich orientiert. Völlig uneinsichtig. Negiert Stimmen. Drängt heraus. Spricht von Läusen, die über seine Hand laufen. Es könne aber auch eine Täuschung gewesen sein. Patient faßt nach seinem linken Arm. (Weshalb?) „Der ist gebrochen meiner Meinung nach, ja, im Schultergelenk ist auch der Zapfen abgebrochen. Ich weiß ja nicht, ob ich gezwungen bin, daß alles auszusagen; ich könnte jemand Schaden tun damit. Ich kann hier der Station nicht zur Last fallen.“ (Wie alt?) — (Wann geboren und wo?) — Dann plötzlich: „Jawohl, ja, nicht anzunehmen, mein Bruder ist kein Mörder, das glaube ich durchaus nicht.“ (Wer sagt das?) Das ist eben behauptet worden. (Von wem?) Von dem Herrn, der mir gegenüber sitzt. (Wer bin ich?) Sekretär. (Das stimmt nicht.) Bedauerlich, dann sind Sie was anderes. (Vater?) Gutsbesitzer, starb 1907 an Lungenentzündung; ich glaubte, Sie zu

hören, aber es war eine Halluzination. (Vater getrunken?) Ja natürlich, ich war nicht dabei; das genügt vorläufig . . . Ich verbitte mir den Ausspruch (Welchen?) Der eben gefallen ist. (Was war es?) „Das werden Sie ja selbst am besten wissen . . . ja . . . nein . . . ich weiß nichts . . . vom Ohr aus. „Etwas später. Wie bitte? . . . aber natürlich . . . na meinetwegen . . . das später.“ (Mit wem sprechen Sie?) „Mit Ihnen . . . glaube ich. — Ich bitte, die leise gesprochenen Sachen auch zu unterlassen, ich werde mich empfehlen.“ Wird bei der weiteren Untersuchung immer wieder abgelenkt, flüstert dann unverständlich vor sich hin, lächelt, macht dann wieder ein böses Gesicht. Gibt schwer Auskunft über seine Stimmen.

6. VI. Lehnt die körperliche Untersuchung ab, da er den Arzt für einen Laien ansieht.

16. VI. Ängstlich, mißtrauisch, widerstrebend.

23. VI. Im allgemeinen ruhig, spricht viel vor sich hin, blickt starr umher. ißt wenig. Versucht bei der Visite aus dem Saal zu entschlüpfen.

5. VII. Steht seit einigen Tagen nach der Morgenvisite auf. Muß immer zum Anziehen gedrängt werden. Legt sich nach dem Mittagessen bald wieder hin. Weigert sich bisweilen überhaupt, aufzustehen. Ruhig, stumpf, wenig zugänglich, widerstrebt allem.

25. VII. Ganz unverändert.

13. VIII. In der letzten Zeit etwas freier, spielt Karten und unterhält sich etwas mit den Mitpatienten. Weigert sich in den Garten zu gehen. Wenig zugänglich.

### C. Übersicht und Differentialdiagnose.

Beide Fälle zeigen bei der körperlichen Untersuchung die Zeichen des chronischen Alkoholismus. In der Anamnese hören wir von jahrelangem stärkeren Alkoholabusus, hauptsächlich in Form von Schnaps. Dem Beginn der Erkrankung geht in beiden Fällen ein besonders starker Exzeß voraus,

Bei der Aufnahme erscheinen die Patienten dem ersten Eindruck nach leidlich geordnet. Sie sind über ihre Person, sowie im Raum und Zeit ungefähr orientiert. Aber schon die etwas eingehendere Exploration zeigt die zahlreichen Sinnestäuschungen, die das Bewußtsein trüben.

Beherrscht wird das Krankheitsbild vor allem durch die Gehörhalluzinationen. Patient Ph. empfindet sie als Telephonieren. Auf diesem Wege erfährt er die unheimlichen Nachrichten von dem plötzlichen, gewaltsamen Tode seiner Mutter und Schwester. Durch das Telephonieren wird er auch beschimpft; Spitzbub, Vagabund, Mörder, Fliegenfänger wird ihm so zugerufen. Zeitweise ist es nur ein Summen und unverständliches Gemurmel.

Patient Ach. hört die Stimmen unmittelbar, z. T. so deutlich, daß er sich wundert, wenn andere nichts hören: „Hören Sie nicht, wie er gestöhnt hat?“ Der Inhalt der Stimmen besteht auch in grausigen Nachrichten über Überfälle und Mordanschläge auf seine nächsten Angehörigen.

Während wir beim Fall Ph. keine deutlichen Gesichtshalluzinationen fanden, zeigt der 2. Fall eine ganze Menge, von den einfachen Erscheinungen seiner Verwandten bis zu den grausigen von

ihm ganz anschaulich geschilderten Szenen mit den abgehauenen, blutigen Köpfen und Leichen seiner Brüder. Interessant sind auch seine Angaben über seine vermeintliche Vorführung im Film, wobei der Text auf die Betten und Wände geschrieben ist.

Gefühlshalluzinationen, körperliche Sensationen, sowie hypochondrische Klagen finden wir bei beiden Patienten. Der ganze innere Körper ist krank, wird dauernd elektrisiert; Krankheiten werden übertragen. Der Magen wird beschwert, die Nieren gehen auf und ab, die Nerven werden in Bewegung gesetzt. Arme und Beine sind gebrochen; im Ohr sind Stahlspäne.

Fall II zeigt daneben die typischen alkoholischen Parästhesien. Läuse, Flöhe „Wänzchen“ und kleine Vögel springen, kriechen und laufen über den Körper. Geschmacks- und Geruchstäuschungen zeigen sich nicht.

Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen der verschiedensten Art kann man bei beiden Patienten feststellen. Die plötzlichen kurzen triebhaften Erregungszustände des Patienten Ach. erklären sich wohl ausschließlich als Reaktionen auf die Halluzinationen. Wenn er die Fensterscheibe einschlägt, auf das Fensterbrett steigt, mit den Kissen nach dem Fenster wirft, in seinen Betten herumkramt, so ist das alles unschwer zu motivieren. Ebenso seine gelegentlichen Angriffe auf Personen, die er erkennt.

Das Besondere an den beiden vorliegenden Fällen ist unzweifelhaft der chronische Verlauf. Daneben ist vor allem aber das affektive Verhalten der Patienten bemerkenswert, Patient Ph. machte im allgemeinen in seinem Wesen einen stumpfen Eindruck. Er kümmert sich eigentlich wenig um den Inhalt seiner Halluzinationen. Meist liegt er stumpf und bewegungslos zu Bett. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich gespannt. Bis zum Schluß der Beobachtung ist er immer etwas affektarm, nimmt von seiner Umgebung wenig Notiz; ist schwer zu beeinflussen.

Das Gefühlsleben des Patienten Ach. zeigt sich ähnlich verändert. Namentlich bei der Schilderung seiner grausigen Visionen der blutigen Köpfe und Leichen seiner Brüder fällt sein ganz inadäquater Affekt dabei auf. Er ist im übrigen immer viel für sich, unterhält sich wenig; zeigt wenig Interesse für seine Umgebung. Während er anfangs einen mehr ratlosen erstarrten Eindruck macht, wird er später zunehmend autistisch, zuletzt fast stumpf. Der Bericht über sein weiteres Verhalten in der Heil- und Pflegeanstalt bestätigt auch diese Beobachtung.

Nun zum eigentlichen Verlauf der Krankheit, deren genauer Beginn in beiden Fällen schwer festzustellen ist. Bei beiden hören wir in der Anamnese und auch von den Patienten selbst von Zuständen gestörter Geistestätigkeit aus der Zeit vor ihrer Einlieferung

in die Klinik. Patient Ph. schreibt, daß er schon zwei Jahre lang hypnotisiert werde. Er und seine Schwester berichten übereinstimmend, daß er vor einem Jahr eine Zeitlang Verfolgungswahn gehabt habe. Überhaupt habe er in den letzten Jahren immer einen „unruhigen Rausch“ gehabt. Er habe dann „furchtbar phantasiert“.

Patient Ach. hatte vor zwei Jahren anläßlich einer Lungenentzündung wahrscheinlich ein akutes Delirium tremens. 14 Tage vor seiner Einlieferung in die Klinik bemerken die Verwandten bei ihm „einen leichten Anfall“. Er hört, daß sein Neffe ermordet sei, fühlt sich selbst verfolgt, sieht Stahlhelmlaute usw. Solche Zustände kommen nach seiner Angabe bei ihm öfter nach starkem Alkoholgenuß vor. Man kann wohl annehmen, daß die Krankheit in beiden Fällen nicht in der Zeit kurz vor Einlieferung in die Klinik entstanden ist; man muß den eigentlichen Beginn bedeutend früher setzen und auch z. T. die vorhergehenden Zustände dazu rechnen. Von dem weiteren Verlauf kann man im allgemeinen sagen, daß die geschilderten Affektstörungen sich immer mehr bemerkbar machen, während die Halluzinationen an Zahl abnehmen. Ob die Affektstörungen wirklich stärker werden oder sie anfangs sozusagen unter dem Einfluß der zahlreichen Halluzinationen sich nur nicht so deutlich zeigen und später, weil die Sinnestäuschungen nachlassen, deutlicher werden, läßt sich nicht ohne weiteres entscheiden. Hinsichtlich der Frage nach der bisherigen Dauer der Krankheit können wir in beiden Fällen nur die Dauer ihrer klinischen Beobachtung und Behandlung als positiv feststehende Daten anführen (bei Pat. Ph. = drei Monate, bei Pat. Ach. = 8 Monate).

Wir kommen jetzt zur eigentlichen Diagnose der Fälle. Wenn wir dabei der von *Chotzen* gegebenen Definition folgen, werden wir beide Fälle in Hinsicht auf die alkoholische Ätiologie und das ganze klinische Bild als chronische komplizierte Alkoholhalluzinosen auffassen. Die reinen chronischen Alkoholhalluzinosen sind nach *Chotzens* strenger Definition so selten, daß man an ihrem Vorkommen zweifeln kann. Sie kommen für unsere Fälle nicht in Frage, da wir hier außer den Gehörs- und Gesichtshalluzinationen auch eine Menge anderer Sinnestäuschungen haben. Wenn wir uns auf den Standpunkt *Chotzens* stellen, haben wir ihn vor allem gegen die in der Einleitung angeführte Auffassung *Bleulers* zu begründen, der solche Fälle zur Schizophrenie zählt und in ihnen eine Verbindung einer früher latent gewesenen, jetzt manifest gewordenen Schizophrenie mit chronischem Alkoholismus sieht.

Diese Auffassung hat sicher etwas Bestechendes an sich insofern, als dadurch z. T. auch gleichzeitig die Begründung dafür gegeben wäre, warum der ganze Krankheitsprozeß eine solche Fär-

bung und Entwicklung hat. Aber andererseits spricht auch zuviel dagegen. Abgesehen davon, daß der Begriff der latenten Schizophrenie doch etwas Problematisches an sich hat, läßt sich hier schwerlich der Beweis für das Vorliegen einer ausgesprochenen Schizophrenie führen. Es sind gewiß während des ganzen Krankheitsverlaufs schizoide Züge zu konstatieren. Aber daraus allein das Vorliegen einer Schizophrenie herzuleiten, dürfte doch zu gewagt sein. Man müßte dann eine tiefgreifende Veränderung der ganzen Persönlichkeit des Patienten gegen früher nachweisen. Leider konnten wir in unsern Fällen keine genaueren Angaben hierüber erhalten. Aber auch wenn wir solche Angaben hätten, könnte man aus ihnen nicht solche, doch ziemlich weittragende Schlüsse ziehen, weil solche Beobachtungen immer zu sehr von der subjektiven Einstellung des betreffenden Beobachters abhängig wären. Man müßte eben selbst die Patienten sowohl vorher wie nachher gekannt und genau beobachtet haben, um eine zeitlich mit der Halluzinose zusammenfallende Veränderung des Charakters des Patienten feststellen zu können. Die endgültige Entscheidung in dieser Frage würde natürlich immer von der genauen Kenntnis der psychopathologischen Genese der Psychosen abhängig sein. Solange die fehlt, wird man sich damit begnügen müssen, Fälle, wie die oben beschriebenen, nach ihren hervorstechendsten Symptomen, und das sind nun einmal hier die im Gefolge des starken, jahrelangen Alkoholabususes auftretenden Halluzinationen zu bezeichnen.

#### Benutzte Literatur.

- <sup>1)</sup> *Binswanger u. Siemerling*: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Aufl. 1920. — <sup>2)</sup> *Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. — <sup>3)</sup> *Bonhoeffer*: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. G. Fischer, Jena 1901. — <sup>4)</sup> *Chotzen*: Komplizierte akute und chronische Alkohol-Halluzinose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. 66. — <sup>5)</sup> *Chotzen*: Über atypische Alkohol-Pychosen. Arch. f. Psychiatrie u. Neurol. 41. — <sup>6)</sup> *Frowein*: Zur Lehre von der Halluzinose der Trinker. I.-D. Kiel 1914. — <sup>7)</sup> *Goldstein*: Ein Beitrag zur Lehre von den Alkohol-Pychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. 64. — <sup>8)</sup> *Klieneberger*: Über protrahierte Alkohol-Halluzinosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. 51. — <sup>9)</sup> *Kohlmann*: Die akute Halluzinose der Trinker. I.-D. Kiel 1913. — <sup>10)</sup> *Kraepelin*: Lehrbuch der Psychiatrie, 8. Aufl. — <sup>11)</sup> *Luther*: Zur Kasuistik der Geistesstörungen auf dem Boden des chron. Alkoholismus. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psych.-gerichtl. Med. 59. — <sup>12)</sup> *Meyer, E.*: Über akute und chronische Alkohol-Pychosen. Arch. f. Psych. u. Neurol. 38. — <sup>13)</sup> *Meyer, E.*: Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. 2. Heft: Psychiatrie. Leipzig 1923. — <sup>14)</sup> Neurologisches Zentralblatt 1900, Referat S. 360/61. — <sup>15)</sup> *Raecke*: Zur Abgrenzung der chronischen Alkohol-Paranoia. Arch. f. Psychiatrie. 39. — <sup>16)</sup> *Schroeder*: Über chronische Alkohol-Halluzinosen. Halle 1905. — <sup>17)</sup> *Schroeder*: Intoxikationspsychosen. — <sup>18)</sup> *Specht*: Beiträge zur Lehre von der akuten Halluzinose der Trinker. I.-D. Keil 1917. — <sup>19)</sup> *Wernicke*: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900.