

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik München [Direktor: Geheimrat
Professor Dr. Bumke].)

Zur Frage der verworrenen Manie.

Von

A. Bostroem,

Oberarzt der Klinik.

(Eingegangen am 24. Januar 1926.)

Im allgemeinen bezeichnet man mit *Wernicke* als verworrene Manie ein Krankheitsbild, das in vieler Hinsicht als eine Steigerung manischer Vorgänge imponiert; vor allem kommt es dabei durch Zunahme der Ideenflucht zu sprachlichen Äußerungen verworrenen Inhalts; Anfang und Ende der Erkrankung unterscheiden sich nicht von der Manie. Dagegen verliert die Psychose in der, zeitlich oft weit überwiegenden und symptomatologisch besonders eindrucksvollen Phase der Krankheitshöhe gewisse typische Züge der Manie und erhält dafür allerhand fremdartige Beimengungen.

Die Diagnose ist dann nicht schwer, wenn wir vor unseren Augen unter zunehmender Steigerung aller Symptome das Bild der verworrenen Manie sich aus dem gewöhnlichen manischen Zustand heraus entwickeln sehen.

Nun gibt es aber auch Fälle, die trotz äußerer Ähnlichkeit sich von den eben erwähnten in bezug auf Entstehung und Symptomgestaltung wesentlich unterscheiden. Sie entwickeln sich nicht aus einer typischen Manie, sondern sie beginnen schon mit einer Bewußtseinstrübung, mit einer Verwirrtheit, die von vornherein ganz den Eindruck des Organischen machen kann. Man wird unter diesen Umständen eine exogene Noxe als Ursache für die Psychose vermuten; ist eine solche zu finden, so wird man das Bild zunächst unbedenklich als symptomatische Psychose ansprechen. Aber bei genauerer Beobachtung des weiteren Verlaufs stellt sich heraus, daß diese vermeintlichen symptomatischen Psychosen in ihren wesentlichsten Bestandteilen zum manisch-depressiven Irresein gehören.

Es handelt sich immer um diagnostisch schwer deutbare Fälle, deren klinischer Aufbau sich trotz symptomatologischer Ähnlichkeit von dem der verworrenen Manie im Sinne von *Wernicke* nicht unwesentlich unterscheidet, wie an folgenden Darstellungen gezeigt werden soll. Ich

beginne mit der Beschreibung eines Patienten, der mir besonders charakteristisch zu sein scheint.

Beobachtung 1: Der Bierfahrer Heck, 55 Jahre alt, war von jeher ein vernünftiger, allseits beliebter Mann, der seinen Beruf gut ausfüllte und von seinen Vorgesetzten geschätzt wurde; auch er selbst war von seinen Leistungen und von seiner Popularität durchaus überzeugt. Dem Alkohol hat er immer reichlich zugesprochen; namentlich früher hat er größere Mengen Bier (6 Maß tägl. u. mehr) getrunken und in den letzten Jahren scheint er auch gelegentlich Schnaps zu sich genommen zu haben. Von früheren Erkrankungen, insbesondere Geisteskrankheiten ist nichts bekannt.

Im August 1924 wurde er von seinem Pferd in die rechte Hand gebissen. Dabei kam es zu einer Splitterfraktur der Ulna, die zuerst von einem praktischen Arzt behandelt wurde. Nach Abheilung der Wunden blieb noch eine mäßig sezernierende Fistel. Bei der Durchleuchtung fand man mehrere Knochensplitter, zu deren Entfernung der Kranke am 7. X. 1924 in die Chirurgische Klinik eingewiesen wurde. Hier extrahierte man am 17. X. 1924 im Ätherrausch einige Knochensplitter. Die Wunde zeigte zunächst gute Heilungstendenz, und der Patient konnte am 27. X. 1924 entlassen werden. Etwa 14 Tage darauf stellte sich Schüttelfrost ein, die Temperatur stieg auf 39,6. H. kam erneut in die Chirurgische Klinik, wo man ein Erysipel in der Umgebung der Wunde und ein Empyem des Carpometacarpalgelenks feststellte. Das Gelenk wurde breit eröffnet und drainiert. Die Temperaturerhöhungen blieben noch weiter bestehen. Anfang Dezember bildete sich in der linken Lendengegend noch eine fluktuierende Schwellung; nach Incision und Entleerung eines dickflüssigen Eiters wurde das allgemeine Befinden besser, die Temperatur blieb jedoch noch etwas erhöht. Am 12. XII. machten sich plötzlich psychische Störungen bemerkbar, er soll halluziniert haben, und so kam er am 14. XII. 1924 in die Psychiatrische und Nervenklinik. Bei der Aufnahme hier hatte er zunächst kein Fieber, jedoch am zweiten Tag stieg die Körperwärme auf 38,9, um am nächsten Tage jäh wieder abzufallen. Psychisch bot er damals das Bild einer leicht inkohärenten Verwirrtheit, er war dabei durch wiederholte Aufforderung zu fixieren und zeigte sich über Ort, Zeit sowie die Ereignisse der jüngsten Vergangenheit einigermaßen orientiert. Seine Stimmung war deutlich euphorisch, namentlich dann, wenn man sich mit ihm beschäftigte. Sich selbst überlassen sank er leicht in eine gewisse Schläfrigkeit, machte dabei einen verdrossenen Eindruck. Körperlich war er schlaff und zeigte schlechten Allgemeinturgor. Wenn man sich in den nächsten Tagen mit ihm in Beziehung zu setzen versuchte, so ging er zunächst auf die Fragen bereitwilligst ein, ließ man ihn reden, so schweifte er rasch ab, sprach unverständliches, faseliges Zeug. Stenogramm: (Wie geht es Ihnen denn!) Heute ist schon genug geschehen, ich meine mit der Verführung. Was also mein eigenes Fleisch und Blut ganz allein. Ich bin ja gut erzogen. Sie wissen, also die ganze Bescherung vom ersten Moment bis zur Bescherung. Sie wissen meine letzte Ruhestätte, Heimat brauche ich keine, weil im Winter das Wasser gerade so kalt ist, also nun was, aber natürlich, woas net, was i sagen muß. Sage Ihnen schon oder sag dir's schon, mir ist jetzt alles gleich. Na wenn ich das gewußt hätte, die Butter, daß auch ich nix schaffen kann, weil der Horcher an der Wand, der hört seine eigene Schand. Ich war mit 2¹/₂ Jahren, 3 Jahre habe ich gelernt, und das muß auf Wahrheit beruhen, sagt sie. Wohl aufgemerkt, nur meine Mutter . . . na das Ding ist gut in Trautmannshofen östlicher Seit gegen Westen, ja Hochstraße und du wirst die Genossinnen, wissens ja, net? Aber weils schon gesagt haben, gestern, und das ist bloß Versuchskaninchen; jetzt muß ich erst den Hergang der Sache erzählen. Wissen ist ja alles, weil der Mensch, der wo keinen Verstand hat und keinen Glauben. Die Sache ist erledigt. Jetzt erzähle ich Ihnen

weiter, ja da können sich die Leute ein Beispiel nehmen. Wie oft bin ich untersucht, habe ich im Untersuchungs, und nach Untersuchung verlangt alles, kein Mensch. Ich war noch im elterlichen Haus, so gut war ich erzogen, da reden wir gar nicht. Die Sache ist erledigt, wenn ich weiter erzählen muß, ich muß schön bitten, ich bin ja bloß ein Erdenstaub aber mit gesundem Verstand. Außerdem wenn ich hier und da einen Rausch gehabt habe. Sie haben mich doch ersucht, ich soll Ihnen die Sache sagen, wie ich mich schreibe und alles.

(Wo hier?) Donnerstag! Jetzt sind Sie doch der Oberstallmeister, der Attenberger?

(In welcher Stadt?) Ja in welcher Stadt, wenn man sie doch herauskommen läßt, dann werden sie doch wissen, wo ich bin.

(Wo denn!) Also ich bin in München.

(In welcher Klinik!) Ich sehe, ich war zuerst da, wo ich hingehört hätte, da bin ich net hingekommen, da haben wir doch eine Fisiatrische jetzt. Man wird ja richtig gut belehrt, ich bin gar niemand, und das hier ist ein Steinhäufen.

(Monat?) Heute haben wir Dezember.

(Wochentag?) Heute ist Montag (+). Ich bin bei vollem Bewußtsein, bloß ein Glas Bier möchte ich noch.

Motorisch war er recht unruhig, subdelirant, suchte an der Decke herum, ging gelegentlich aus dem Bett, ließ sich aber immer wieder zurückbringen und blieb dann, wohl wegen seiner körperlichen Schwäche, auch meist eine Zeitlang liegen. Öfters hatte er akustische Halluzinationen, äußerte gelegentlich Wahnideen perssekutorischen Charakters; gelegentlich hatte der Zustand vorübergehend eine gewisse Ähnlichkeit mit einem Delirium tremens; der Kranke zeigte sich ausgesprochen ängstlich, hatte Furcht, er werde bestraft, geköpft, er komme vor Gericht, verfiel dann gelegentlich in Weinen, war aber rasch wieder durch aufmunternde Worte aus seiner trüben Stimmung herauszureißen und konnte dann lustig, ja launig werden. Dazwischen hatte er Zeiten, wo er halb benommen im Bett lag, sehr über Schmerzen in seiner Hand klagte. Auch diese Schmerzen wurden zum Teil wahnhaft verarbeitet. Aber alle seine Wahnideen waren flüchtig, unbestimmt, wechselnd, meist ängstlichen Charakters.

Gelegentlich kam es wieder zu leichten Temperatursteigerungen auf 37,2, 37,8 auch 37,9. Auf körperlichem Gebiet war außer der Handverletzung nichts Besonderes zu finden. Oft schien er etwas schweratmig, was wohl auf ein leichtes Emphysem zurückzuführen ist. Neurologisch keine Abweichungen von der Norm.

Angesichts der dauernd vorhandenen leichten Bewußtseinstörung, seiner meist inkohärenten Äußerungen und wegen seines deliranten Zustandes wurde an eine symptomatische Psychose gedacht. Als Grundkrankheit kam bei ihm die Wundinfektion in Frage. Gelegentlich dachte man auch an eine akute Lungenaffektion, die aber wohl bloß durch das Emphysem vorgetäuscht war. Dieser schwerbeimliche, ratlose, subdelirante Gesamteindruck hielt jedoch für eine symptomatische Psychose auffallend lange an, auch noch weit über die Dauer der Wundinfektion hinaus und ohne, daß eine Abhängigkeit von dieser Grundkrankheit in bezug auf den Verlauf bemerkbar gewesen wäre. Zeitweise überwogen in seinem Zustand paranoide Dinge, die unterstützt wurden von Mißdeutungen und Verkennungen. So glaubte er gelegentlich in einem Mitpatienten seinen Sohn zu erblicken, der ihm übelwolle; dieser habe hier einen anderen Namen angenommen. Einen anderen Mitpatienten bezeichnete er als den Vorstand M. Weiter meinte er, harmlose Äußerungen von den anderen Patienten, Pflegern und Schwestern gelten ihm, man habe über ihn geredet; eine Gerichtsverhandlung stehe ihm bevor, er werde verleumdet, unwahre Behauptungen werden über ihn verbreitet, mit Absicht werde er von den Pflegern schlecht behandelt. Er gerät dabei nicht selten in einen Zustand von verzweifelter Weinen, klammert sich an den Arzt und bittet

um Hilfe. Ein andermal wieder wird er gereizt, schimpft. Bei längerer Unterredung läßt er sich fast immer in eine freundlichere Stimmung hineinziehen, ist dann sehr zugänglich. In all diesen Zeiten hat er wenigstens, wenn es gelang, ihn zu fixieren, sich über Ort, meist auch über Zeit orientiert erwiesen. Auch grobe Störungen der Merkfähigkeit waren nicht vorhanden. Insbesondere war er immer in der Lage, über seine Vergangenheit, seine Verletzung, seinen Aufenthalt in der Chirurgischen Klinik und über seine Operation Auskunft zu geben. Nur über die ersten Tage seiner Anwesenheit hier ist er sich jetzt nicht mehr ganz im klaren.

Mehr und mehr machte sich nun bei ihm die Schwierigkeit geltend, ihn bei der Stange zu halten. Er schweifte immer leichter ab, und schließlich waren seine Antworten und sein spontanes Sprechen ausgesprochen ideenflüchtig, man konnte jetzt deutlich verfolgen, wie seine Gedankengänge absprangen, und wodurch er im einzelnen abgelenkt wurde. Oft redet er ununterbrochen vor sich hin, auch wenn niemand sich mit ihm beschäftigt. Zeitweise hatte er gar einen deutlichen Rededrang, war ausgesprochen heiter-euphorisch, selbstbewußt, dabei gutmütig, weich und oft von einer jovial heiteren Laune, die an die gute Stimmung bei chronischen Alkoholisten erinnerte. Die paranoiden Ideen waren jetzt sehr flüchtig. Ob Sinnestäuschungen bestanden, ist nicht mit Sicherheit festzustellen, weil er schwer zu fixieren ist und ideenflüchtig von allem Möglichen erzählt. Er ist immer sehr zugänglich, ansprechbar, mitteilungsbedürftig, dabei meist affektlabil, schwankt zwischen vergnügt behaglicher Stimmung, ängstlichem Weinen und mißtrauischer Gereiztheit. In den Tagen, in denen er freier ist, überwiegt die heitere Stimmungslage. Seine Hand, die inzwischen mit starkem Bewegungsdefekt und nicht unerheblicher Verkrüppelung geheilt ist, macht ihm keine Sorge.

Gelegentlich entschuldigt er sich beim Arzt, falls er ihn beleidigt habe, er sei gar nicht so böse, alle Leute hätten ihn immer gern gehabt, besuchten ihn jetzt in seiner Krankheit viel. Er weiß, daß er krank war, insbesondere meint er, daß er zuerst hier gesponnen habe, aber jetzt sei er gesund.

Im weiteren Verlauf stehen dann wieder paranoide Züge im Vordergrund, fragt, wann ihm denn nun endlich der Prozeß gemacht würde, er könne schon die Wahrheit an den Tag bringen, wenn er auch vielleicht manches im Leben getan habe, was nicht richtig war, mit Blut habe er sich nicht befleckt; will nachmittags nicht mehr auf die ruhige Abteilung. Dort schimpften die Patienten noch mehr auf ihn. — Wie eine nähere Exploration ergibt, handelt es sich bei ihm wohl um illusionäre Verkennungen und Umdeutungen sowohl auf akustischem wie visuellem Gebiet. Er äußert dann u. a., er sähe auch, wie manche Patienten lauschten, es müsse wohl ein „Sprechapparat“ im Saal sein, von dem aus die Patienten diese Dinge über ihn hörten.

Noch im April 1925, also vier Monate nach seiner Aufnahme, war die Stimmungslage ständig wechselnd, entweder jovial, heiter oder ängstlich, gequält durch Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen. Poltert manchmal los, es sei ihm jetzt wirklich zu dumm mit den Redereien, äußert spielerische Suicidideen, am liebsten nähme er 26 Rasiermesser und schnitte sich 30mal die Gurgel durch. Geht nachmittags wieder auf die ruhige Abteilung und in den Garten, zieht sich aber von den anderen Patienten zurück, steht meist mit gekreuzten Armen im Garten in einer Ecke und beobachtet die anderen Patienten. Wird in die Aufnahmeabteilung verlegt.

16. IV. 1925: Wechselnde Stimmungslage, doch ist der Kranke jetzt vorwiegend gedrückt. Hebt kaum den Kopf, wenn man ihn begrüßt, brummt vor sich hin, fängt an zu weinen. Rasch aber kann diese Stimmung umschlagen in eine heitere, joviale, schmunzelnde Stimmung. Besonders leicht ist dies hervorzurufen, wenn man in scherzhafter Art von seiner trinkfesten Art spricht, wenn man ihn fragt,

ob er nicht wieder einmal ein Helles haben möchte. Gelegentlich wehrt er auch dies in wehmütiger und halb verdrossener Art ab.

25. IV. 1925: Unverändert, doch hat er in der letzten Zeit wieder mehr paranoide Ideen geäußert. Man spricht wieder über ihn, wirft ihm allerlei vor hier im Saal. Immer sei man hinter ihm her. Das solle er nicht tun und das nicht. „Da tut mir doch gleich den Kopf herunter“. Weint.

Gibt sich wenig mit anderen ab, hält sich fast immer für sich. Von Zeit zu Zeit äußert er immer wieder den Wunsch hinauszugehen. Es werde sich schon jemand finden, der sich um ihn kümmere. Hier kümmere man sich doch auch um ihn.

5. V. 1925: Für sich. Sucht auch, wenn er außer Bett ist, keine Geselligkeit, liegt meist deutlich verstimmt mit einem morosen Ausdruck im Gesicht zu Bett. Gibt zunächst einsilbig Antwort, möchte wissen, wie lang er noch hier bleiben soll, was denn eigentlich mit ihm werde, will heraus, wieder arbeiten. Einen Posten als Portier in der Brauerei könne er übernehmen.

Meist aber wird Patient, sowie man sich länger mit ihm abgibt, etwas lebhafter, auch sichtlich heiterer mit einem gutmütig pfiifigen Einschlag. Im allgemeinen läßt er die Dinge gehen, wie sie sind, läßt sich treiben, läßt alles an sich herankommen. Paranoide Ideen sind jetzt auch auf Provokation hin nicht mehr aufgetreten. Patient hat es auch nicht gern, wenn man ihn an seine früheren paranoiden Ideen erinnert. Gegen Anordnungen der Schwester, kleine Zurechtweisungen usw. ist er sehr empfindlich und beschwert sich darüber gelegentlich sichtlich gereizt beim Arzt.

Pat. brummt alles langsam, stockend, monologartig vor sich hin. Er ist zeitlich orientiert, macht klare und treffende Bemerkungen.

Meist überwiegt jetzt aber die depressive Stimmungslage. Pat. wird schließlich in einem zwar nicht sehr tiefen, aber doch ausgeprägten Depressionszustand mit deutlicher Hemmung in die Anstalt verlegt.

Zusammenfassung.

55-jähriger Mann, Alkoholist, hypomanische Persönlichkeit. Während eines Wunderysipels verwirrt, inkohärent, Sinnestäuschungen; zunächst wurde eine symptomatische Psychose vermutet. Als aber mit dem Abklingen der Infektion die Psychose im wesentlichen unverändert weiterbestand, kamen Bedenken. Schon vorher war aufgefallen, daß im Anfang, vor allem auch auf der Höhe der Erkrankung, immer wieder heitere, schlagfertige Bemerkungen von dem sehr euphorischen Manne gehört wurden. Außerdem machten sich in seinen Äußerungen mehr und mehr ideenflüchtige Wendungen bemerkbar. Nach und nach hatte sich das Bild fast unmerklich in einen typisch manischen Zustand umgewandelt, während die Bewußtseinsstörung allmählich geschwunden war. Jedenfalls bot der Mann schließlich das Bild einer rein endogenen Psychose, bei der gelegentlich paranoische Züge zutage traten. Im Laufe der Zeit ging der Zustand in eine Depression, ebenfalls mit paranoischen Beimengungen, über; wenn man jetzt den Mann sieht, wird man nicht die geringsten Bedenken an dem Vorliegen einer endogenen Phase aus dem Bereich des manisch-depressiven Irreseins haben; und man kann sich nur schwer vorstellen, daß sich dieses Bild aus einer Psychose symptomatischen Charakters heraus entwickelt hat.

Über diesen Fall wäre nicht viel zu sagen, wenn es sich einfach um eine symptomatische Psychose handelte, bei der gewisse persönliche Züge des von jeher etwas hypomanischen Mannes sich pathoplastisch bemerkbar gemacht hätten. Diese Deutung ließ sich deshalb nicht aufrechterhalten, weil nach Abklingen der Fiebererscheinungen und nach Abheilen der Wunde die Psychose unverändert weiter bestand. Nun lag der Gedanke nahe, den Alkoholmißbrauch als *protrahierenden Faktor* einer symptomatischen Psychose in Betracht zu ziehen; auch vermutete man bei der auffallend langen Dauer der Erkrankung, daß es zur Ausbildung eines *Korsakowschen* Zustandes kommen werde. Aber auch dafür sprach zunächst nichts, denn die Merkfähigkeit war ganz leidlich, wenn es gelang, den Kranken zu fixieren.

Die manischen Züge waren schon früh aufgefallen; es war ihnen aber diagnostisch kein besonderer Wert beigelegt worden, vielmehr hatte man in ihnen nur eine zufällige, dem Temperament des Kranken entsprechende Färbung des Symptomenbildes gesehen. Als aber im Lauf der Zeit die Bewußtseinstrübung nachließ, und die euphorische Stimmung mit Ideenflucht mehr und mehr hervortrat, mußte man den Gedanken an eine einfache symptomatische Psychose fallen lassen, denn die Erkrankung hatte, ohne an Stärke nachzulassen, den symptomatischen Charakter durchaus verloren. Daher konnte man auch nicht von einer symptomatischen Psychose mit manischer Färbung reden, etwa entsprechend dem von *Bonhoeffer*¹⁾ beschriebenen Fall 11 S. C. Der Verlauf nötigte uns vielmehr dazu, das Manische oder, allgemeiner gesprochen, das Endogene im Zustandsbild für die nosologische Deutung höher zu bewerten als das Exogene. Aber auch die Annahme einer endogenen Phase, die durch die Infektion zufällig eine organische Färbung bekommen hatte²⁾, befriedigte deshalb nicht, weil damit die Tatsache der offensichtlich exogenen Auslösung nicht recht in Einklang gebracht werden konnte. Der Kranke hatte ja bis dahin noch nie manische oder depressive Phasen gehabt, und das erstmalige Auftreten einer Manie im Alter von fünfundfünfzig Jahren ist doch so selten, daß man kaum die hier vorhandene schwere Wundinfektion bei der Entstehung vernachlässigen darf; zum mindesten muß man diese exogene Noxe mit verantwortlich machen für die Auslösung der Psychose, und das um so mehr, als ja exogene Momente im Zustandsbild anfangs eine dominierende Rolle spielten. Man wird sogar bei der Sachlage als wahr-

¹⁾ Aschaffenburgs Handbuch Bd. 3, S. 25.

²⁾ Einen solchen Fall erwähnt z. B. *Bonhoeffer* (Aschaffenburgs Handbuch, Bd. 3, S. 78); es handelt sich um einen Herzkranken, der früher rein manische Attacken gehabt hatte. Mit Eintritt schwerer Dekompensationserscheinungen sah man bei einer erneuten Einlieferung eine leichte Benommenheit und zahlreiche Sinnestäuschungen, die die nur angedeuteten manischen Symptome unterdrückten und so die Ähnlichkeit mit den früheren Erkrankungen ganz verwischt hatten.

scheinlich annehmen dürfen, daß es ohne diese Infektion kaum zu einer Psychose gekommen wäre.

Meiner Meinung nach kann man die psychische Erkrankung auch nicht so deuten, daß es sich zunächst um eine symptomatische Psychose gehandelt, und daß sich *dann erst* die Manie daran angeschlossen hat. Das Krankheitsbild zeigt von vornherein schon so deutlich manische Züge, daß man diese Auffassung wohl nicht ernstlich in Erwägung ziehen wird.

Man kommt nach meinem Dafürhalten nicht um die Annahme herum, daß hier *zwei pathogenetische Faktoren* von annähernd gleicher Wertigkeit zusammengetroffen sind, von denen wahrscheinlich keiner einzeln genommen zum Zustandekommen dieser Erkrankung ausgereicht hätte. Die Wundinfektion hat dabei nicht nur die Mechanismen des exogenen Prädilektionstyps in Gang gesetzt, sondern auch die bis dahin latent gebliebenen manisch-depressiven Züge zu krankhafter Steigerung veranlaßt. Man wird sagen können, daß ohne die exogene Noxe oder Noxen voraussichtlich keine wesentlichen, jedenfalls keine krankhaften endogenen Schwankungen aufgetreten wären. Andererseits wäre es ohne die endogene Bereitschaft wahrscheinlich nicht zu mehr als zu einem flüchtigen Fieberdelir gekommen.

Beide Mechanismen bleiben ihrer Eigenart treu, d. h. die symptomatische Psychose ist abhängig von der Grundkrankheit, sie klingt mit Nachlassen der Infektion allmählich ab, während die endogene Psychose ebenfalls ihren eigenen Gesetzen folgt und unbeirrt von der körperlichen Erkrankung nicht nur andauert, sondern sich auch in ein depressives Zustandsbild umwandelt. Im Anfang mußten sich die Erscheinungen beider Krankheitsbilder auf das innigste durchflechten, und es erscheint nicht wunderbar, daß die exogenen Symptome, dank ihrer höheren Valenz, vorherrschten und den endogenen Faktoren nur eine pathoplastische Funktion zu gestatten schienen. Interessant war es, zu beobachten, daß diese endogenen Symptome, die anfänglich eine untergeordnete Rolle spielten, sich im weiteren Verlauf als die wichtigsten, zum mindesten als die dauerhaftesten erwiesen.

Bezüglich der Symptomgestaltung verdient hervorgehoben zu werden, daß im Laufe der Erkrankung schon im Anfang die manischen Symptome oft denen eines depressiven oder eines Mischzustandes Platz machten, und daß namentlich in depressiven Zeiten paranoische Züge gelegentlich auftraten.

Daß Mischzustände bei den verworrenen Manien anderer Genese ebenfalls öfter gesehen werden, ist bekannt, dagegen bedürfen die paranoischen Erscheinungen einer besonderen Erwähnung. Zwar ist bei Mischzuständen ja im allgemeinen schon das Auftreten wahnhafter Erlebnisse begünstigt, aber darüber hinaus fragt es sich, ob man die

Wahnideen nicht vielleicht mit den exogenen Einwirkungen in Zusammenhang bringen muß. Hier ist in erster Linie an den Alkoholismus und seine bekannten wahnbildenden Auswirkungen zu denken. Ein Zusammenhang mit den exogenen Einflüssen ist bei *Heck* oft unverkennbar, so wird man z. B. bei den wahnhaften Äußerungen der späteren Krankheitsphase sehr oft an die deliranten Zustände erinnert, die er anfangs gehabt hat, namentlich auch an die meist ängstlich gefärbten Sinnestäuschungen optischer Art, die zur Zeit der Bewußtseinstörung zwischendurch immer wieder beobachtet wurden. Man hatte den Eindruck, daß in den späteren Phasen der Erkrankung, namentlich in den Zeiten trauriger Verstimmung, die Erinnerungen daran sich stärker geltend machen; bestätigt wird diese Annahme dadurch, daß die paranoiden Ideen in der Depression gelegentlich inhaltliche Beziehungen zu seinen Äußerungen während des Anfangsstadiums hatten.

Psychopathologisch interessant erscheint mir weiter noch, daß in den Anfangsstadien die, wie sich später herausstellte, manische Ablenkbarkeit sich kaum von einer Hypermetamorphose organischen Charakters unterscheiden ließ. Auch das Schwanken zwischen euphorischer und trauriger Affektlage sah der affektiven Inkontinenz organisch Kranker zum Verwechseln ähnlich. Die eigentlichen manischen Erscheinungen waren dagegen schwer als solche zu erkennen, besonders deshalb, weil sie meist nicht von der charakteristischen Spontaneität der Manischen begleitet waren. Die sprühende Regsamkeit der Manischen fehlte hier; sie war wohl unterdrückt oder doch gedämpft durch die schwere körperliche Erkrankung und nicht zum wenigsten durch die gleichzeitige Einwirkung der exogenen Symptome. Auf diese Weise kamen die manischen Erscheinungen im allgemeinen nur dann zum Ausdruck, wenn man sich mit dem Kranken beschäftigte, wenn er irgendwie eine Anregung von außen her hatte.

Beobachtung 2. Am 1. XI. 1922 wurde der 53 Jahre alte Oberwachtmeister beim Gericht und ehemalige Militärmusiker Hermann Scher in die Klinik gebracht mit der Mitteilung des einweisenden Arztes, es handle sich um einen ganz plötzlich aufgetretenen Verwirrtheits- und Erregungszustand. Die Erkrankung habe am Tage zuvor begonnen. Der Pat. sei nicht orientiert gewesen, habe sinnlos alles demoliert, habe im Bett herumgeschimpft. Bei Ankunft des Arztes habe er die Decke über den Kopf gezogen, die Wäsche zerrissen und mit Gewalttätigkeiten gedroht.

Bis zum vorhergehenden Abend hatte er, wie sich aus den Angaben der Angehörigen entnehmen ließ, seinen Dienst mit gewohnter Regelmäßigkeit versehen, nur wenige Tage zuvor war es zu einer Auseinandersetzung mit dem Hauswirt gekommen, über die er auch seinen Kollegen gegenüber wiederholt gesprochen hatte.

Aus der Vorgeschichte wird berichtet, daß Sch. bis zum Krieg immer gesund gewesen sei. Ursprünglich Militärmusiker, ist er auf Grund des Zivilversorgungsscheines nach 14jähriger Dienstzeit vor 16 Jahren auf seinen jetzigen Posten gekommen, wo er zur allgemeinen Zufriedenheit stets willig und vergnügt seinen Dienst versehen hatte und regelmäßig avancierte. Er war immer ein gern ge-

sehener, tüchtiger Untergebener und ein beliebter Kamerad, in seinen Mußestunden hat er sich noch gerne mit Musik beschäftigt, mit Kollegen von der Militärmusik zusammen musiziert und sich durch Aufspielen ab und zu einen Nebenverdienst verschafft. Sein Verhalten war immer solide und ordentlich gewesen, kein Spielverderber, immer ein guter Familienvater.

Während des Krieges wurde er im Januar 1917 zur Militärkapelle eingezogen. Er scheint sich damals nicht ganz wohl gefühlt zu haben, denn er war anfangs vom Exerzieren befreit. Er ist aber dann doch ins Feld gekommen, ebenfalls zur Militärmusik und dabei in der üblichen Weise als Krankenträger verwendet worden. Nach seinen Angaben ist er vor Verdun bei einer Beschießung mit Gasgranaten bewußtlos geworden. Er sei erst wieder im Lazarett aufgewacht. Die ersten Krankengeschichten aus dem Lazarett waren leider nicht zu erhalten. Im August 1917 finden wir ihn in einer als Vereinslazarett eingerichteten Heil- und Pflegeanstalt, wo die Diagnose *Dementia praecox* gestellt wurde. Aus den nicht sehr ausführlichen Aufzeichnungen ergibt sich nur, daß er verwirrt und unorientiert war, sich z. B. ins verkehrte Stockwerk begab, sich ins falsche Bett legte u. a. m. Er antwortete im allgemeinen unzusammenhängend. Sehr bezeichnend erscheint ein Brief, der in der Krankengeschichte liegt: „Liebe Frau und Kinder? Hoffentlich sind wir noch einmal dem Tode entronnen, den Anfang unseres Prozesses zu nehmen schien. Sollte ich irgendjemand bei euch beleidigt haben, so nimm ich es zurück. Auf Wiedersehen dein Mann“.

Motorisch ist er damals nicht besonders unruhig gewesen. Auf körperlichem Gebiet finden sich eine erhebliche Pulsbeschleunigung (120 i. d. Minute) und ein deutlicher Tremor der Finger. Über Fieberbewegungen ist nichts bekannt.

Im weiteren Verlauf erfolgen nun heftige Erregungszustände. Er schlägt Fensterscheiben ein, wird mehrfach gewalttätig, wirft bei der geringsten Veranlassung mit großer Körperkraft Pfleger zu Boden, er bleibt dabei verwirrt. Das militärärztliche Zeugnis stellt *Dementia praecox* fest und empfahl Überführung in eine Anstalt. Bei einer späteren militärischen Nachuntersuchung 1920 war er mittlerweile aus der Anstalt entlassen; er benahm sich nunmehr geordnet und wies keinerlei Krankheitssymptome mehr auf. Er war damals schon wieder voll berufsfähig.

Aufnahmebefund am 2. IX. 1922: 53jähriger, großer, kräftig gebauter Mann in sehr gutem Ernährungszustande, von im wesentlichen pyknischem Habitus.

Körperlicher Befund o. B.

Urin frei von Eiweiß und Zucker, enthält aber stark *Urobilinogen*.

Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Reflexe o. B.

Psychisch: Liegt zunächst ruhig im Bett, läßt mit sich sprechen, antwortet erstaunt in inkohärenter Weise, bäumt sich plötzlich im Bett auf, läßt sich wieder fallen, wälzt sich aus dem Bett, springt vom Kopfende in halsbrecherischer Weise wieder hinein, dann plötzlich wieder absolut ruhig für Augenblicke. Sei von Elbe, sei Musiker bei Baumann, sagt dann wieder, er sei vom Gericht angestellt. Spricht spontan: „Herr Doktor, jedes Kind hängt an seinem Leben;“ macht Grimassen, bäumt sich auf. Auf die Frage: Wo sind Sie hier? „Der große Baß, der kleine Baß, der A-Baß, der F-Baß, das stimmt alles. Bin hier doch in Akon, — Herr Winkler — „(Wo ist Herr Winkler?) Blickt erstaunt um sich . . . „großartig, wenn das so weiter geht“. — Gelegentlich faßt er Fragen richtig auf und ist für Momente zu fixieren, antwortet aber zusammenhanglos. (Was fehlt Ihnen?) „Mein Sohn hat eine Bartflechte. Man soll mir sie Blumen bringen, ich habe doch geblasen.“ (Können Sie rechnen?) „Rechnen kann; 8 mal 9, das ist ungerade, die Leipziger haben auch eine Feuerwehr, fahren elektrisch mit Auto.“ (Glauben Sie, daß Sie krank sind?) „Daß ich krank bin,“ — erstaunt — „das müssen Sie wissen“.

Hochgradige motorische Erregung, ist im Bade erst nach Scopolamindarreichung zu beruhigen.

Stimmenhören verneint.

4. XI. 1922: Man beobachtet heute eine Unfähigkeit, richtig aufzufassen und sinngemäß zu antworten. Man erlebt es selten, daß er einer verstandenen Frage in der Antwort ganz gerecht wird. Auf Befragen erweist er sich auf den verschiedensten Gebieten als nicht orientiert; Pat. springt innerhalb eines Gedankenganges plötzlich ab, nachdem er zunächst angefangen hatte, im Sinn der gestellten Frage zu antworten. Er haftet andererseits wieder an dem, was in ihm selbst auftaucht, und an dem, was man sagt. Außerdem läßt sich Echolalie und Echopraxie feststellen. Ideenflüchtige Anklänge; meist traumhaftes unzusammenhängendes Denken. Innere und äußere Unruhe, ängstliche Stimmung; bei Fragen, deren Beantwortung ihm nicht möglich erscheint, weicht er mit witzelnden Bemerkungen aus. Kein eigentlicher Beschäftigungsdrang. Sein Gesamtverhalten spricht am ehesten für eine Bewußtseinstörung.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht vor allem Alkoholismus, Delirium, Amentia.

Für das Delir fehlt der Beschäftigungsdrang. Das Symptomenbild spricht am meisten für eine organisch bedingte Bewußtseinstörung.

6. XI. 1922: Der Kranke ist viel ruhiger geworden, dafür sehr labil in seiner Stimmung in dem Sinne, daß er plötzlich scheinbar unmotiviert in Weinen und Schluchzen ausbricht.

Auf somatischem Gebiet: Gelegentlich Temperaturen bis 37,9—38° (Achseltemperatur). Puls meist über 100, von mittlerer Füllung.

Hirnnerven o. B.

Motilität, Reflexe intakt.

Sensibilität, soweit zu prüfen, ebenfalls.

Wassermann im Blut negativ.

9. XI. 1922: Lumbalpunktion: Druck 270 mm HO, Nonne-Apelt negativ. Nißl 0,01, Zellen 8/3.

Innere Organe: Urin bei wiederholter Prüfung stark *Urobilinogen*. Spez. Gewicht 1018. Urinmenge herabgesetzt. Gallenfarbstoff negativ; Sediment o. B. Blut: Leukocyten 9800.

Blutbild: keine pathologischen Zellformen. Polymorphkernige 66%, Lymphocyten 33%.

14. XI. 1922: Leukocyten 11000.

Neutrophile 73%, Lymphocyten 26%.

Herz: Seit einigen Tagen unregelmäßiger und ungleichmäßiger Puls bei mittlerer Füllung; gelegentlich Ansteigen auf 120, dann ziemlich dünn; erhält Herzmittel.

Temperaturmessungen auch in Zeiten, in denen der Kranke psycho-motorisch ruhig ist, ergeben subfebrile Temperaturen.

Sonst objektiv somatisch, spez. neurologisch, bei wiederholter eingehender Untersuchung kein greifbarer Befund. Nur immer noch sehr starke Urobilinogenreaktion. Meist motorisch erregt, wenn auch lange nicht mehr so wie zu Anfang, bleibt im Bett, zupft am Zeug herum und zerreißt mitunter die Bettwäsche. Gelegentlich Scopolamin und Dauerbad nötig. Zeitweise gar kein Rededrang, dann macht Pat. auch körperlich kranken Eindruck. Bald darauf aber wieder sehr redelustig mit ideenflüchtigen Anklängen. Während einer Blutentnahme nimmt er gar kein Interesse an dem Vorgang, sondern spricht unbekümmert weiter: „Vogt war früher, der war Zimmermann und Arbeiter gleichzeitig, jetzt habe ich einen falschen Baum erwischt, Herr Oberarzt.“ — Bricht in Tränen aus — „ich suche mir mein

eigenes Brot, Käse, Riegel, nichts“ — weint wieder — „links ist Charakter, rechts ist die Tugend.“

Orientierung: (Wo hier?) „In L. an der Pleiße“; (In was für einem Hause hier?) „Nein das kann ich nicht, da bin ich zu weit weg, a, b, c, d.“ (In was für einem Hause?) „Gelt, ganz veraltetes Haus.“ (Ist das ein Krankenhaus?) „Ich weiß nicht, will jemand verletzen;“ — weint — „mein Bruder.“

Pat, scheint auch äußerlich leicht ablenkbar, oft in Augenblicken, wo er ganz mit sich beschäftigt ist und man es am wenigsten erwartet, greift er plötzlich aus der Unterhaltung anderer ein Wort auf und verarbeitet es.

16. XI. 1922: Heute glaubt man beobachten zu können, daß das Sensorium klarer, der Kranke in seinem ganzen Wesen etwas freier geworden ist.

Trotzdem aber immer noch inkohärent und teilweise ideenflüchtig. Stimmung jetzt vergnüglich. „Die Lampe dort im Zimmer, sehen Sie, soll ich die forttragen, ich sehe das Bild dort, Jude, nicht wahr (meint den Bettnachbarn, der Jude ist), in bißchen Salz, wenn man das reibt, wenn man in den Krieg zieht, muß man doch ein Salzläppchen mithaben, ich muß mir einen Zahn ziehen, aber bloß mit Wolle, oder was, das hängt an einem Faden, des Leben, sehen Sie (die Telefonglocke schlägt ein wenig an), da piept es schon, nun ist es mir lichter.“

Orientierung: „Bin hier in L. in einer Anstalt, Krankenhaus;“ (zeitlich): Ist nicht imstande, Monat, Jahreszahl anzugeben, d. h. er weicht diesbez. Fragen immer aus.

Sonntag, bin durch ein Auto hierhergekommen, da war der älteste Sohn mit (stimmt!), da sind wir an der russischen Kirche vorbeigefahren (möglich), der Sohn hat eine Uniform angehabt (falsch). Erinnert sich an die Vorstellung im Hörsaal nicht mehr, d. h. er geht auf wiederholte diesbez. Fragen nicht ein.

War heute mittag ambulant zur Blutuntersuchung in med. Klinik gebracht worden, ist heute abend in der Lage, über Einzelheiten des Transportes zu berichten, erzählt von den Vorgängen dort in einer Weise, die auf eine gute Aufmerksamkeit während des Aufenthaltes dort schließen läßt.

20. XI. 1922: Seit einigen Tagen keine subfebrilen Temperaturen mehr. Machte gleichzeitig auch nicht mehr den körperlich kranken Eindruck, aber immer noch Urobilinogen im Urin. Puls jetzt wieder gleichmäßig und regelmäßig. — Psychisch: Heute nacht noch sehr unruhig, räumte sein Bett aus, mußte Scopolamin bekommen; heute am Tage jedoch viel geordneter; deutliches Zurücktreten von Inkohärenz und Ideenflucht, aber nur für Augenblicke. Somatisch: Blut nach Widal 0. Stuhl und Urin keine Typhus- und Paratyphusbacillen (Hygien. Institut).

26. XI. 1922: (Krank?) „Nein, öfters mal Schütteln.“ (Wo sind Sie?) „Ich habe auch gegessen.“ (Gut?) „Ja, das war ganz gut.“ (Spontan): Den Ring hab ich nicht, den krieg ich nicht rüber. Ich bin doch 69 geboren. Zum Landsturm am 2. I. 1902. Da kommen wir in den Eiskeller zu liegen . . . Der große Krieg dauerte bis 1914. Gestern war ein gefangener Franzose hier. (Wie ist das möglich?) „Der wollte Abschied nehmen, der war auch ein Hund wie wir, Herr Dr., auf Ehre.“

Im Vordergrund jetzt die Inkohärenz, die inhaltlich teilweise auf verkannte Vorgänge in der Abteilung (Neu-Aufn. usw.) Bezug nimmt. Ganz vereinzelt verständliche, aber ideenflüchtige Zusammenhänge.

Motorische Unruhe, enorme Ablenkbarkeit, gelegentlich auch noch das Weinen. Fast stets im Dauerbad.

3. XII. 1922: Der Zustand erweckt noch immer den Eindruck der Bewußtseins-trübung; knüpft sein verantwortungsloses Geschwätz meist an Gesehenes an (Brille des Ref. z. B. oder Größe des Pflegers usw.). Personenverkennung. Oft merkwürdig kurz abgerissene Ausdrucksweise.

11. XII. 1922: In den letzten drei Tagen ruhiger. Liegt auf dem Bauch im Kopf-

kissen vergraben. Wenig Äußerungen von inkohärentem Charakter. Trotzdem bleibt der Eindruck der Bewußtseinstörung mit ihrer eigentümlichen abrupten Zerrissenheit, der fortwährend verletzlichen und verletzten Betroffenheit bestehen.

23. XII. 1922: Pat. liegt fast teilnahmslos für etwa halbe Stunden in seine Kissen gewühlt. Von irgendeiner Ansprechbarkeit oder Anregbarkeit, wie sie dann kurze Zeit darauf wieder im allerhöchsten Maße auftritt, kann in diesen Momenten nicht die Rede sein. Auch das Gesicht ist erstarrt, meist mit einem erkennbaren Zuge ins Schmerzliche; Antworten sind dann nicht zu bekommen.

10. I. 1923: Urin enthält jetzt kein Urobilinogen mehr. In der letzten Zeit wieder ganz außerordentlich lebhaft. Immer noch ist eine erstaunliche Hyperlucidität im Vordergrund, die geringsten Kleinigkeiten, Bewegungen der Ärzte, ein Lachen, eine kurze Bemerkung, veranlassen ihn zu einer Ansprache. Die Ideenflucht, die jetzt enorm ist, mischt sich mit Inkohärenz. Die Affektlage ist noch immer labil, doch überwiegt jetzt wieder bei weitem die joviale, lachende Euphorie. Im übrigen bekommt man im ganzen doch den Eindruck, daß die Bewußtseinstörung, die im Anfang das Bild ganz beherrschte, nicht mehr so tief ist. Urin frei.

22. I. 1923: Folgendes Stenogramm wurde heute aufgenommen: „... da ist doch so eine blaue Brücke, da ist doch ein Stück vom Konsum, da geht doch die 10 weiter, die biegt da ein — Brechen Sie den Stift nicht ab, die sind jetzt teuer! — da war ein Staket, aber da haben sie angebaut, weißliches Gemüse, und da kommt eine um die andere gefahren, eine Elektrische auf der Hammerstraße. (Wo ist die?) Die ist auf der ... auf der ... nu in Probstheida, an der neuen Schule, da wird doch gewählt drin, da ist unser Bezirk. Die Frauen wählen da auch, früher gab's das nicht — Ein harter Bleistift, da haben wir auch durchgepaust (Wo denn!) Nu, im Gericht. Früher war doch Excell. X. da. Dem starb die Frau; der wohnt doch Ö.str. 4 Da ist doch das Haus, das neugebeteu, und dort sind auch solche hohe Bäume — (zum Arzt) Haben Sie Gummikragen? (Nein) Nü solche Leinwandkragen habe ich auch, die haben mich denunziert, die Leute, die dort wohnen, die Rote, die oben wohnt. Die hat 2 Kinder. Die können die Kinder nicht leiden. und der kleine Junge kommt immer runter bei uns und und sieht zu, wenn ich mal schustere. Ich arbeite aber nicht mit Glas, sondern ich habe extra so eine breite Feile, eine richtige Schusterfeile. Mein Messer damit fürchte ich mich umzugehen. Ich habe eines in A. gekauft, da ist die Spitze abgebrochen, da schneide ich wenigstens nicht in die Obersohle. (Haben Sie denn Schustern gelernt?) Nein, nur während des Krieges. Es war doch niemand da. Die Schusterweiber haben doch auch geschustert. Aber viel schlechter als wir. Beim Militär da haben wir lange Stiefel gekriegt, und die Kompagnieschuster machen doch keinen langen Stuß, gleich muß der Nagel nein! Und der stach, da mußte ich ins Revier, und da haben sie die Wunde ausgebeizt mit Höllenstein. Und ein Heilgehilfe hat mir noch Zeug gegeben, so grünes Zeug, wie man den Bandwurm abtreibt. Und eine Frau, die bei uns wohnt, die hat dreimal krank gelegen. Und die Geschwister von ihr, die sind kerngesund und ihr Mann war mit in Rußland. Ich nicht. Ich habe doch „Dienst“ gemacht. (Zum Arzt) Können Sie stenographieren? Meine Tochter auch. — Beim Rückzug haben die noch die Notbrücke gebaut. Und da war der damals in der Gasanstalt, beim Kokksieber, da ist er nicht wieder angekommen, trotzdem die dazu verpflichtet waren.“

23. I. 1923: Gelegentlich einer anthropometr. Untersuchung plötzlich Erregungszustand. Danach trat ein profuser Schweißausbruch an Kopf und Brust auf, Pat. wurde sehr blaß, Puls war nicht wesentlich verändert, neurologisch fand sich nichts Abnormes. Zustand dauerte etwa 2—3 Minuten. Pat. erwies sich gleich hinterher als ganz verschlossen, vielleicht auch ein wenig benommener als sonst, ließ sich wortlos in sein Bett führen, in dem er sich verkroch.

24. I. 1923: Pat. ist heute unverändert, heiter, ideenflüchtig wie sonst. Nach dem gestrigen Nachmittag gefragt, erinnert er sich wohl, daß er in ein anderes Zimmer geführt wurde, ist aber auf Grund seiner Unfixierbarkeit zu genaueren Angaben, insbesondere die über diesen synkopeartigen Zustand nicht zu bekommen.

6. II. 1923: Der Kranke begrüßt den Arzt mit strahlendem Gesicht aufs freudigste. Streckt ihm beide Hände entgegen. Erzählt in geheimnisvoll humoristischer Art Erlebnisse seiner Kindheit.

13. II. 1923: Heute wieder auffallend ängstlich und weinerlich. Geht oft aus dem Bett und läuft dann ganz unruhig im Saal hin und her. Spricht man ihn an, so verhüllt er beide Augen mit den Händen und beginnt zu weinen.

20. II. 1923: Liegt wieder still, aber mit lachendem Gesicht zu Bett. Erzählt auf Wunsch in leicht ideenflüchtiger Weise von seinen früheren Arbeitsstätten, dem Gericht und den Kasernen in M. Pat. gibt sehr genaue und richtige Angaben völlig orientiert. Als ihm gelegentlich widersprochen wird, hört er sofort mit Erzählen auf und verhält sich vollständig abweisend.

1. III. 1923: Zeigte heute etwas labile Stimmung. War erst sehr heiter beim Erzählen und fing dann plötzlich unmotiviert zu schluchzen an. Am Nachmittag stieg er auf das Bettende und sprang von dort in die Höhe, dabei ein an der Wand hängendes großes Bild herabreißend.

12. III. 1923: Benimmt sich in letzter Zeit sehr ruhig und geordnet. Gibt in ruhiger Weise gern Auskunft über jede gewünschte Frage, lobt in übertriebener Weise den Friseur, der ihn so hübsch glatt und so schmuck im Gesicht gemacht habe.

16. III. 1923: Liegt mit fröhlichem Gesicht zu Bett. (Wie heißt denn Ihr Nachbar!) „Nu, *Sehn*. Ich hab auch *Sehnen* an meinem Fuß (zeigt auf die Achillessehne bdts.) und das sind meine großen *Zehen*. Was glauben Sie, ich hab *Sehnsucht* nach Hause. (Schmeckt Ihnen das *Essen*?) Ja, na *Essen* a. Ruhr das kennt doch jetzt jeder. Ich habe früher Musik gemacht. Wissen Sie, die Infanterie macht bessere Musik als die Kavallerie,“ — will ein Signal vormachen, singt dagegen verschiedene Stellen aus den Opern Aida und Troubadour. Fängt plötzlich zu schluchzen an, läßt sich jedoch ohne Mühe wieder zum Lachen bringen.

26. III. 1923: Stets heiter verstimmt. In seinen Antworten leicht ideenflüchtig. Gute Nahrungsaufnahme.

4. IV. 1923: Benimmt sich jetzt völlig ruhig und geordnet. Ist völlig über sein Vorleben, Ort, Zeit, Zeitereignisse usw. orientiert. Über seine hier verbrachte Zeit vermag er sich jedoch nur unklar zu erinnern. Zeigt heiteres Temperament.

14. IV. 1923: Ist ruhig und völlig geordnet geblieben. Hilft eifrig auf der Station. Hofft in kurzer Zeit wieder mit der Arbeit anfangen zu können. Freut sich, nun bald aus der Klinik zu kommen. Versuchsweise nach Station II verlegt.

20. IV. 1923: Keine motorische Unruhe mehr. Pat. liegt still und gelassen zu Bett. Beschäftigt sich nicht. Sowie man sich aber mit ihm unterhält, wird er sofort lebhaft gesprächig. Erzählt in seiner jovialen Art hunderterlei durcheinander. Dabei noch immer ideenflüchtig.

28. IV. 1923: (Mit raschem Schritt ins Zimmer, militärische Haltung, „zur Stelle“). (Wie geht es?) Danke, soweit gut, zu Klagen kein Anlaß mehr. (Wie lange schon hier?) „Ein halbes Jahr.“ (Was gab es denn, daß Sie krank wurden?) „Ja, ich habe mich zu Hause aufgeregt. Ich war überanstrengt, habe viel Musik gemacht bei dem Arbeiter-Turnfest; trotzdem ich habe den großen Zug gar mitgemacht. Da waren die Oberschlesier da; da habe ich auch dienstlich mitgemacht. Das hat mich angestrengt.“ (Getrunken?) Nun, wir kriegten verschiedene Runden Bier. Starken Schnaps kann ich nicht vertragen.“

Erinnerung an die ersten Wochen hier; Bei Fragen danach ergeben sich zahlreiche Personenverwechslungen.

Auf die Frage nach Denkfähigkeit in den ersten Tagen des Aufenthaltes erwidert er folgendes: „Ja, Gedanken hab ich gehabt. Genau so wie ich hier abrutsche von dem Ledersofa, so rutscht man manchmal von den Gedanken ab.“ (Sie haben manchmal auch geweint?) „Ja, manchmal habe ich auch geweint. Ich wollte einem anderen etwas zuleide tun.“

6. V. 1923: Einige Tage etwas traurig verstimmt.

14. VI. 1923: Stets gleichmäßig, geordnet. Melancholische Gedankengänge sind nicht wieder aufgetreten nach ihrem ersten flüchtigen Erscheinen Anfang Mai. — Auf der Station ist Pat. nur zeitweilig gesprächig — zuweilen, aber durchaus nicht täglich, gelingt es, im Gespräch noch manische Reaktionen hervorzurufen mit deutlichen Anklängen an Ideenflucht und Neigung zu Witzen. Verlegt nach der offenen Station. Pat. ist gleichmäßig in leicht gehobener Stimmung. Musiziert vor den Mitpatienten. Spricht in jovialer, gestikulierender, euphorischer Art mit dem Arzte. Braust gelegentlich einmal für einen Augenblick auf, wird aber sofort wieder freundlich und gefällig, sehr kameradschaftlich.

27. VI. 1923: Entlassen.

Stellt sich nach ungefähr einem halben Jahre durchaus intakt wieder vor. Arbeitet gut in seinem Beruf wie früher. Fröhliches, offenes, leicht hypomanisches Wesen ohne jede Aufdringlichkeit oder Geschwätzigkeit.

Zusammenfassung.

53 Jahre alter pyknisch gebauter Mann, Hypomanische Persönlichkeit. Auch bei ihm handelte es sich um einen plötzlich entstandenen Verwirrtheitszustand offensichtlich organischer Färbung. Nur lag hier eine körperliche Erkrankung nicht so offen zutage wie bei dem erstgenannten Fall. Da man aber nach den Erscheinungen mit einer symptomatischen Psychose rechnen zu müssen glaubte, so wurden alle Möglichkeiten klinischer Untersuchung erschöpft, und es fanden sich eine nicht unerhebliche Leukocytose im Blut, ein erhöhter Lumbaldruck und lange Zeit hindurch eine ungewöhnlich starke Urobilinogenreaktion im Harn. Zudem wurden auch immer wieder leichte Temperaturerhöhungen festgestellt. Wir hatten also hier zweifellos eine wenn auch nur geringfügige körperliche, wohl infektiöse Erkrankung vor uns, bei der die Beteiligung der Leber das Wesentliche war.

Der Verwirrtheitszustand dieses Kranken war ebenfalls von manischen Zügen durchsetzt; heitere Bemerkungen, Ideenflucht machten sich schon ganz im Anfang neben der motorischen Erregung bemerkbar. Aber erst nach Wochen, als die Bewußtseinsstörung zurückgetreten war, kamen die manischen Züge in diagnostisch greifbarer Weise hervor. Nachdem man einmal die manische Natur des Leidens erkannt hatte, ließ sich der Fall auch retrospektiv als eine Erkrankung manischer Grundlage mit einem organisch gefärbten Verwirrtheitszustand deuten, und so konnte das ganze Bild als eine verworrene Manie im gleichen Sinne wie beim vorigen Patienten aufgefaßt werden. Die Psychose klang später vollkommen ab und der Patient ist jetzt voll berufsfähig.

Bemerkenswert ist, daß hier eine offenbar ziemlich geringfügige exogene Einwirkung zu ausgesprochen heteronomen Symptomen geführt hatte, ein Umstand, der die neuerdings von *Krisch*¹⁾ geäußerte Auffassung, daß unbedeutende exogene Schädigungen bei starker pathol. Anlage mehr zu homonomen Symptomen führen, nicht zu bestätigen geeignet ist.

Nun ist der Patient, bei dem übrigens eine erbliche Belastung nicht zu eruieren war, während des Krieges schon einmal psychisch krank gewesen. Aus dem zur Verfügung stehenden Krankenblatt, das die Diagnose *Dementia praecox* trägt, war zu ersehen, daß damals ein ähnlicher Zustand von Verwirrtheit mit Inkohärenz und gelegentlich ideenflüchtigen Äußerungen vorgelegen hatte; von dem weiteren Verlauf wissen wir allerdings nur, daß der Kranke wieder voll berufsfähig geworden ist ohne jede Veränderung seiner Persönlichkeit. Die Symptombeschreibung im Krankenblatt läßt es zu, auch diese erste Erkrankung als eine Manie aufzufassen, und zwar wegen des zweifellos vorhandenen Verwirrtheitszustandes als eine verworrene. Nun ist es interessant festzustellen, daß diese erste Psychose ausgebrochen ist im Anschluß an eine Gasvergiftung im Felde, also ebenfalls nach einer exogenen Schädigung nicht unerheblichen Grades.

Vergleicht man die Kranken Heck und Scher miteinander, so wird man bei dem ersten Fall die exogene Komponente als die stärkere ansehen, bei dem andern überwiegt wohl die endogene, wenigstens bei der zweiten Phase. Hier hätte die nur unbedeutende Schädigung wohl kaum genügt, für sich allein eine symptomatische Psychose auszulösen.

Die Symptome waren bei Scher leichter als manische zu erkennen als bei Heck, weil beim ersten die manische Initiative, vielleicht dank der leichteren körperlichen Erkrankung sehr viel mehr ausgesprochen war.

Ein weiterer hierher gehörender Fall, bei dem sich exogene und endogene Faktoren in seinen einzelnen Krankheitsphasen verschieden stark ausprägen, ist folgender:

Beobachtung 3: Rehnbeck, 53 Jahre. Vater starker Trinker. Die Mutter sei gemütsleidend gewesen (man.-depr.?). Er selbst hat gut gelernt, hat wegen schmaler Brust nicht beim Militär gedient. 1899 hat er geheiratet, gute Ehe. Sei immer ein gutmütiger Mensch gewesen, ein „Narr, ein Lapp, mit dem alle Schindluder getrieben haben“, meint die Frau von ihm. Während des Krieges war er nur g. v.

Früher starker Potus, 8—10 Liter Bier tgl., Tee mit Rum, Schnaps. 1915 *Delirium tremens*, das sich auffallend lang hinzog. Noch nach Wochen hatte er Sinnestäuschungen (Halluzinose?), er wurde aber schließlich als geheilt entlassen.

1921 Eifersuchtsideen, glaubte, die Frau habe einen Liebhaber, da sie ihm den ehelichen Verkehr verweigerte. Hatte außerdem geschäftliche Schwierigkeiten. Damals trank er täglich 1—2 Liter Bier, keinen Schnaps. Er würgt plötzlich in einem Anfall von Eifersucht seine Frau, sie solle ihm ihre Untreue eingestehen.

¹⁾ *Krisch*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., 57, S. 253. 1925.

In den letzten Tagen sah er mehrmals Gestalten, schrie: „Bist du da, Kerl,“ suchte nachts mit dem Licht herum, meinte, es sei jemand in der Wohnung, schlief nicht.

Bei der Aufnahme war er damals (1921) ängstlich, schwerbesinnlich, er faßte schwer auf. Zeitlich und örtlich nur annähernd orientiert. Deutliche Echopraxie und Katalepsie. Bewegungsarm. Andeutung von Druckvisionen. Liest vom leeren Blatt ab. Nachts schlief er. Körperlich bis auf geringen Fingertremor nichts Besonderes, jedoch starke Schriftstörung. Am nächsten Tage noch deutlich verworrene Angaben, aber immerhin bessere Auskunft. Gibt seine Eifersuchtsideen zu, habe seiner Frau immer getraut, nur zuletzt habe es nicht mehr so recht geklappt. Er will ihre Untreue am Geruch gemerkt haben. Heute keine Sinnes-täuschungen, auch keine Möglichkeit, ihm solche zu suggerieren. Behauptet, auch gestern keine Halluzinationen gehabt zu haben.

Er ist wenig zugänglich, zeigt einen leeren Gesichtsausdruck, ohne jede Initiative, nimmt keinen Anteil. Aufforderungen werden langsam, umständlich befolgt. Zeitlich und örtlich nicht vollkommen orientiert. Nach wenigen Tagen wieder klar, häufig gereizt, Beeinträchtigungsgefühl. Schimpft plötzlich unmotiviert.

Wird langsam besser und dann nach etwa fünfwöchigem Aufenthalt entlassen. Diagnose: unklarer Fall.

Nach der Entlassung ging es wieder gut. Er war berufsfähig. Die Frau hat ihm nichts Krankhaftes anmerken können. September 1924 wird er von der Firma, bei der er 31 Jahre gearbeitet hat, entlassen. Später allerdings wieder eingestellt, jedoch nur als Hilfsarbeiter. War sehr gekränkt, gedrückt, schlief sehr unruhig, redete vor sich hin. Nachdem er den ganzen Tag über wie gewöhnlich gearbeitet hatte, schrie er eines Abends plötzlich auf, schimpfte, sehr erregt, behauptete, er sei Christus.

Bei der Aufnahme am gleichen Tage, am 29. X. 1924, unorientiert, benommen, befolgt Aufforderungen einigermaßen richtig, antwortet langsam. Auf körperlichem Gebiet leichte Facialispause rechts. Keine Pupillenstörung, erhöhter Lumbal-druck, sonst neurologisch o. B.

In den ersten Tagen delirantes Zustandsbild. Er ist namentlich abends verwirrt, redet konfus, sieht Bilder, Gestalten. Läßt sich zu Konfabulationen bringen, man kann ihm Halluzinationen suggerieren, redet viel vor sich hin.

2. I. 1925: Wörtliche Nachschrift: (Ihr Beruf?) Bauschlosser. (Wo angestellt?) Bei der Kaffeemühle, und auch Kaffeemühlen Hertlein. (Wo angestellt?) In Sendling, Kraus & Co., Südbahnhof. (Wie lange schon?) 30 Jahre. (Warum angestellt?) Wir haben es geheißsen Kultur, ich höre nicht gut, aber die Kesselflicker hören nicht gut, ein Bißl rausschnieden, dann rollt man, nein, dann kommt ein Kegel hinein, die alte Bauschlosserei ist katzengrau, wir haben einen flachen Hebel und einen anderen Hebel. (Haben Sie Kinder?) Ja, einen Sohn. (Name?) Josef, Pepi. (Wie alt?) 24, bei der Infanterie, er muß halt auch das Gewehr umeinandertragen wie ein anderer, Posten brennen bei der Infanteriekaserne. (Aber jetzt doch nicht mehr?) Bauschlosser ist Bauschlosser (erzählt aus seiner Erinnerung etwas über einen alten Bauschlosser). (Wie lange hier?) 5 Wochen. (Was ist das für ein Haus?) Narrenhaus oder Physik, wo man gut bewahrt oder geheilt wird, hinten ist Nußbaumstr., so Bavaria, rechts Sendling. (Was für eine Zeit haben wir jetzt?) Dezember 24. Liest die Uhr richtig ab: 12 Uhr. Das kenne ich im Magen, daß es so kracht, hab ich schon früher im Marienplatz gewartet, bis Musik gekommen ist, und Maibaum gibt es überall. (Lacht vergnügt) Und da ist Se. Majestät der Prinzregent. (Der wohnt aber doch nicht da!) Wohnt mehr im Gebirge, ist gestorben, 24 Stunden auf der einen, 24 Stunden auf der anderen Seite. (Warum waren Sie vor einigen Wochen damals nach dem Abendessen so erregt?) Ja, vom Nikolaus vielleicht kommt das, nicht wahr, Herr Doktor oder Professor

vom Tagesdienst. (Wissen Sie nicht mehr die Aufregung im Oktober?) Ja, auf dem Oktoberfest, da ist man reingegangen, da trinkt man so ein Glas Wein. Meine Frau war in Lyon, Paris, ich kenne die Herren nicht, Lübecker Heide. (Sagen Sie: Dampfschiffahrtsgesellschaft?) Walfisch, wir haben die Stiefel früher mit Lebertran geschmiert, man kann auch die Säge schmieren, das ist vorbei, selbstverständlich; (Haben Sie schon einmal Stimmen gehört?) Nachtwächter halt, die sagen: gebt Acht auf Feuer und das Licht. (Binetbild mit der zerbrochenen Scheibe) Er haut ihm eine runter. (Sehen Sie genau hin!) Da ist grün, grün ist der Frühling. Wenn der Leonhard die Geschichte nicht richtig erzählt, man macht den Ofen so: man haut ein Loch hinein. Von Merk-Aufgaben weiß er nichts mehr, von dem Bild erinnert er sich noch an die Farbe.

Pat. ist von einer leichten, aber nicht störenden motorischen Unruhe. Dagegen kann er wegen seines Rededranges nicht im Saal gehalten werden. Sich selbst überlassen, spricht er ununterbrochen vor sich hin, wobei immer dieselben Inhalte wiederkehren, meist militärische Ausdrücke oder Kommandos oder Erinnerungen, die sich auf seine Berufstätigkeit beziehen. Bei der Exploration ist er ziemlich schwer zu fixieren und spricht meist in seinem vorigen Satz weiter, ohne Fragen zu beachten. Erst durch wiederholte Aufforderungen gelingt es, ihn zu fixieren und dann hat man den Eindruck, daß er sich ganz gut auskennt, zeitlich und örtlich orientiert ist. Die motorische Unruhe kommt in lebhaften Gesten beim Sprechen zum Ausdruck. In seinen Reden ist eine ausgesprochene Ideenflucht zu bemerken mit Bildung von Reihen, doch kommt er immer wieder auf die ihn hauptsächlich beschäftigenden Inhalte, Schilderungen seiner Berufstätigkeit, Erlebnisse im Beruf zurück.

8. I. 1925: Pat. ist schwer zu fixieren, schweift ideenflüchtig von den Fragen ab. Er erscheint einigermaßen zeitlich und örtlich orientiert, wenn er auch häufig wie spielerisch falsche Antworten gibt. Stimmungslage heiter, dabei sehr affektlabil, es kommen ihm leicht ohne ersichtlichen Grund Tränen in die Augen.

20. I. 1925: Sitzt ruhig im Untersuchungszimmer auf seinem Stuhl, fängt spontan an zu sprechen: „Das ist ein Taufkessel“ (Wo?) „Im Eck.“ (Wo hier im Zimmer?) „Nein, bei uns zu Hause in Hausheim.“ (Wo ist Hausheim?) „Bei Haarbürg, das sind Haare, der Papa hat's gesagt, wie er pensioniert wurde, Herr Doktor.“ Doktor spricht Pat. aus wie „Toktor“, beide Silben stark betonend. Spricht überhaupt sehr maniert, lebhaft grimassierende Ausdrucksbewegungen begleiten seine Reden. Weiterhin ideenflüchtige Sätze, unterbricht sich mitunter lachend.

31. I. 1925: Pat. betritt mit vielen Verbeugungen das Untersuchungszimmer, setzt sich, nimmt unter vielen Verbeugungen eine Zigarette vom Ref. Bedauert, daß er kein Feuer habe, läßt sich vom Referenten Feuer geben und raucht. Sieht dann starr vor sich hin. Sagt dann leise vor sich her: „Mama ist gestorben“. (Haben Sie das eben gehört?) Lacht, verzieht die linke Gesichtshälfte grimassierend. „Nein, ich dachte nur, Sie wollten das aufschreiben, ich weiß ja nicht, was Sie schreiben.“ (Lebt Ihre Mutter denn noch?) „Ja.“ (Wirklich?) „Ja, im Herzen“, deutet dabei auf sein Herz, und machte eine Bewegung mit dem Kopf in der Richtung der Decke, sagt dabei: „Träume sind Schäume“. Hat unterdessen seine Zigarette aufgeraucht und die Asche immer ganz manierlich am Aschenbecher abgestreift, legt dann auch den Stummel darauf. Spricht dann flüsternd unverständlich vor sich hin.

Im weiteren Verlauf überwiegen ideenflüchtige Äußerungen. Starke Ablenkbarkeit, die in vieler Hinsicht an metamorphotischen Zwang erinnert. Stimmung oft vergnügt, meist mit einer läppischen Note gemischt. Über seine psychische Leistungsfähigkeit ist ein Urteil nur schwer möglich, da er schlecht zu fixieren ist und deshalb, weil er nichts ernst nimmt, sich immer in spielerischer Weise mit

anderen Dingen beschäftigt. Bei immer wiederholter Prüfung ergibt sich, daß er zweifellos keine Defekte hat, auch die Merkfähigkeit ist intakt, wenn es gelingt, ihn zur Aufmerksamkeit zu bringen. Allmählich wird er ruhiger, es bleibt aber seine heitere Stimmung, die jetzt nach und nach eine natürlichere Färbung bekommt.

Schließlich ist er ganz unauffällig, zeigt aber immer eine deutliche heitere Grundstimmung. Eine gewisse Einsicht für seine Erkrankung scheint zu bestehen. Er spricht aber nicht gerne davon, drängt offenbar all die Dinge an seine Krankheit zurück, freut sich über seine Genesung, wünscht Entlassung, die nach etwa halb-jähriger Krankheitsdauer erfolgt.

Katamnese: Bis auf leichte hypomanische Stimmung unauffällig. Frau ist mit seinem Befinden zufrieden. Untersuchung ergibt nichts Krankhaftes mehr.

Zusammenfassung.

Hypomanische Persönlichkeit, früher starker Potus. 1915 Delirium tremens. (Halluzinose?) Später weniger Alkohol. 1921 unklare Psychose, die mit Eifersuchtsideen beginnt, mit Erregung und Bewußtseinstrübung, Verwirrtheit einhergeht und zur Restitutio ad integrum führt. Retrospektiv wird man auch dieses Bild nach Art der verworrenen Manie deuten dürfen. Sehr wahrscheinlich ist der damals noch keineswegs geringfügige Alkoholmißbrauch an der Auslösung der Psychose beteiligt (starker Tremor, angedeutete Sinnestäuschungen, Druckvisionen). Diese geht dann aber in einen Zustand mehr endogener Prägung über. 1924 ohne erkennbare äußere Ursache eine erneute Psychose, die ebenfalls wieder im wesentlichen als Verwirrheitszustand imponiert; sehr bald, und zwar noch während der Bewußtseinstrübung werden aber manische Züge immer deutlicher und beherrschen schließlich das Bild. Da eine exogene Noxe nicht nachweisbar ist, handelt es sich bei der letzten Erkrankung wohl um eine endogene Schwankung, die aber durch die von vornherein bestehende und einen großen Teil des Verlaufs charakterisierende Bewußtseinstrübung und Verwirrtheit eine ganz eigenartige Färbung bekommen hat.

Während die beiden ersten Fälle in ihrem Aufbau aus zwei annähernd gleichwertigen pathogenetischen Faktoren unmittelbar aus dem Symptomenbild verständlich waren, muß man zur Deutung des dritten Falles die früheren psychotischen Zustände mit in Rechnung stellen. Außerdem gestattet erst die Kenntnis der aus den beiden Fällen Heck und Scher abgeleiteten Gesetzmäßigkeiten eine Klärung dieses Falles. Es ist allerdings schwierig, die dritte Erkrankung bei Rehnbeck nach den gleichen Grundsätzen wie Heck und Scher zu deuten, und zwar deshalb, weil eine äußere Noxe nicht vorausging. Da der Verwirrheitszustand aber durchaus exogen anmutete, und außerdem auch schon den ersten Anfang der Erkrankung beherrschte, war eine verworrene Manie im Sinne von *Wernicke* recht unwahrscheinlich. Dagegen könnte hier eine geringfügige äußere Noxe sich vielleicht dem Nachweis entzogen

haben, ähnlich wie ja auch bei Scher nur mit Mühe die Allgemeinerkrankung festzustellen gewesen war; man wird das nicht abstreiten können, mir scheint aber diese Annahme nicht einmal nötig zu sein. Ich glaube vielmehr, daß die Vorgeschichte des Falles hier zur Klärung beiträgt: Rehnbeck hat früher eine einwandfreie symptomatische Psychose (Delirium tremens resp. Hallucinosse) durchgemacht und auch bei der zweiten Erkrankung hat der Alkoholismus sicher eine sehr wesentliche Rolle gespielt. Man wird meines Erachtens nicht fehlgehen, wenn man auch für die Besonderheiten der zuletzt beobachteten, zweifellos im wesentlichen endogenen Erkrankung pathoplastische Einflüsse des früheren Alkoholismus verantwortlich macht. Ich glaube, man wird annehmen dürfen, daß das einmalige Überstehen symptomatischer Psychosen dieser Art eine Bereitschaft für exogene Symptombilder mit sich bringt, die sich auch dann symptomatologisch bemerkbar machen kann, wenn, wie hier, exogene Faktoren nicht unmittelbar an dem Auftreten der Erkrankung beteiligt sind. Es ist fast selbstverständlich, daß bei einem solchen zeitlichen Abstand die Wirkung der exogenen Faktoren abgeschwächt wird, daß sie vor allem ihre pathogenetische Bedeutung eingebüßt haben, und daher im wesentlichen nur noch als pathoplastische Faktoren in die Erscheinung treten können.

Es ist interessant, die drei verschiedenen Erkrankungen bei Rehnbeck mit Rücksicht auf die Beteiligung exogener und endogener Faktoren miteinander zu vergleichen. Bei der ersten Erkrankung, der akuten Alkoholpsychose, kamen endogene Züge in der lustigen Stimmung zum Ausdruck; ob man den ungewöhnlich langen Verlauf nicht auf eine protrahierende Wirkung endogener Faktoren zurückführen darf, erscheint zum mindesten erwägenswert. Da ich mich hier aber nur auf Krankengeschichtsangaben stützen kann, möchte ich das nicht mit Sicherheit behaupten.

Bei der zweiten Erkrankung läßt sich die Rolle des Alkoholismus schon an den sehr charakteristischen Eifersuchtsideen erkennen; außerdem deuteten unter anderem die Druckvisionen darauf hin, daß hier ein dem Delirium tremens verwandter Zustand vorlag. Die Psychose überdauerte aber die übliche Zeit einer akuten Alkoholpsychose sehr wesentlich und machte einer endogenen Verstimmung wechselnden Charakters Platz. Eine sichere Diagnose wurde damals nicht gestellt, aber aus den in Erwägung gezogenen Möglichkeiten läßt sich entnehmen, daß offenbar das Zusammentreffen von endogenen und exogenen Symptomen das Bild uncharakteristisch hatte erscheinen lassen. Man darf retrospektiv wohl vermuten, daß ein Krankheitsbild von dem gleichen Aufbau wie bei Heck und Scher vorgelegen hat, nur scheinen die manischen Züge nicht so sehr im Vordergrund gestanden zu haben, sondern depressive Bilder und Mischzustände.

Bei der dritten Erkrankung waren die exogenen Symptome noch weniger stark ausgeprägt, aber ihr Vorhandensein genügte, um die endogenen Erscheinungen der Erkrankung durch lange Zeit hindurch zu entstellen. Sehr wahrscheinlich handelt es sich aber lediglich um eine pathoplastische Beeinflussung; ob exogene Faktoren auch für die Auflösung dieser dritten Schwankung in Frage kommen, muß zum mindesten zweifelhaft bleiben. Ganz auszuschließen ist es deshalb nicht, weil, wie oben schon erwähnt, unter Umständen die exogene Noxe so geringfügig sein kann, daß sie nicht ohne weiteres gefunden wird; eine, alle Möglichkeiten erschöpfende interne Untersuchung ist in diesem Falle unterblieben, weil anfangs mit den hier erwähnten Möglichkeiten nicht gerechnet wurde.

Vielleicht darf man aus den Beobachtungen bei Fall Scher schließen, daß geringfügige exogene Noxen dann schon krankheitsprovozierend wirken, wenn früher bereits einmal eine Psychose mit exogenen Mechanismen überstanden ist. So hat Scher ja auch mehrere Jahre zuvor eine schwere exogene Schädigung in der Gestalt einer Gasvergiftung durchgemacht, die allem Anschein nach die erste Psychose mit ausgelöst hatte. Dieser Mechanismus wurde dann das zweite Mal durch einen ganz unbedeutenden exogenen Anlaß wieder in Gang gesetzt und hat gleichzeitig auch die endogene Psychose manifest werden lassen. Es ist sehr gut möglich, daß derselbe Vorgang auch bei Rehnbecks dritter Erkrankung angenommen werden darf; für wahrscheinlicher halte ich es aber, daß die durch frühere Schädigung geschaffene Bereitschaft zu exogenen Symptomen auch einmal durch eine rein endogene Schwankung flott gemacht werden kann.

So lassen sich von den verschiedenen Krankheitsbildern des Rehnbeck die erste als relativ rein exogene Psychose (*Delirium tremens*), die zweite als gemischte, durch exogene und endogene Ursachen in annähernd gleichem Maß beeinflusste Erkrankung, und die dritte als eine endogene Schwankung, deren Symptome exogen gefärbt sind, auffassen.

Ich habe in letzter Zeit noch zwei weitere Fälle gleicher Art wie Heck und Scher gesehen. Sie waren aber von wesentlich kürzerem Verlauf, und wären wohl kaum aufgefallen, wenn nicht die beiden ersten Beobachtungen uns auf die hier herrschenden Gesetzmäßigkeiten aufmerksam gemacht hätten.

Beobachtung 4: Merker, 48 Jahre alt, aufgenommen 4. III. 1925. Keinerlei Belastung. Auf der Schule mittelmäßig gelernt. Kam dann in die Lehre als Schuhmacher. 3 Jahre in der Fremde, beim Militär nur 3 Monate, wegen Ohrenleidens entlassen. 1901 Heirat. Frau etwas kränklich, er sei mit ihr nicht ausgekommen. Seine Frau ging alle Tage in die Kirche, er sei allweil lustig gewesen und „darum haben wir nicht zusammengepaßt“. Im Felde von Sept. 1915 bis Kriegsende, ohne Krankheit und Verwundungen. Von jeher viel Bier, 8—10 Maß Samstags und Sonntags, angeblich nie Schnaps. Nach 2 Maß Bier habe er schon einen Rausch.

Seit 2 Jahren lebe er von seiner Frau getrennt, er habe eine andere gern und sei mit ihr zusammengezogen. Er sei auf seine Frau eifersüchtig, namentlich wenn er ein bißl Bier getrunken habe. Seit Weihnachten 1924 habe er etwas mehr getrunken, angeblich aus Kummer. Seit dieser Zeit sei er wegen einer Verletzung an der Hand arbeitslos.

Vor 5 Wochen habe er eine Gelbsucht bekommen, nachdem er sich vorher schon nicht wohl gefühlt habe. Er mußte sich zu Bett legen. Er hörte nun Stimmen, Frauen und Kinder hätten über ihn gesprochen. Er habe es nicht verstanden, sei nicht ängstlich gewesen, habe sich nur darüber gewundert, weil er nicht wußte, woher die Stimmen gekommen seien. An dem Tag, an dem die Gelbsucht begann, sei er planlos fortgelaufen. Er kam dann ins Krankenhaus I. I., hatte hier immer das Gefühl, als ob die Leute über ihn redeten, hat bis dahin so etwas nicht gemerkt. Im Krankenhaus Erregungszustand, verworren, wird deshalb in die Psychiatrische und Nervenklinik gebracht.

Hier konnte die Verwirrtheit nur noch kurz beobachtet werden, er war sehr bald wieder geordnet, gab präzise Antworten. Euphorische Stimmung, aber etwas gespannt. Örtlich und zeitlich orientiert. Keine wesentliche Merkfähigkeitsstörung. Über den Erregungszustand kann er wenig angeben, es scheint sich aber um eine Verwirrtheit von kurzer Dauer gehandelt zu haben. Jetzt euphorisch, vergnügt, lebhaft, ansprechbar. Im weiteren Verlauf zwischendurch gelegentlich deprimiert ohne rechten Grund, ausgesprochen gehemmt, Selbstvorwürfe. Die Depression macht jedoch nach einigen Tagen einer ausgesprochen hypomanischen Stimmung Platz. Sinnestäuschungen sind nicht mehr aufgetreten. Körperlich o. B. Pyknischer Habitus.

Zusammenfassung.

Es handelt sich um einen Mann von hypomanischem Temperament, der von jeher dem Alkoholgenuß gehuldigt hat. Anlässlich einer Gelbsucht, die vielleicht mit seinem Potus zusammenhängen mag, entwickelt sich bei ihm ein euphorisch gefärbter Verwirrheitszustand mit Sinnestäuschungen, der nach einer stärkeren Erregung in eine leichte manische Phase ausläuft. Nach einer drei Tage dauernden depressiven Verstimmung wird dann der Status quo ante wieder erreicht.

Hier hat also eine äußere Schädigung zur Auslösung einer Psychose vom exogenen Prädilektionstyp geführt. Diese Psychose zeichnete sich von vornherein durch lebhaftes Erregung und heitere Stimmungslage aus, und sie mündete in eine kurz dauernde manische resp. depressive Phase. Frühere Schwankungen sind bei dem hypomanischen Mann nicht beobachtet worden, so daß man hier eine Auslösung der Psychose durch die körperliche Erkrankung wohl annehmen darf.

Beobachtung 5. Am 9. VII. 1923 zog sich der 24 J. alte Förster Nevermann auf der Entenjagd durch Unvorsichtigkeit Schrotschußverletzungen am rechten Oberschenkel, an der rechten Hand, an der rechten Gesichtshälfte und am rechten Auge zu. Er wurde verbunden und ins Krankenhaus gebracht. Bald wurde er dort bewußtseinsgetrübt und kam am 13. VII. 1923 in die Chirurgische Klinik. Dort fand sich das rechte Auge erblindet. Es zeigte einen vollständigen Irisprolaps, starke Schwellung der Lider. In der rechten Gesichts- und Schläfengegend zahlreiche Schrotkugeln unter der Haut. Am rechten Vorderarm schmierig belegte schmutzige Wunde, desgleichen am rechten Oberschenkel. Die Wunden eiterten, es mußten

z. T. operative Eingriffe vorgenommen werden. Die Temperatur schwankte dauernd um 38. Pyocyaneus-Infektion.

Psychisch war der Kranke fixierbar, äußerte aber optische und akustische Halluzinationen. Stundenweise sehr unruhig, beißt und schlägt um sich, singt, schreit und jodelt. Wegen zunehmender Unruhe wurde er, nachdem sich die Wunden einigermaßen gereinigt hatten, am 24. VII. in die Psychiatrische Klinik verlegt.

Von seiner Vorgeschichte wurde hier festgestellt, daß er von jeher ein lebhafter, geselliger, allzeit vergnügter Mensch gewesen sei, er habe gern und viel gesungen, immer etwas polterig. Von Belastung nichts bekannt.

Bei der Aufnahme jammert er sehr, hinfällig. Temperatur 38—38.5. Örtlich und zeitlich nicht orientiert. Weinerlich, dann plötzlich euphorisch, singt, macht Scherze, plump vertraulich, duzt alle, gegen Abend wieder jammernd, zunehmend verwirrt, konfabuliert.

Im weiteren Verlauf wechselnd, labil, meist hypomanischer Stimmung. Viel in Bewegung, jodelt, schreit. Am 10. VIII. 1923 ist er noch desorientiert, läßt sich nur vorübergehend fixieren. Am 29. VIII. wird er allmählich geordneter, weiß von seiner Verletzung und dem Verlust seines Auges, ist trotzdem immer sehr vergnügt, amüsiert sich über andere Patienten, sucht einen echopraktischen Kranken zu allerhand Bewegungen zu veranlassen, benimmt sich lausbubenhaft. Ungeniert, Neckt andere, ist ausgesprochen gehobener Stimmung, dabei aber noch leicht ermüdbar, wird allmählich frischer. Anfang September nur geringe Klagen, Wunden abgeheilt, leichte, aber deutliche manische Phase. Polterig, rauheinig in seinem Benehmen. Wird am 14. IX. zur Nachbehandlung in die Chirurgische Klinik verlegt.

Nach seiner Genesung kommt er von dort wieder zurück zu seiner Herrschaft, wo er mit Bureauarbeiten beschäftigt wird. Hier Differenzen mit dem Verwalter, den er angeblich bei einer Unterschlagung ertappt hat. Dieser sei ihm nicht gewogen; es kam nicht zu offenen Streitigkeiten, aber er hat das Gefühl, der Verwalter wolle ihn in die Anstalt bringen; deswegen kommt er am 11. III. 1925 freiwillig hierher, um sich untersuchen zu lassen. Er selbst meint, er sei genau so wie vor dem Unfall, jedenfalls sei er wieder lustig und munter und singe den ganzen Tag. Körperlich nichts Besonderes. Sehr beredt, unternehmend. Spottet gerne über alles, sehr überheblich. Stimmung heiter, bedauerte, daß er gar nicht singen dürfe, daß kein Radioapparat da ist, bittet sofort, seinen eigenen kommen zu lassen und einzubauen, selbstverständlich die allerneueste Konstruktion. Über seine Differenzen mit dem Verwalter spricht er mit großem Freimut. Sehr weit-schweifig und lebhaft.

Zusammenfassung.

Hypomanische Persönlichkeit; nach einer Schußverletzung und Wundeiterung eine anscheinend symptomatische Psychose, die sehr viel manische Züge aufweist und gegen Ende in eine eigentliche Manie übergeht. Nach Ablauf der Psychose kommt die von jeher hypomanische Persönlichkeit intakt wieder zum Vorschein.

Auch bei diesen beiden Fällen wird man annehmen dürfen, daß sich exogene und endogene Faktoren etwa die Wage halten. Die exogenen wirken auslösend, aber nicht nur für den deliranten Zustand, sondern sie bewirken auch gleichzeitig die endogene Schwankung, die erst nach dem Abklingen der Verwirrtheitssymptome richtig zum Vorschein kom-

men, dabei aber die exogene Reaktion wesentlich überdauern. Ohne die exogene Noxe wäre es wohl gar nicht, jedenfalls nicht gerade damals zur Psychose gekommen, und ohne die endogene Anlage wäre es voraussichtlich bei einer kurzen Verwirrtheit geblieben, vor allem wäre aber das endogene Stadium, das als Nachstadium imponiert, de facto aber von vornherein schon bestand, ausgeblieben.

Alle hier beschriebenen Fälle beginnen mit einem ziemlich akuten Verwirrtheitszustand nach einer meistens klar zutage liegenden exogenen Schädigung. Bei allen mußte daher zuerst an eine symptomatische Psychose gedacht werden. Die anfangs wenig gewürdigten manischen Züge verstärkten sich allmählich und dominierten immer mehr im Krankheitsbild, während die Verwirrtheitszustände zurücktraten; so stellte sich erst im Verlauf des Leidens die manische Natur der Erkrankung heraus. Der Ausgang, vereinzelt auch das Übergehen in Depression, sprachen weiter für enge Beziehungen zum manisch-depressiven Formenkreis trotz des unverkennbar organischen Eindrucks im Anfang. Besonders kennzeichnend für die organische Artung der Psychose erschien immer die Bewußtseinstörung mit den deliranten, ja gelegentlich amentiaähnlichen Zügen, ebenso auch die ausgesprochene Inkohärenz. Ob die dabei gelegentlich beobachtete Hyperlucidität schon als manisch gedeutet werden darf, ist immerhin zweifelhaft; eher macht die gesteigerte Ablenkbarkeit, die allerdings von Hypermetamorphose kaum unterscheidbar war, einen manischen Eindruck. Die motorische Erregung dieser Kranken war uncharakteristisch. Zweifellos manisch war aber die Stimmungslage, die bald in humorvollem, jovialem Wesen, bald in trocken-witzigen Bemerkungen, treffenden, ja oft schlagfertigen Scherzen, bald wieder in Äußerungen schmunzelnden Behagens durch die Bewußtseinstörung durchleuchtete; immer ließen sich auch ideenflüchtige Wendungen bemerken, die aber nur zu oft in der Inkohärenz verloren gingen und sich daher im Gesamtbilde anfangs nicht recht durchsetzten. Daran mag aber auch der Umstand mit schuld sein, daß es den manischen Symptomen meist an der schwungvollen Initiative fehlte, die sonst bei Manischen auffällt, die aber hier wohl unter dem schwächenden oder überhaupt modifizierenden Einfluß der körperlichen Erkrankung nicht entstehen konnte.

Die exogenen Schädigungen waren ganz verschiedener Art. Bei dem ersten Kranken konnte das Wunderysipel zweifellos als eine zureichende Ursache für die Entstehung einer symptomatischen Psychose angesehen werden, als Hilfsursache mochte noch chronischer Alkoholismus in Betracht kommen, dem vielleicht in diesem Falle noch eine besondere *protrahierende* Wirkung zuzuschreiben war. Im zweiten Falle konnte bei der von uns beobachteten Phase die exogene Noxe erst durch eine besondere Untersuchung in einer (infektiösen?) Leberfunktionsstörung

festgestellt werden, während bei der ersten Phase eine Kampfgasvergiftung vorgelegen hatte.

Bei dem vierten Fall, einem Alkoholisten, brach während einer Gelbsucht der Verwirrtheits- und Erregungszustand aus, der ebenfalls in eine einfache Manie überging und nach einer depressiven Schwankung seinem gewöhnlichen, leicht hypomanischen Wesen Platz machte. Bei dem fünften Kranken war eine Wundeiterung nach Schußverletzung die Ursache für einen schweren Verworrenheitszustand, der ebenfalls durch manische Symptome gefärbt war und schließlich in eine allerdings nur kurzdauernde einfache Manie von lausbubenhaftem Wesen überging. Auch hier handelte es sich um eine im allgemeinen hypomanische Persönlichkeit.

Sehr interessant ist noch der dritte Fall. Bei ihm ist das Zustandekommen der Verworrenheit allerdings nicht ohne weiteres durch exogene Einflüsse zu erklären. Man wird aber nicht fehl gehen, wenn man das Auftreten der exogen anmutenden Symptome auf pathoplastische Einflüsse des früheren Alkoholgenusses zurückführt. Auch auf Grund anderer Erfahrungen wird man vermuten dürfen, daß das Überstehen einer symptomatischen Psychose dieser Art eine Bereitschaft zu exogenen Symptombildern mit sich bringt, die auch dann wieder flott werden, wenn nur eine endogene Schwankung vorliegt.

Symptomatologisch zeichnen sich diese Psychosen durch eine innige Mischung und Durchflechtung endogener und exogener Symptome aus, die u. U. nur sehr schwer einzeln herauszufinden sind. Das Krankheitsbild ist dabei aber nicht durch eine einfache Addition exogener und endogener Faktoren zu erklären, man muß vielmehr eine gegenseitige Einwirkung und Beeinflussung der verschiedenen Krankheitserscheinungen annehmen; die Einzelsymptome scheinen durch dieses Zusammentreffen und die dauernde Berührung miteinander eine gewisse Modifikation zu erfahren, ja bis zur Unkenntlichkeit entstellt werden zu können; es entsteht schließlich ein Gesamteindruck, dessen verschiedene Bedingtheiten nicht ohne weiteres zutage liegen. Ich möchte es vergleichen mit der in der Chemie gemachten Erfahrung, daß beim Zusammenbringen zweier Präparate das Gemisch nicht die Eigenschaften beider Bestandteile aufweist, sondern u. U. eine ganz neue Wirkung entfaltet, die nicht ohne weiteres aus den Einzelkomponenten ableitbar ist.

Wenn man versucht, nach den Prinzipien der *Birnbaumschen* Strukturanalyse jedem der beim Aufbau dieser Psychose beteiligten Faktoren seinen richtigen Platz anzuweisen und nach seiner Wertigkeit einzuschätzen, so werden sich Zweifel erheben, was man im einzelnen als pathogenetisches, was als pathoplastisches Moment bezeichnen soll.

Der Umstand, daß wir von einer besonderen Art von *Manie* reden,

würde ja dafür sprechen, daß wir den pathogenetischen Faktor in der *Anlage* sehen. Wenn wir aber den exogenen Einflüssen nur eine pathoplastische Rolle zuweisen, so befriedigt das deshalb nicht, weil in ihnen zweifellos auch die auslösende Ursache zu suchen ist. Andererseits werden wir den Verhältnissen auch nicht gerecht, wenn wir umgekehrt nur die exogenen Faktoren als pathogenetisch ansehen und der manischen Veranlagung lediglich eine formgestaltende Wirkung zubilligen.

Ich habe den Eindruck, daß bei den meisten dieser Fälle sowohl die exogenen Einflüsse wie auch die endogene Veranlagung *pathogenetische* Bedeutung haben; sie können beide nicht als pathogenetische Faktoren entbehrt werden; sie wirken sich beide aber auch *pathoplastisch* aus.

In den Fällen, in denen die manische Veranlagung beim Zustandekommen der Psychose von größerem Wert gewesen zu sein scheint als eine relativ geringfügige exogene Noxe, wird man nicht übersehen dürfen, daß diese letztere nicht nur pathoplastisch, sondern auch krankheitsprovozierend gewirkt haben mag und sich somit durch diese doppelte Funktion dem von vornherein höherwertigen endogenen Faktor an Bedeutung nähert.

Bei der diagnostischen Bewertung solcher Krankheitsbilder wird man eine mehrdimensionale Diagnostik (*Kretschmer*) oder eine Strukturanalyse im Sinne von *Birnbaum* nicht entbehren können. Die vielseitige Verwendungsmöglichkeit dieser Theorien ergibt sich am besten aus dem Umstand, daß man, ohne mit ihren Grundsätzen zu brechen, im einzelnen über sie hinaus gehen kann. Das war hier insofern notwendig, als bei unseren Fällen pathogenetische und pathoplastische Faktoren nicht reinlich getrennt werden konnten; wir mußten vielmehr zwei pathogenetische Faktoren annehmen, deren Verkuppelung wohl noch eine besondere symptomgestaltende Bedeutung zukommen dürfte. Außerdem muß man, wie schon oben angedeutet wurde, einzelnen beim Aufbau dieser komplizierten Psychose beteiligten Faktoren eine mehrfache Funktion zuschreiben: Die exogene Noxe, die als pathogenetische Bildung nicht entbehrt werden kann, wirkt gleichzeitig provozierend gegenüber dem endogenen Teil der Psychose, weiter kommt sie, nachdem die manische Phase aus der Latenz gebracht ist, ihr gegenüber pathoplastisch zur Geltung. Auf der anderen Seite ist die manisch-depressive Anlage einmal als pathogenetisch für den zweiten integrierenden Bestandteil der Psychose anzusehen. Sie bildet weiter gegenüber den exogen ausgelösten Mechanismen ein symptompräformierendes Moment und dürfte hier auch von protrahierender Bedeutung sein, d. h. sie verlängert die Erkrankung über die übliche Dauer einer rein exogenen Psychose dieser Art hinaus.

Gegen meine Auffassung, daß hier zwei pathogenetische Faktoren angenommen werden müssen, wird man einwenden können, daß man

der endogenen Komponente zur Pathogenese gar nicht bedürfe, denn manische Zustände kämen auch als Auswirkung exogener Ursachen vor. Insbesondere hat seinerzeit *Bonhoeffer*¹⁾ darauf hingewiesen, „daß die manische Erregung der exogenen Entstehung nicht so ganz fremd ist.“ Rein manische Bilder hat *Bonhoeffer* bei Infektionspsychosen zwar nie gefunden, dagegen konnte er im Verlauf einer starken allgemeinen Hydropie bei Herzinsuffizienz das Bild einer typischen Manie sich aus einem deliranten Zustand heraus entwickeln sehen. Im Anschluß daran beschreibt *Bonhoeffer* noch Fälle posttraumatischer Psychosen, die offenbar mit unseren Kranken eine gewisse Ähnlichkeit haben, und die auch meine Auffassung über den Aufbau dieser Erkrankung zu bestätigen scheinen. Namentlich sein zweiter Fall, aber auch der erste, beginnen mit einem deliranten Bild und gehen dann in eine Manie über. Bei beiden Kranken ließen sich manisch-depressive Zustände vor den Unfällen nicht nachweisen. Das scheint mir gerade bei dem zweiten *Bonhoefferschen* Fall, einem 66jährigen Herrn, sehr bemerkenswert. Man wird bei diesem, ebenso wie bei meinem Patienten Heck, annehmen dürfen, daß es ohne die exogene Schädigung wohl nie zu einer manisch-depressiven Schwankung gekommen wäre, nachdem bis ins vorgerückte Lebensalter derartige Phasen niemals aufgetreten waren. Man braucht bei solchen Kranken aber nicht die *Anlage* zum manisch-depressiven Irresein zu leugnen, und *Bonhoeffer* selbst will diese seltenen Krankheitsbilder „mit besonderer Lokalisation, oder, was vielleicht auf dasselbe hinauskommt, mit individuellen, also schließlich doch endogenen Faktoren“ erklären. Er vermißt aber den klinischen Nachweis, daß diese „exogenen manischen Zustände mit den manisch-depressiven irgend etwas zu tun haben“. Nun ist es sehr gut möglich, daß z. B. der zweite *Bonhoeffersche* Patient, der früher für grob und leicht aufbrausend galt, nach der heutigen Auffassung vielleicht doch als ein manisch-depressives Temperament gedeutet werden könnte. Man wird das nachträglich natürlich nicht entscheiden können. Ich glaube aber, daß meine beiden ersten Fälle hier als Ergänzung herangezogen werden dürfen. Bei beiden ist die prämorbid Persönlichkeit wohl als typisch hypomanisch zu bezeichnen. Bei meinem ersten Falle ist außerdem die aus dem deliranten Bild hervorgegangene Manie in eine typische Depression umgeschlagen. Bei dem zweiten Fall hat bereits früher eine Schwankung stattgefunden, anscheinend ebenfalls in der Form einer verworrenen Manie. Außerdem hatten wir bei diesen Kranken Gelegenheit, nach Abklingen der Psychose seine Persönlichkeit als deutlich hypomanisch kennen zu lernen.

Bonhoeffer ist, wie er schreibt, auf diese manischen Zustandsbilder

¹⁾ Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, Bd. 32. S. 499. 1909.

deshalb näher eingegangen, weil ihm der Nachweis wichtig erschien, „daß auch Vergiftungen, Infektionskrankheiten, Autointoxikation bei Hydropie, schwere äußere Schädel- und apoplektische Hirntraumen ein Zustandsbild hervorrufen können, das wir erfahrungsgemäß sehr viel häufiger aus endogener Entstehung kennen“. Nach seiner Ansicht finden sich diese manischen Bilder aber nicht so häufig, daß man berechtigt wäre, sie den von ihm beschriebenen Reaktionsformen als gleichwertige exogene Typen an die Seite zu stellen. Ich glaube, daß es dieses Hinweises gar nicht bedarf. Wenigstens sehe ich in diesen Fällen keinen Widerspruch zu der grundlegenden Lehre *Bonhoeffers* von den exogenen Reaktionstypen, denn auch seine Fälle fangen an mit *deliranten*, also exogenen Zustandsbildern, und erst nach Verlauf einiger Zeit, die kaum kürzer ist, als es der Dauer der gewöhnlichen deliranten Episoden entspricht, beginnen die manischen Symptome. An der Auslösungsmöglichkeit manischer Zustände durch exogene Faktoren wird man nicht zu zweifeln brauchen. Aber offenbar wurde in diesem Falle die Manie nicht direkt durch eine exogene Ursache hervorgerufen, sondern zunächst kam es zu einer exogenen Psychose, und diese machte erst die endogene Phase flott. Wann im einzelnen die Manie oder wenigstens das Überwiegen der endogenen Symptome beginnt, ist nicht sicher zu sagen. Bei meinen Fällen waren z. T. schon von vornherein (ganz besonders bei Scher) immer aber recht früh (noch zur Zeit der Bewußtseinstäubung) manische Züge bemerkbar. Auch beim ersten Fall *Bonhoeffers* wird man ein wenigstens annähernd gleichzeitiges Bestehen manischer und deliranter Symptome annehmen dürfen, wenigstens glaube ich das aus der Angabe schließen zu können, daß bei Tag ein manisches Bild bestand, während bei Nacht noch gelegentlich delirante Symptome sich bemerkbar machten.

Wenn, wie *Bonhoeffer* betont, bei Fieber oder im Alkoholrausch manische Züge häufig hervortreten können, so braucht man nach meiner Auffassung daraus noch nicht zu folgern, daß reine manische Zustände unmittelbar aus einer exogenen Schädigung hervorgehen könnten, denn sowohl beim Fieber wie auch beim Alkoholrausch ist doch zum mindesten eine leichte Beeinträchtigung des Bewußtseins und damit ein für exogene Psychosen charakteristisches Symptom vorhanden¹⁾. Ich bezweifle übrigens, ob man diese manieähnlichen Züge bei Fieber und Alkoholintoxikation symptomatologisch mit denen einer reinen Manie ohne weiteres identifizieren darf. Ich habe den Eindruck, daß diese Erscheinungen Ausfluß eines gewissen unnatürlichen Spannungszustandes sind, wie er der reinen Manie durchaus fremd zu sein

¹⁾ Daß hier die Auslösung einer endogenen Phase nicht in Frage kommt, ergibt sich daraus, daß gerade bei diesen beiden Symptomenkomplexen die Abhängigkeit von der somatischen Grundkrankheit sehr deutlich zu sein pflegt.

pflegt. Ich glaube gerade bei meinen ersten beiden Fällen neben den ausgesprochen manischen Zügen noch die Auswirkung der exogenen Hyperlucidität und der Hypermetamorphose nachweisen zu können, die in ihrer abrupten, unausgeglichene, sprunghaften Art und Weise sich von der mehr natürlichen manischen Denkerleichterung und Ablenkbarkeit unterscheiden lassen.

Selbstverständlich wird es hierbei alle möglichen Übergänge geben, und wir finden auch bei Fieber und Alkoholrausch manische Züge dann, wenn es sich um hypomanische Naturen handelt, wie sie ja häufig bei chronischen Alkoholisten beobachtet werden.

Nun sollte man erwarten, daß analoge Bilder auch für die depressiven Zustände existieren müßten. Theoretisch besteht diese Möglichkeit durchaus. Ich muß aber zugeben, daß ich derartig aufgebaute Psychosen mit von vornherein depressivem Charakter nicht gesehen habe¹⁾. Ich glaube nun, daß das kein Zufall ist: wenn wir annehmen, daß exogene Noxen eine symptomatische Psychose hervorrufen und gleichzeitig eine Bereitschaft zu endogenen Psychosen aus der Latenz bringen, so wird man sich das um so leichter vorstellen können, wenn die Symptome der mitausgelösten endogenen Erkrankung gewisse symptomatologische Beziehungen zum exogenen Prädilektionstyp aufweisen, wenn sie wenigstens dieselbe Verlaufsrichtung oder gemeinsame Tendenzen der Entäußerung haben. In diesem Sinne hat die Manie entschieden mehr Berührungspunkte mit symptomatischen Psychosen als die Depression; ja man findet bei den an sich durchaus differenten Symptomenkomplexen wenigstens einige gemeinsame oder doch prinzipiell verwandte Einzelzüge, die den Kontakt vermitteln, die Mischung beider Symptomengruppen gewissermaßen erleichtern, oder doch ein Parallelgehen in einer gemeinsamen Richtung ermöglichen. Die Einzelsymptome können sich auf diese Weise wohl beeinflussen, sie können sich aber nicht gegenseitig aufheben oder unterdrücken. Eher sind sie in der Lage, sich gegenseitig zu verstärken. In anderem Zusammenhang hat *Mayer-Groß*²⁾ darauf hingewiesen, daß Ideenflucht und Ablenkbarkeit zu den Bestandteilen der Manie wie auch zu denen des zerfallenden Bewußtseins gehören können. Dabei betont er aber an anderer Stelle (Seite 242), meines Erachtens mit Recht, daß diese Anomalien des Denkablaufes im letzteren Falle nicht als zirkuläre Symptome gewertet werden dürfen. Aus diesen Erwägungen geht hervor, daß beim Zusammentreffen von exogenen Noxen mit einer manisch-depressiven Anlage es leichter zu verworrenen Manien kommen wird als zu entsprechend gebauten Depressionen.

¹⁾ Daß zwischendurch depressive Bilder oder Mischzustände vorkommen, ist richtig, hat aber mit der zu erörternden Frage direkt nichts zu tun.

²⁾ Selbstschilderungen der Verwirrtheit. S. 182. Berlin: Julius Springer 1924.

Deshalb brauchen Depressionen nicht von äußeren Einwirkungen unbeeinflussbar zu sein; Depressive Symptome würden aber im Symptomenbild nicht so auffallen, weil sie sehr wahrscheinlich von den exogenen Erscheinungen unterdrückt und überwuchert würden, während die manischen durch die exogene Einwirkung noch unterstrichen werden oder ihrerseits die symptomatische Psychose auffallender gestalten können. Wenn demnach mit einer Koexistenz depressiver und exogener Symptome weniger leicht zu rechnen ist, so könnten sich die depressiven Zeichen wenigstens nach Abklingen der symptomatischen Psychose bemerkbar machen, und das beobachtet man in der Tat nicht so selten. Man wird dabei aber kaum geneigt sein, von einer besonderen Form einer Psychose zu reden, vielmehr wird man eine depressive Stimmungslage im Anschluß an eine schwere schwächende Erkrankung leicht begreiflich finden, und sie für reaktiv halten, ohne dabei eine zirkuläre Anlage vorauszusetzen, eine Tatsache, auf die *Krisch*¹⁾ schon aufmerksam gemacht hat.

*Lange*²⁾ beschreibt bei seinen allerdings in anderem Zusammenhang mitgeteilten Fällen eine Reihe von Manisch-depressiven mit Bewußtseinstörung. Diese Fälle scheinen zwar in ihrem besonderen Aufbau nicht den hier dargestellten Krankheitsbildern zu entsprechen, ich möchte sie aber trotzdem erwähnen, weil *Langes* Ausführungen über diese Fälle von prinzipiellem Interesse auch für unsere Fragestellungen sind. Bei einem Teil dieser Kranken reicht, wie *Lange* ausführt, die Annahme einer Steigerung der gewöhnlichen manisch-depressiven Störungen zur Erklärung der Bewußtseinstörung aus. Für andere Fälle werden noch eine Reihe weiterer Entstehungsbedingungen zur Begründung herangezogen, so eine besondere Anlage zu Bewußtseinstörungen, die neben der zirkulären vorhanden sein könnte (hier kommen Hysterie und Epilepsie in Betracht), und dann wird die Möglichkeit eines besonders intensiven Krankheitsvorganges im Sinne von *G. Specht* ventiliert. Dagegen schätzt *Lange* den Einfluß von Infektionen für die Gestaltung manisch-depressiver Krankheitsbilder sehr gering ein (S. 64); daß zirkuläre Anfälle durch Ansteckungen aller Art zur Auslösung kommen können, steht auch für ihn fest, doch scheinen sie, selbst wenn ein engerer Zusammenhang mit der auslösenden Ursache vorhanden ist, nur außerordentlich selten eine Ausgestaltung im Sinne der *Bonhoefferschen* Prädilektionstypen zu erfahren. Er erwähnt nur eine Kranke, die zweimal bei Infektionen psychotisch wurde, und beide Male über einen kurzdauernden „hypomanischen“ Zustand gesundete. Da diese übrigens nicht näher beschriebene Kranke aber in Vorgeschichte, Persönlichkeit

¹⁾ Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol., 57, 271. 1925.

²⁾ Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin 1922.

und Erbllichkeit keine Anhaltspunkte für die Annahme einer zirkulären Erkrankung bot, hält er diesen Fall nicht für beweisend für die Entstehungsmöglichkeit derartiger Krankheitsbilder. Wenn man auch mit *Lange* der Meinung sein darf, daß das manisch-depressive Irresein von sich aus Zustandsbilder hervorbringen kann, die symptomatischen Psychosen ähnlich sehen (die verworrene Manie im ursprünglichen *Wernickeschen* Sinne), so möchte ich gerade im Hinblick auf die hier beschriebenen Fälle, aber auch auf sonstige Erfahrungen die „symptomatische“ Färbung manisch-depressiver Krankheitsbilder nicht für so sehr selten halten, wie *Lange* es in seinen Schlußsätzen formuliert (S. 159); es muß dabei berücksichtigt werden, daß anscheinend keine sehr intensive exogene Noxe zur Erzeugung resp. zur Ausgestaltung dieser Krankheitsbilder zu gehören braucht. *Lange* selbst teilt ja Fälle mit, wo z. B. der Alkoholismus eine derartige Wirkung ausgeübt hat; vielleicht kann man auch in seinem Falle Gneis dem Typhus eine solche formgestaltende Wirkung zuschreiben. Für sehr bemerkenswert halte ich noch die kurze Andeutung von *Lange* über die epileptische Belastung mit dem Hinweis, daß sie möglicherweise manische Zustandsbilder pathoplastisch im Sinne einer Bewußtseinstrübung beeinflusst.

Die von *Mayer-Groß*¹⁾ beschriebenen Psychosen mit oneiroiden Erlebnisformen scheinen mir anderer Art zu sein als die hier mitgeteilten. Ich möchte nur auf einen Punkt eingehen. *Mayer-Groß* meint (S. 188), daß seine traumartigen Psychosen nicht durch eine einfache Steigerung der allgemeinen Wirkung des (unbekannten) Krankheitsgiftes zustande kommen (das wäre etwa die Entstehungsart der verworrenen Manie im Sinne von *Wernicke*). Er glaubt vielmehr annehmen zu müssen, daß die unbekannte Schädlichkeit ähnlich dem natürlichen Schlaf an einer umschriebenen Stelle (die vorläufig unbekannt ist), einwirken müßte, damit die oneiroide Erlebnisform in Erscheinung tritt. Ich bin nicht sicher, ob *Mayer-Groß* das im hirnpathologischen Sinne meint. Wenn das der Fall sein sollte, so möchte ich jedenfalls für meine Kranken eine derartige Entstehungsmöglichkeit ablehnen, haben doch nicht einmal bei der Paralyse sich solche Erklärungsversuche für das Zustandekommen auffälliger Symptome durch den anatomischen Befund bestätigen lassen²⁾. Ich kann selbstverständlich über die Entstehung der Fälle von *Mayer-Groß* kein Urteil abgeben, glaube aber, daß bei meinen Kranken durch das Zusammentreffen von exogener Schädigung mit manisch-depressiver Bereitschaft Pathogenese und Symptomgestaltung in annehmbarer Weise erklärt wird. Daß es daneben auch andere Entstehungsmöglichkeiten für verworrene Manien gibt, ist sehr wohl möglich, z. B. wird die von *Mayer-Groß* bei seinen Fällen herausgearbeitete starke Vorstellungs-

¹⁾ l. c.

²⁾ Vgl. *Spielmeyer*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, 97, 287, 1925.

begabung mit lebhafter Phantasiebereitschaft, die, durch schizophrene oder manische Erkrankungen an die Oberfläche gerissen, zu atypischen Psychosen mit oneiroider Erlebnisform führen, bei weniger produktiven Menschen vielleicht auch einmal Bilder ähnlich der verworrenen Manie hervorrufen können. Weiter sieht man ja auch gelegentlich ohne greifbare exogene Ursache Manien von vornherein mit einer meist allerdings nur kurzdauernden Verwirrenheit akut beginnen. Die hier mitgeteilten Fälle weisen aber eindringlich auf die Notwendigkeit hin, bei allen solchen Fällen nach exogenen Ursachen oder Mitursachen zu fahnden; man wird eine solche auch dann nicht für ganz ausgeschlossen halten dürfen, wenn zunächst keine exogenen Schädigungen vorzuliegen scheinen.

Auch das wiederholte Auftreten von solchen Zuständen braucht, wie ich im Gegensatz zu *Mayer-Groß* (S. 181) annehmen möchte, der exogenen Verursachung nicht zu widersprechen. Besonders dann nicht, wenn es sich als richtig herausstellen sollte, daß nach einmaligem Überstehen einer exogen veranlaßten Psychose schon geringfügige Noxen genügen, um eine erneute Auslösung zu bewerkstelligen.

Die Beobachtung solcher Fälle läßt mancherlei andere Probleme auftauchen. Insbesondere wird man einmal die Frage aufwerfen müssen, ob bei Leuten mit ausgesprochen manisch-depressiver Veranlagung überhaupt typische symptomatische Psychosen auftreten. Es wäre ja möglich, daß bei solchen Personen die Bereitschaft zu manisch-depressiven Erkrankungen es bei gegebener Veranlassung entweder zu organisch gefärbten Manien kommen läßt oder zu verworrenen Manien in dem hier beschriebenen Sinne, bei denen dann die endogene Erkrankung, das auslösende körperliche Leiden überdauernd, ihre eigenen Wege geht.

Sollten bei den im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung oder bei den im Wochenbett entstehenden Schizophrenien nicht analoge Verhältnisse vorliegen? Wir machen so häufig die Erfahrung, daß exogene Psychosen von typischer Symptomatologie mit Abklingen der somatischen Grundkrankheit nicht verschwinden, sondern bei Aufhellung der Bewußtseinstrübung ein schizophrenes Bild zeigen, um schließlich als schwere Schizophrenie zu enden. Wir haben uns das bis jetzt meist durch eine Fehldiagnose erklärt und nehmen an, daß es sich von vornherein um eine — allenfalls exogen ausgelöste — Schizophrenie gehandelt hat, die wir nur wegen der exogenen Noxe und wegen der Bewußtseinstrübung für eine symptomatische Psychose gehalten haben. Es kann sein, daß diese Auffassung zu Recht besteht; möglich ist aber auch, daß es sich bei diesen Vorgängen um einen ähnlichen Mechanismus handelt, wie bei der Entstehung der hier beschriebenen verworrenen Manien; nur daß hier die exogene Ursache nicht einen Menschen mit *zirkulärer* Anlage trifft, sondern einen, der eine Bereitschaft zu *schizophrenen* Erkrankung hat. Wenn diese Annahme richtig ist, würde die

exogene Noxe zunächst die symptomatische Psychose mit ihrem ganzen symptomatologischen Apparat in Bewegung setzen, aber gleichzeitig die Neigung zu schizophrener Erkrankung flott machen. Anfangs könnte man aus der Mischung die einzelnen Komponenten nicht herausdifferenzieren, dazu wäre man noch weniger in der Lage als bei der verworrenen Manie, da katatone Symptome bei beiden Erkrankungen vorkommen, und da die Inkohärenz sich wenigstens äußerlich, nur durch die Bewußtseinstörung von der Zerfahrenheit unterscheiden läßt¹⁾. Nach Abklingen der durch die exogene Noxe hervorgerufenen Wirkungen würde dann die schizophrene Erkrankung klar zutage treten, resp. nach Schwinden der Bewußtseinstörung sicher diagnostizierbar sein; sie würde, ebenso wie in unseren Fällen die Manie, ihre eigenen Wege gehen, die aber nicht wie bei der verworrenen Manie direkt oder auf dem Umwege über die Depression zur Gesundung führt, sondern die Richtung zum Defekt aufweist, ein Weg, der vielleicht durch die exogene schwächende Erkrankung noch besonders gebahnt ist. Selbstverständlich handelt es sich hier nur um eine Möglichkeit, für die sichere Belege nicht erbracht werden können und auch der Natur der Sache nach kaum in überzeugender Weise zu beschaffen sein werden. Diese Frage sollte nur erwähnt werden, weil mir daran lag, zu zeigen, daß der Mechanismus, den ich bei der Entstehung dieser Fälle von verworrener Manie annehme, nicht auf diese Erkrankung beschränkt zu sein braucht, sondern eine prinzipielle Bedeutung haben kann. Vielleicht läßt sich auf diesem Wege gelegentlich auch einmal das Manifestwerden einer Paralyse oder einer senilen Demenz nach einer exogenen Ursache erklären.

Zusammenfassung.

Es gibt Krankheitsfälle vom Symptomenbild der verworrenen Manie, die nicht einer einfachen Steigerung manischer Vorgänge ihre Entstehung verdanken, sondern bei denen eine exogene Noxe auf eine manische Anlage trifft. Es handelt sich dabei nicht einfach um eine symptomgestaltende Wirkung durch einen dieser Faktoren, sondern um eine kompliziert gebaute Psychose, wenn man so sagen will, um ein Zusammentreffen zweier Psychosen, bei denen weder die endogene Anlage noch auch die exogene Noxe als pathogenetischer Faktor im Sinne *Birnbaums* entbehrt werden können. Die Symptome beeinflussen sich gegenseitig, so daß es zu diagnostisch schwer deutbaren Krankheitsbildern kommt, bei denen jeder Bestandteil trotz Verkoppelung mit dem anderen seine eigenen Wege geht, d. h. die exogenen Erscheinungen bleiben im wesentlichen abhängig von der somatischen Grundkrank-

¹⁾ Daß sich inkohärentes Denken in bezug auf seine Entstehung und dann phänomenologisch vom zerfahrenen Denken wesentlich unterscheiden kann, ist *Mayer-Groß* zuzugeben. Klin. Wochenschr., 1925, Heft 41.

heit, während der endogene Anteil unabhängig von ihr entweder in eine Depression übergeht oder allmählich in typischer Weise abklingt.

Die exogene Noxe kann verhältnismäßig geringfügig sein oder versteckt liegen, so daß gelegentlich nach ihr gesucht werden muß.

Da beim Zustandekommen dieser Psychose das Zusammentreffen zweier pathogenetischer Momente nötig ist, so kann die Wahrscheinlichkeit, daß sie sich in dieser Form mehrmals im Leben wiederholen, nicht sehr groß sein. Wenn wir trotzdem bei 2 Fällen ein mehrmaliges Auftreten beobachtet haben, so ist das so zu deuten, daß die Ansprechbarkeit exogener Symptome durch ein einmaliges Auftreten gesteigert wird, daß der exogene Mechanismus zum zweitenmal verhältnismäßig leicht und schon durch relativ geringfügige Ursachen in Gang gesetzt werden kann. Vielleicht können sogar durch endogene Schwankungen in solchen Fällen exogene Symptome ausgelöst werden. Ebenso leicht kann aber auch dann die endogene Bereitschaft unter der Einwirkung geringfügiger Ursachen zu einer Manie oder Depression führen, die, einmal ausgelöst, ihre Abhängigkeit von der exogenen Noxe verliert und in ihrem Verlauf ihren eigenen Gesetzen folgt.

Manisch-depressive Belastung ist bei einigen Fällen vorhanden, für eine familiäre Neigung zu symptomatischen Psychosen ergaben sich keine Anhaltspunkte.

Die beim Zustandekommen dieser Psychosen herrschenden Prinzipien scheinen mir auch eine allgemeinere Anwendungsmöglichkeit zu besitzen. Das Grundsätzliche besteht dabei in folgendem: Zwei, für sich am gegebenen Zeitpunkt noch nicht notwendig pathogene Momente treffen zusammen; sie verstärken sich dadurch zu einer krankheits-erzeugenden Wirkung und rufen so eine Psychose hervor, deren Erscheinungen durch pathoplastische Einflüsse beider Komponenten erklärt werden müssen. Trotz inniger Vermischung der *Symptome* bleiben beide Krankheitsvorgänge unabhängig voneinander, wie sich aus dem Verlauf ergibt.

Das Zustandekommen einer solchen Psychose wird sehr wahrscheinlich dann erleichtert, wenn die in Frage kommenden Syndrome gemeinsame Einzelsymptome haben oder parallel gehende Entäußerungsmöglichkeiten besitzen (wenn z. B. beide zur motorischen oder gedanklichen Erregung disponieren).

Die Prognose wird abhängig sein von der längerdauernden Teilpsychose, die zugleich auf den anderen Anteil eine beim Aufbau und Verlauf nicht unwichtige protrahierende Wirkung ausübt.