

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München
[Direktor: Prof. *Oswald Bumke*.])

Über die Provokation endogener Psychosen durch beginnende Paralysen.

Von

Ottmar Oeschey,
Assistent der Klinik.

(*Eingegangen am 16. März 1933.*)

Ausgangspunkt für die folgenden Untersuchungen ist das Studium der Zusammenhänge zwischen präpsychotischer Persönlichkeit und klinischem Bild der progressiven Paralyse.

Bei den meisten Fällen von Paralyse, in denen es zur Ausprägung besonderer „Randsymptome“ kommt (*Hoche*), lässt sich eine deutliche Beziehung zwischen der präpsychotischen Persönlichkeit und diesen mehr oder minder akzessorischen, den in der Konstitution vorgebildeten Syndromen feststellen (*Bostroem*). Wichtig ist dabei freilich eine geeignete Auswahl der Fälle. In allen Krankheitsbildern, bei denen es sich um fortgeschrittene Paralysen handelt, wenn also das „Achsen-symptom“ der Paralyse, die Demenz (*Hoche*) dominiert, ist es nicht mehr möglich, wesentlichere Züge aus der prämorbiden Persönlichkeit aufzuzeigen. Naturgemäß sind dann alle feineren Schattierungen verlorengegangen, die allein den Weg zur Erkenntnis der früheren Persönlichkeit erschließen könnten. Wenn man dies berücksichtigt und somit beginnende Fälle beobachtet, so erweist sich die gründliche Erforschung der präpsychotischen Persönlichkeit als eine wichtige Voraussetzung für das Verständnis der vielfältigen Zustandsformen und der verschiedenartigen Verläufe der Paralyse.

In diesem Sinne wurden in den Jahren 1926/27 an der Münchener Klinik 25 geeignete Fälle von Paralyse untersucht¹. *Bostroem* hat in seiner Darstellung der Paralyse in *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten über die Ergebnisse dieser Untersuchungen berichtet.

Es ergab sich dabei folgendes:

Die individuelle Gestaltung der Paralyse ist in den *meisten* Fällen durch die Temperamentsveranlagung der Kranken bestimmt. Menschen,

¹ *Oeschey*: Die Bedeutung der präpsychotischen Persönlichkeit für das klinische Bild der Paralyse. Inaug.-Diss. München 1928.

die nach dem Syntonen ausschlagen, zeigen in der Regel ein manisch-depressives, Menschen mit dystoner Reaktionsart ein vorwiegend dystones Bild. Bei allen Fällen treten die wesentlichsten Züge der präpsychotischen Persönlichkeit als pathoplastische Randsymptome in Erscheinung. Die Wirkung des paralytischen Hirnprozesses ist in erster Linie eine enthemmende, meist kommt es zu einer erheblichen Vergrößerung prämorbidiger Komponenten. Artfremde psychische Symptome treten nicht auf. In den ausgeprägteren Fällen läßt sich ohne weiteres aus den klinischen Erscheinungen auf die präpsychotische Veranlagung zurückschließen. Im Verlauf dieser Untersuchungen wurde der Versuch unternommen, gewisse Einteilungen der *Klagesschen* Charakterologie auf das Krankenmaterial anzuwenden, zumal in Beziehung auf das Verhalten der persönlichen Willensveranlagung. Dabei wurde folgendes beobachtet:

Hand in Hand mit dem intellektuellen Abbau schwand zuerst auch die Fähigkeit zur Willensentschließung und damit zur Selbstbeherrschung.

Bei besonders willensstarken Menschen (syntoner und dystoner Art) blieben neben dem Erhaltensein der Willensenergie auch die sonstigen geistigen Fähigkeiten relativ wenig angegriffen. Weniger eindeutig waren die Wandlungen der Willenserregbarkeit (also des mehr temperamentbedingten Anteiles des Willenslebens), die sich als Spontaneität und Regsamkeit darstellen. Fast in allen Fällen war gerade die Spontaneität stark herabgemindert und vielfach erloschen. Die Willensrichtung („Strebungen, Triebfedern“ nach *Klages*) blieb bei den meisten wenig fortgeschrittenen Fällen im wesentlichen erhalten.

Die Verschiedenartigkeit der klinischen Erscheinungsform der Paralyse wurde durch die Anwendung der Fiebertherapie, besonders der Malariabehandlung augenfällig verdeutlicht. Der Vielfältigkeit des klinischen Bildes entsprach auch bei unbehandelten Fällen ein verschiedenartiger, zumal ein verschieden rascher Verlauf, dementsprechend zeigte sich bei der Therapie ein wechselnder Erfolg.

Kraepelin betonte den langsamen Verlauf bei Paralysen mit „endogenem Zustandsbild“ in seiner Darstellung der „zirkulären Form“ der Paralyse. Über dieselbe Erfahrung berichtete *Joh. Lange*. *Kraepelin* sah in der „zirkulären Paralyse“ eine ungewöhnlich milde Form. Er stellt fest, daß öfters manische oder depressive Zustände im Beginn der Erkrankung aufzutreten pflegen und daß dem ersten Ausbruch ein länger dauernder Stillstand folgen kann. *Schröder* hat ähnliche Erfahrungen bei der Erforschung der Remissionen gemacht.

Bostroem hat in seiner Arbeit über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse nachgewiesen, daß es sich bei den meisten Fällen *Kraepelins* um provozierte manisch-depressive (thymopathische) Zustandsbilder gehandelt hat.

Schwieriger liegen zweifellos die Verhältnisse beim Auftreten schizophrener Zustandsbilder. Die Deutung dieser Psychosen ist noch recht

problematisch. *Gerstmann* führt die schizophrenieähnlichen Bilder, die bei defektgeheilten Paralytikern auftreten, direkt auf die Fieberbehandlung zurück. *Bostroem* nimmt an, daß bei den meisten Kranken mit schizophrenen Syndromen schizoide oder dystone Komponenten in der ursprünglichen Persönlichkeit bereitliegen und sich bei genauer Erforschung der Vorgeschichte herausarbeiten lassen. *Th. Johannes* geht bei seiner Studie über die Sinnestäuschungen bei Paralyse nicht näher auf deren Genese ein. Er kann für die nach der Malariaikur halluzinierenden Paralytiker ebenso wie *Gerstmann* keine besonderen hereditären Momente verantwortlich machen.

Wesentlich für die vorliegenden Untersuchungen ist die Beobachtung von Paralysen, die bereits vor der Therapie ausgesprochen schizophrene Syndrome zeigten. Unter den oben erwähnten 25 Fällen der Münchener Klinik ergab sich bei 6 Fällen mit schizophrener Symptomatik eine schizoide Anlage als Grundlage, nur bei 3 Fällen traten schizophrene Züge im Gefolge der Behandlung auf, für die sich keine Beziehungen zur präpsychotischen Wesensart finden ließen.

Bostroem ist zu seiner Fragestellung durch bestimmte Fälle von *Spielmeyer* und *Nonne* geführt worden. Er ging von *Spielmeyers* Behauptung aus, daß „eine anatomisch bereits vorhandene Paralyse unter Umständen die Befallenen in keiner Weise paralytisch oder überhaupt psychisch krank erscheinen läßt“. Im Anschluß an diese Überlegungen veröffentlichte *Bostroem* zunächst einen besonders gelagerten Fall (Fall 1, Ma. J.), bei dem ein ausgesprochen *hyperthymes* Temperament vorlag, dem dann in der akuten Psychose ein unverkennbar manisches Zustandsbild entsprach, auf das nach einem 4—5monatigen Stillstand (mit fehlenden paralytischen Symptomen!) eine schwere Depression folgte. *Bostroem* hält, sowohl nach den typischen Stimmungsschwankungen, die bei diesem Krankheitsfall auftraten, als auch besonders nach dem relativ langen, symptomlosen Intervall zwischen den beiden Phasen daran fest, daß es sich hier um eine echte, nach ihrem Verlauf selbständige Manie handelt, deren Besonderheit ist, daß sie durch den beginnenden paralytischen Hirnprozeß ausgelöst wurde — also nicht etwa nur um ein „*pseudomanisches*“ Zustandsbild im Gefolge der Paralyse. Im Anschluß an diesen einen Fall teilt *Bostroem* in seiner Arbeit 6 weitere Fälle mit. Dabei ist es ihm besonders darum zu tun, die *Selbständigkeit des Verlaufs* der durch die Paralyse ausgelösten endogenen Phasen in den Vordergrund zu stellen. Nach *Bostroem* handelt es sich bei diesen Fällen nicht einfach um Remissionen und damit um „*Streckung der Krankheitslinie*“ (*Pönnitz*), sondern um *selbständige* Verläufe, die durch den organischen Prozeß ausgelöst wurden, sich aber von der eigentlichen paralytischen Verblödung scharf trennen lassen.

Bostroems Fall 1 (Ma. J.) wurde, da die Paralyse zunächst nicht klinisch erkannt wurde, nicht mit einer Fiebertherapie behandelt, er

starb an einer interkurrenten Erkrankung. Die übrigen Fälle wurden jedoch alle mit Malaria behandelt. *Bostroem* betont ausdrücklich die Bedeutung des von ihm aufgezeigten Mechanismus der Provokation derartiger endogener Psychosen für die Therapie. Bei richtiger Würdigung dieses Mechanismus kommen die Kranken schon im Frühstadium zur Behandlung, wenn die Paralyse erst eine „schwache, auch pathoplastisch noch bedeutungslose, aber als Reiz wirksame exogene organische Hirnschädigung“ darstellt.

4 der von *Bostroem* bearbeiteten Fälle gehören wie der Fall (Ma. J.) dem manisch-depressiven Formkreis an, dementsprechend haben sie quoad sanationem eine günstige Prognose bei frühzeitiger therapeutischer Erfassung. Ungleich ungünstiger sind, gemäß ihrer Zugehörigkeit zum schizophrenen Formkreis, die beiden letzten Fälle.

Im folgenden seien weitere 8 Fälle der Münchener Klinik unter dem Gesichtspunkt der *Bostroemschen* Fragestellung dargestellt.

Diesen 8 Fällen soll aber zunächst katamnestisch der Fall 7 (Ga., Wanda, geboren 1878) von *Bostroem* vorangestellt werden. Dieser Fall wurde inzwischen weitere 4 Jahre in der Klinik beobachtet.

1. Ga., Wanda, geboren 1878. In der Klinik seit 26. 1. 26¹.

Luische Infektion vor 24 Jahren. 8 Wochen vor der Aufnahme durch Stimmen hören aufgefallen, spann sich vollkommen ein, lebte „ganz in ihrer Welt“.

Bei der Aufnahme: Reflektor. Pupillenstarre, keine Sprachstörung, Areflexie der Patellar- und Achillessehne, Kältehyperästhesie am Rücken. Wa.R. im Serum +++, im Liquor +++ bei 0,6 und 1,0. Nonne: Opalescenz, Gesamteiweiß 5/12,0%. 3/3 Zellen. Normomastixreaktion: Paralysekurve. Goldsolreaktion: Atypische Paralysekurve.

Im Vordergrund: Halluzinose. Lacht teilweise über den „Unsinn“, der ihr eingegeben wird. Intellektuell nicht herabgesetzt.

Februar 1926 Recurrenskur. Daraufhin Progression: Halluzinationen neben massiven Größenideen. Dabei Gesichtsausdruck schlaff, Sprache verwaschen. Dabei aber Besserung des Liquorbefundes. Mit Besserung der körperlichen Schwäche verlieren die Größenideen alles Schwächliche und Impotente.

Dezember 1926 Malariaikur. Psychisch keine Änderung. Massive Größenideen in unnahbarer Haltung vorgebracht, äußerst originelle Produktivität. Affektiv reizbar, Stimmung nie euphorisch, eher verbissen überlegen. Halluzinationen neben phantastischen Größenideen mit ausgesprochenem Autismus.

Weiterer Verlauf. 1928: Läßt sich stets zu phantastischen Größenideen anregen, spontan meist sehr distanziert, gelegentlich aber aggressiv. Beschimpft den Arzt humorvoll: „Sie sind ein frei praktizierender Nerventrampler!“ Gelegentlich stiehlt sie aus fremden Nachtkästchen und teilt die Beute mit gnädiger Geste als Geschenke aus. Allabendlich umständliche und lang dauernde Bettzeremonien; gestikuliert heftig, wenn man ihr zusieht, macht großspurige Gesten.

1929: Unveränderter Wechsel zwischen huldvoller Herablassung und kühler Ablehnung. Unveränderte Größenideen. Sprache wird immer schlechter, schlampiger, zeitweilig ganz unverständlich. Gelegentlich wäscht sie ihre Haare im Klosett.

¹ Näheres s. *Bostroem*: Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse usw. Arch. f. Psychiatr. 86, 168—171.

1. 8. 29: 5. Lumbalpunktion: 2/3 Zellen, Nonne: Opaleszenz, Gesamteiweiß 1/3000. Wa.R. und Sachs-Georgi: Ø bis 1,0. Kolloidkurven: Geringe Lueszacken.

1930. Autistische Grundhaltung, maniriert-verschrobenes Gebaren; geht immer auf Zehenspitzen. Erzählt, sie sei auf einem rings mit einer großen Säge abgeschnittenen Stück Erde, sie schwebt in der Luft. Eine Schlacht zwischen Karl dem Großen und Alexander dem Großen ist in den Karpathen entbrannt, sie selbst ist eine Borgia, die Letzte des Geschlechtes.

1931. Immer dasselbe Bild: Wechselt zwischen hoheitsvoller Maniriertheit, autistischer Starre und phantastischen Größenideen. Ringt die Hände, grimassiert tänzelt. Gelegentlich schwer erregt, ängstlich-gespannt, lässt auch Urin unter sich. Bezeichnet sich als Fürstin von Hohenzollern und Habsburg, mahlt oft tagelang die Kiefer gegeneinander, sitzt in katatoner Haltung im Bett.

1932. Sprache schlechter geworden, eigenartig monoton, meist unverständlich. Stereotype Selbstbeschäftigung (stundenlanges Vor-sich-hin-Murmeln) wechseln mit abrupten, aggressiven Ablehnungen (schlägt sehr oft zu). Verlangt jeden Tag ihre Kleider, erzählt von ihren Gütern, ihren Kleidern, Pferden, Autos und Schiffen, nennt sich zugleich Prinz Heinrich von Preußen und Kaiserin Viktoria von England — sie lebt ewig, auch Kant, Goethe, Shakespeare und Homer leben noch in Afrika und in der Schweiz... Gelegentlich von unwiderstehlicher Liebenswürdigkeit, nennt die Schwestern „Haubendamen“, tanzt dann und wann durch den ganzen Saal, manifestiert Meinungsverschiedenheiten mit Ohrfeigen. Im wesentlichen spontan, autistisch; Urteilsfragen lehnt sie als Lächerlichkeiten schroff ab.

Epikrise.

Der weitere Verlauf dieses Falles gibt der *Bostroemschen* Auffassung recht, daß es sich nicht um eine „Luespsychose (Halluzinose) mit Tabes“ handelte, sondern um eine Paralyse, die eine anlagemäßig bereitliegende Schizophrenie (in paraphrener Form) ausgelöst hat und im Anschluß an die zweimalige Fieberbehandlung zum Stillstand gekommen ist, während die schizophrene Erkrankung sich selbstständig weiter entwickelt hat.

Nach *Bostroem* ist die beginnende Paralyse so frühzeitig abgebremst worden, daß es nicht zur Ausbildung typischer Paralysesymptome gekommen ist. *Bostroem* glaubt, daß die Paralyse hier nur vorübergehend pathoplastisch gewirkt hat.

Der Liquor bei Frau G. ist nun schon seit 5 Jahren vollkommen saniert, das paraphrene Zustandsbild ist seit 6 Jahren unverändert konstant geblieben. Der jetzige chronische Zustand ist prognostisch aussichtslos zu nennen. Es ist nicht sicher zu sagen, was man jetzt noch als paralytische Restsymptome auffassen kann. Die Größenideen sind problematisch. Typisch für Paralyse ist noch am ehesten die Kritiklosigkeit, die den Größenideen zugrunde liegen muß. Gelegentlich glaubt man bei Frau G. eine gewisse affektive Stumpfheit zu sehen, aber sie straft dann immer wieder durch ihre jähre Gereiztheit und ihre kühle, energische Abwehr Lügen.

Wesentlich ist dieser Fall als Beitrag zum Problem der Größenideen. Von Anfang an haben hier die Größenideen einen phantastischen Charakter,

sie zielen ins Maßlose und sie bleiben so 6 Jahre lang unvermindert bestehen. Eine Demenz liegt nicht vor. Besonders interessant ist, daß jeder manische oder auch nur hyperthyme Einschlag fehlt. Sowohl in der prämorbidien Persönlichkeit als im Verlauf der Psychose.

2. Karl Gr., Werkstättenführer, geboren 18.2.1888. In der Klinik: 7.4.—11.6. 1931.

Vorgeschichte. Vater „sehr gesetzt“, ruhige Natur gewesen, harmonisch. Mutter lebt noch, gesund. Familienanamnese o. B. Immer gesund gewesen, schon mit 6 Jahren im Turnverein, lernte zusammen mit seinem Bruder bei seinem Vater als Artist, trat schon mit 10 Jahren auf, wurde Akrobat bei verschiedenen Wanderruppen, wurde etwas unregelmäßig privat unterrichtet, im übrigen „autodidakt“.

1908, beim Militär luische Infektion, bekam eine Quecksilberinjektionskur und eine Schmierkur; später nicht mehr behandelt.

Seit 1911 als Akrobat in England, wurde 1914 auf der Insel Man interniert, betätigte sich auch dort noch viel als Turner und Akrobat. 1919 kam er zur städtischen Straßenbahn, wurde Werkstättenführer, bis zur Aufnahme. 1922 Heirat, 1 Kind, 8 Jahre alt; keine Aborte. Sei immer ruhig gewesen, verträglich, Gesellschafter, überall gern gesehen, hatte nie Konflikte. Unter Freunden bekannt als Spaßmacher. Glückliche Ehe.

(1 Jahr vor der Aufnahme fiel er in einen Schacht, soll 1 Stunde bewußtlos gewesen sein, arbeitete aber wieder weiter.)

Erst wenige Wochen vor der Aufnahme etwas verändert, unruhig, hastig, magerte ab. 7 Tage vor der Aufnahme großer Rededrang, ließ niemand zu Worte kommen, war sofort gereizt, vertrug keinen Widerspruch, hatte allerlei Pläne, wollte von der Straßenbahn weg, „Korrespondent“ werden, um sein Englisch zu verwerten. Nach Angaben der Frau redete er nichts Unsinniges, sondern nur Überflüssiges. Die Libido hatte schon geraume Zeit vorher auffällig abgenommen. Patient ging selbst zum Vertrausenarzt seiner Kasse, war mit der Aufnahme in die Klinik einverstanden.

Verlauf. Unwiderstehlicher Rededrang, fabuliert, leicht ideenflüchtig. Er sei nicht krank, man solle seine Muskeln sehen, er sei Athlet, Artist, viel besser als Rastelli, er habe sich 11 Jahre lang bei der Straßenbahn unterdrücken lassen, er gehe jetzt fort, seine ausgezeichneten Sprachkenntnisse zu verwerten. Lebhafte Mimik, eindringliche Gesten, wird mit seiner Rede nie fertig, hält beständig lehrend-vertrauliche Vorträge an andere Patienten im Bad. Intelligenzdefekte sind nicht feststellbar; G. läßt sich allerdings kaum zu einer exakten Exploration fixieren.

Körperlich: Sehr kräftig, pyknischer Habitus, ausgezeichneter Ernährungszustand. Reflektorische Pupillenträgheit. Wa.R. im Serum +++; Sachs-Georgi +++. Liquor (10.4.31): 111/3 Zellen, Nonne +, Gesamteiweiß $\frac{3}{4} \text{ %}$. Wa.R. ++++ bei 0,3. Sachs-Georgi negativ bis 0,3. Typische Paralysekurven der Normomastix- und Goldsolreaktion.

13.4.31. Mit Malariablut geimpft. 3.5.31 nach 6 Fieberanfällen abgebrochen. 9.5.31 entfiebert. Decubitalgeschwür am Kreuz. Während der Kur gleichbleibend, immerfort redelustig, läuft auch im Fieber geschäftig herum, beruhigt sich nur auf große Luminaldosen. Gelegentlich affektlabil.

Anfang Juni 1931. Erholt sich körperlich ausgezeichnet, psychisch etwas ruhiger. Erzählt aber distanzlos zu jedermann von der wunderbaren Heilung seiner Syphilis, hält sich für kerngesund, prahlt mit seiner Kraft. Gute Gewichtszunahme.

Punktion 29.5.31. 5/3 Zellen, Nonne +, $\frac{5}{10} \text{ %}$ Gesamteiweiß. Wa.R. ++ bei 0,2; +++; bei 0,6; Sachs-Georgi negativ bei 0,3. Serum —, Wa.R. unverändert.

11. 6. 31. In die Anstalt verlegt. Im wesentlichen unverändert, geschwächtig, leicht euphorisch; keine Demenz. Beginnende Remission.

Vom 11. 6. bis 17. 10. 31 in der Heilanstalt Haar. Dort bald im Freien gearbeitet, weiterhin erholt. Im Juli 1931 auf 3 Wochen probeweise beurlaubt. Kam damals in einem ausgesprochenen depressiven Zustand zu Besuch in die Klinik: Er sei schwer krank, es werde nie mehr besser, er habe sich zugrunde gerichtet, es sei das beste, wenn er sterben könne. Verlangte selbst wieder in die Anstalt zurück.

17. 10. 31. Auf Antrag der Frau entlassen, gebessert.

Katamnese. Kommt im November und Anfang Februar besuchsweise in die Klinik. Hat sich ausgezeichnet erholt, erheblich an Gewicht zugenommen. Gesichtszüge straff. Pupillen unverändert; sonst neurologisch o. B.

Psychisch kein Defekt nachweisbar. Keine Sprachstörung, rechnet ausgezeichnet, Merkfähigkeit sehr gut, gibt eine Menge von Rechenrätsel zum besten; erinnert sich genau an alle Einzelheiten seines Aufenthaltes. G. ist gewandt, lebhaft, aufgeschlossen in der Unterredung, sein Urteil ist einwandfrei, Gedankengang und Auffassung prompt. Stimmung sehr gut, hyperthym. Die Frau sagt G. sei in seiner besten Zeit früher kaum so gewesen wie jetzt, er sei immer guter Laune, gefällig, taktvoll, zu allem zu haben. Er geht viel spazieren, liest viel, versteht alles, macht alle Besorgungen und Geldangelegenheiten selbst. Die Libido sei auch wiedergekehrt: „Noch nie so gut, wie jetzt.“

G. wurde mehrmals vom Vertrauensarzt der Betriebskrankenkasse nachuntersucht und für tauglich erklärt. Er beginnt ab 1. 3. 32 wieder seinen Dienst als Werkstättenführer. Bemerkenswert ist das durchaus Elastische, das G. jetzt bietet. Er wirkt insgesamt ausgesprochen synton.

Beurteilung.

G. ist eine harmonische, im wesentlichen syntone Natur, mit einer gewissen Tendenz zum Hypomanischen. Es handelt sich nach dem Gesamteindruck bei ihm um jenen entschieden süddeutschen, in München häufigen Gemütstyp, der immer etwas redelustig, belehrend (mehr oder minder „erzieherisch“) wirkt, wegen seines Mutterwitzes allgemein beliebt ist und in harmlosen Gesellschaften als Spaßmacher geschätzt wird.

Der beginnende paralytische Gehirnprozeß verändert den Patienten nicht grundlegend, sondern eigentlich nur quantitativ nach dem Manischen hin; man kann sagen, er wirkt nur vergrößernd. Es kommt zu keiner Demenz.

Glücklicherweise kommt der Kranke frühzeitig zur Behandlung; dementsprechend ist die Remission eine ausgezeichnete. Es ist interessant, wie sich nach Abklingen der manischen Phase eine, wenn auch nur abortive, ihrem Inhalt nach unbedingt als endogen zu wertende Depression entwickelt. Mit fortschreitender körperlicher Erholung gewinnt G. wieder seine alte hyperthyme Harmonie zurück. Die Ehefrau findet gar nichts verändert an ihm; sie ist mit „ihm vollkommen zufrieden“.

Nach dem Verlauf handelt es sich bei G. um eine durch die beginnende Paralyse ausgelöste Manie. Dank der frühzeitigen Diagnose kann der Gehirnprozeß durch die Malariabehandlung zum Stehen gebracht werden, ehe er sich durch paralytische Symptome manifestiert hat. G. ist ein

besonders glückliches Beispiel für die Bedeutung dieser provozierten endogenen Phasen für die Prognose.

3. Franz K., Bauführer, geboren 15. 12. 1877. In der Klinik: 27. 8. bis 10. 11. 1930.

Vorgeschichte. Vater eine jähzornige, sehr aufgeregte Natur, immer sehr tätig, sehr viel gearbeitet. Mutter still, Tag und Nacht gearbeitet, häuslich, fleißig.

4 Geschwister, alles fleißige, tätige Menschen, haben es alle zu Ansehen gebracht, mit Ausnahme eines Bruders, der beschränkt gewesen sei, jetzt Gütler. Immer gesund gewesen, lebhaftes Kind, in der Schule gut, immer der erste im Rechnen. Maurerhandwerk gelernt, dann 2 Jahre Gehilfe. Wegen Plattfüßen nicht aktiv gedient. Später Baugewerbeschule, hat sich weiter gebildet, 1901 Bauführer bei der Münchener Straßenbahn, Elektrisierung des Betriebes, in sehr vielen Stellungen, immer als verantwortlicher Bauführer, dauernd gewechselt, Wandertrieb, längere Zeit im Balkan, besonders in Sofia, sehr gut verdient.

1911 luische Infektion, nicht behandelt. 1918 Syphilide am Munde, eine kombinierte Kur, sonst nicht behandelt. Im Kriege als Minenwerfer im Feld, 1917 von den Ottowerken zum Flugzeugbau angefordert, bis Kriegsende. Heirat 1900, 4 Kinder zwischen 29 und 17, gesund, 3 Kinder klein gestorben. War von Anfang der Ehe an untreu, hatte immer andere Frauen. Machte nie ein Hehl daraus, fühlte sich von einer Frau allein unbefriedigt. Duldete niemals Widerspruch, schlug die Frau oft, war grob zu den Kindern, sehr jähzornig, brutal. Trank sehr viel, vertrug kolossale Mengen, bis zu 25 Liter Bier. Schlief auch früher nie mehr als 3–4 Stunden. Immer tätig, arbeitete für sechs, war überall dabei, nahm seinen Beruf sehr ernst, glaubte, ohne ihn gehe es nicht. Die Frau habe nie Verständnis für seine kolossale Arbeitsleistung gehabt, habe ihn nie als das anerkannt, was er war, schalt sie als schmutzig, unbedeutend und seiner unwürdig.

4 Wochen vor der Aufnahme sehr aufgereggt, gereizt, brutal, schlug einen Lehrbuben wegen einer Bagatelle so, daß er liegenblieb. Vertrieb einen Arbeitssuchenden mit einem Brett von der Baustelle, nannte alle Arbeiter Schurken und Lumpen. 14 Tage vor der Aufnahme wurde er entlassen. Er fuhr noch bis zum letzten Tag mit seinem Motorrad, fand aber öfters nicht heim. Der Frau fiel auf, daß er nie und da unsicher ging wie ein Betrunkener. Einmal fiel er im Gasthaus vom Stuhl, zu Hause war er plötzlich ganz hilflos, ängstlich, wollte nicht allein sein, fing grundlos zu weinen an.

In der Klinik: 27. 8. bis 10. 11. 1930.

Pykniker, sehr kräftig, fett. RR: 145/78. Aortitis luetica (int. Klinik). Pupillen eng, reflektorisch starr. Neurologisch sonst o. B. Wa.R. im Serum ++++. Sachs-Georgi ++.

Lumbalpunktion 2. 9. 30: 115/3 Zellen, Nonne +. Gesamteiweiß: $3/4\%$. Wa.R. ++++ bei 0,2. Sachs-Georgi ++. Normomastix- und Goldsolreaktion: Typische Paralysekurven.

Sehr ungehalten, laut, schimpft, wehrt sich gegen die Internierung, droht mit der Presse. Der Kardinal, mit dem er in Geschäftsverbindung stehe, werde kommen und ihn befreien. Schreibt zärtliche Briefe an seine Frau, bestellt eine Ente, ein Huhn, bestürmt sie, ihm sofort seine Kleider zu bringen, schreibt auch an verschiedene Freundinnen, erzählt, daß man ihn gedrosselt und geschlagen habe, daß man ihn „ganz nackend“ mit anderen Männern ins Bad gesperrt habe. Am nächsten Tag ruhiger, läßt eher mit sich reden; will nur die Blutuntersuchung abwarten, dann müsse er aber auf seinen Bau, er habe ja eine Kirche zu bauen. Betont selbstbewußt, daß er immer ein „gesunder Brocken“ gewesen sei, auch jetzt sei er nicht krank. Affektlabil, plötzlich momentan weinerlich, er sei krank geworden, weil man ihn unter Narren eingesperrt habe. In seinem Wesen etwas zappelig, hastig. Orientiert, rechnet prompt, macht exakte Angaben. Noch keine Demenz.

9. 9. 30. Mit Malariablut geimpft. Drängt dauernd fort, bald heftig schimpfend, bald wie ein Kind weinerlich bittend. Erfindet harmlose Lügen: Die Sanitäter seien bestellt, jeden Augenblick komme seine Frau, er bleibe nur heute noch, weil seine Kleider noch nicht fertig seien. Schimpft einen Tag gewaltig auf den Arzt, spricht ihm am anderen Tag seine Anerkennung aus, will gerne in seiner ambulanten Behandlung bleiben. Spricht oft stundenlang sehr erregt, mit größtem Nachdruck, gespreizt, übertrieben scharf artikulierend, dann plötzlich wieder weinerlich. Behauptet einmal, er sei völlig gesund, dann, er sei erst hier krank geworden, berichtet von ungeheuren Grobheiten der Pfleger, man habe ihn 78 Stunden ununterbrochen im Bad gehalten, das habe er nur durch seine eiserne Konstitution ausgehalten. Prophylaktische Digitalisverabreichung ist unmöglich, da er nichts einnimmt. Im Fieber stark erregt. Redet stundenlang in schreiemdem Ton, läßt niemanden zu Wort kommen, schimpft, weint dazwischen, droht, verweigert das Essen, bezeichnet Arzt und Pflegepersonal als Verbrecher, will alle verhaften lassen.

29. 9. 30. Malaria nach dem 9. Fieberanstieg mit Chinin unterbrochen. Vom Fieber sehr mitgenommen, leicht cyanotisch. Fängt immer wieder laut zu reden an, stockheiser, gestikuliert, verzerrt unermüdlich das Gesicht.

15. 10. 30. Nicht zur Ruhe zu bringen, schlält auch auf stärkste Mittel nur kurze Zeit. Fast immer im Bad, schneidet wilde Grimassen, spuckt, schreit, betätigt sich akrobatisch. Nimmt außer Milch nichts zu sich.

25. 10. 30. Sitzt quer in der Badewanne, streckt die Beine in die Höhe, bewegt verrenkend die Zehen und schaut diesem Spiel grimassierend zu. Macht auch ähnlich verrenkende Bewegungen mit den Armen. Bringt abends depressive Ideen vor, weinerlich, gedrückt; er sei längst eingegraben worden, er könne nichts dafür, daß er in einem Hurenhaus war. Allmähliche körperliche Besserung.

Lumbalpunktion 28. 10. 30: 14/3 Zellen. Nonne: negativ. $1/4\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. ++++ bei 0,2, Sachs-Georgi +++. Atypische, flachere Kurven der Normomastix- und Goldsolreaktionen. Serum: Wa.R. +++. Sachs-Georgi +++.

10. 11. 30. Wieder recht weinerlich. Meist im Bad, zieht die Beine an, umfaßt sie mit seinen Armen, spielt mit den Genitalien. Spricht dauernd faxenhaft, etwas weniger lebhaft wie früher, nahezu unverständlich. Sagt von sich selbst: „Der Kerl —, verrecken tut der nicht!“

10. 11. 30. Ungeheilt in die Anstalt verlegt.

Katamnese. Stellt sich im März 1932 wieder vor. Er war bis 31. 3. 31 in der Anstalt Egling. Er sei noch monatelang gelegen, sehr traurig gewesen, habe zu nichts Lust gehabt. Eine genauere Erinnerung habe er erst von Januar 1931 ab. Da sei er noch sehr depressiv gewesen. Er hat nicht mehr gearbeitet, angeblich weil er selbst einsah, daß das nach seiner schweren Erkrankung nicht mehr möglich sein konnte. Er lebt jetzt von der Angestelltenversicherung, geht viel spazieren, liest, macht hie und da noch einen Bauplan für sich, nur um sich zu beschäftigen. Er liest mindestens 4 Zeitungen am Tag, ist politisch interessiert, geht gerne ins Kaffeehaus. Mit seiner Frau lebt er in gutem Einvernehmen, besser als zuvor, seine Potenz habe etwas nachgelassen, sei aber immer noch „ganz ordentlich“, andere Frauen hat er jetzt nicht mehr. Er schläft regelmäßig 10 Stunden, hat sehr an Gewicht zugenommen und fühlt sich körperlich wohl. Sehr kräftig, fettleibig, sieht gesund aus. Frischer Turgor. In der Unterhaltung aufgeschlossen, lebhaft, sehr freundlich, entgegenkommend. Keine Spur einer Demenz. Rechnet ausgezeichnet. Gedächtnis tadellos. Urteil ungestört. Stimmung gut, selbstbewußt. Die ursprüngliche Persönlichkeit ist gut erhalten, eindrucksvoll.

Bemerkenswert ist seine Stellungnahme zur Psychose: Er gibt zu, daß er „sehr schwer krank“ war, sieht ein, daß er deshalb nichts mehr leisten könne, daß er sich nicht mehr überanstrengen dürfe. Lächelt verlegen: Er habe schon noch eine Erinnerung an seine „verrückten Illusionen“. Er behauptet, er könne sich ganz genau,

in allen Einzelheiten an seinen Klinikaufenthalt erinnern. Man habe ihm da von seiten roher Pfleger oft sehr schwer Unrecht getan, habe ihn mißhandelt, ihn tagelang im Dauerbad belassen, wiewohl er hundemüde gewesen sei und schlafen wollte. K. läßt sich darüber nicht belehren, er bleibt bei seiner Meinung, bietet sich an, alles Material genau zusammenstellen und an die Klinikdirektion, nicht an die Öffentlichkeit leiten zu wollen.

Bemerkenswert ist auch, daß Patient allein in die Klinik kam, daß er sich selbst vorstellt und seiner Frau verbot, Angaben zu machen. Sie stehe geistig zu weit unter ihm, sie habe ihn nie gebührend verstanden und anerkannt in seinen gesunden Tagen, als er enorm viel leistete, so will er auch nicht, daß sie jetzt über seine Krankheit spricht. Patient gibt sich ruhig, klar, durchaus geordnet, einsichtig, nur in der Frage der angeblichen Mißhandlungen durch Pfleger läßt er nicht mit sich reden. Er ist in seinem ganzen Wesen, in der Art, wie er sich gibt, unauffällig. Es läßt sich bei ihm keine Spur eines Defektes nachweisen.

Zusammenfassung.

K. gehört nach der Familienanamnese wie nach seiner eigenen Vorgeschichte dem thymopathischen Formenkreis an. Er ist eine im wesentlichen syntone Natur mit gewissen hyperthymen Zügen, im ganzen der Typ eines lebhaften, energischen Arbeitsmenschen. Zum Hyperthymen paßt gut seine Tendenz zu sexuellen Ausschweifungen und sein reichlicher Potus.

Der Ausbruch der Paralyse manifestiert sich durch eine gewisse „nervöse“ Hast, durch eine Vergrößerung seines Draufgängertums ins Brutale. Dann treten leicht depressive Schwankungen auf. Bei der Aufnahme in die Klinik herrscht ein manisches Zustandsbild vor. Auch im Fieber verleugnet sich seine robuste, hyperthyme Natur nicht, die Persönlichkeit bleibt ziemlich erhalten. Im Vordergrund steht ein unverwüstlicher Tätigkeitsdrang, der allmählich geradezu groteske Formen annimmt. Die Orientierung ist dabei meistens getrübt, eine geordnete Unterhaltung ist unmöglich, dementsprechend auch eine gründlichere Intelligenzprüfung. Eine Demenz ist nicht nachzuweisen.

Nach Abklingen des vorwiegend manisch gefärbten Bildes tritt ein längerer Zustand depressiven Charakters ein. K. liegt monatelang, schläft viel, ist gehemmt, zu nichts zu bewegen. Die Erinnerung an diesen Zustand wie auch an das manische Initialstadium ist getrübt. Erst 5 Monate nach der Malariaikur tritt eine entschiedene psychische Besserung ein.

1 Jahr später ist K. völlig unauffällig, niemand würde hinter ihm eine abgelaufene Paralyse vermuten können. Sein gesundes, robustes, hyperthymes Temperament ist entschieden zum Durchbruch gekommen. Auf intellektuellem Gebiet sind keine Ausfälle zu verzeichnen, es läßt sich keine Spur eines Defektes nachweisen. Auffällig ist nur, daß K. in der Erinnerungstäuschung über seinen Klinikaufenthalt hartnäckig verharrt, er läßt sich darüber nicht belehren, bleibt eigensinnig bei seiner falschen Meinung. Aber auch das entspricht durchaus dem, was die Ehefrau von

seinem präpsychotischen Verhalten berichtet, es tritt auch darin die ursprüngliche Persönlichkeit klar hervor. Auch dieser Fall ist ein Beweis für die Fruchtbarkeit frühzeitiger Malariatherapie bei einer syntonen, robusten Persönlichkeit, bei der der paralytische Hirnprozeß noch keine Demenz verursachen konnte.

Karl R., Musiker, geboren 9. 5. 1888. In der Klinik: 20. 5. bis 28. 7. 1931.
2. Aufnahme: 8.—11. 6. 32.

Vorgeschichte. Vater mit 70 Jahren gestorben, Schuhmachermeister, allgemein beliebt, 1 Bruder Musiker, 2 Brüder psychopathisch, „tun nicht gut“, wiederholt wegen Diebstahls und Beträgereien bestraft. 1 Schwester gesund.

Immer gesund gewesen, Volksschule in München, keine Schwierigkeiten. Erlernte beim Vater erst die Schuhmacherei, dann das Musizieren. Spielte mit 12 Jahren Geige, mit 14 Trompete, reiste schon mit 17 Jahren mit einer Kapelle, bildete sich allmählich nachher bei verschiedenen Lehrern weiter aus. Vor dem Krieg erster Geiger, viel in Norddeutschland und in der Schweiz, immer bei ein und derselben Kapelle.

Heirat 1913. 4 Kinder zwischen 19 und 2 Jahren, gesund, keine Aborte.

Lues mit 24 oder 25 Jahren, zugleich Gonorrhöe. 1913 eine Quecksilberkur. 1917 linksseitige Regenbogenhautentzündung, daraufhin mehrere Salvarsan- und auch Quecksilberkuren. Während des Krieges Pistonist in der Garnison. Nachher wieder gut verdient als Musiker, seit einigen Jahren auch Saxophonbläser, schließlich Kapellmeister und „Illustrator“ in Lichtspielhäusern bis zum Aufkommen des Tonfilms. Seitdem viel arbeitslos, hauptsächlich in Bierkapellen tätig.

Immer lustig, heiter, aufgeschlossen, liebte Gesellschaft, trank reichlich. Gegen die Frau oft brutal, schlug sie regelmäßig im Rausch, gab ihr kein Geld, kümmerte sich nicht um seine Kinder, hatte seit 3 Jahren ein Verhältnis mit einem jungen Mädchen. Nach Angabe der Frau immer schon untreu gewesen, viel in „schlechter Gesellschaft“.

Etwa 1 Jahr vor der Aufnahme, ganz unmäßig im Trinken, kam Nacht für Nacht betrunken heim, wurde gar nicht mehr nüchtern, trank Wein, Bier und Schnaps durcheinander.

Etwa 10 Tage vor der Aufnahme erregt, lief nervös umher, wollte eine ganze Siedlungskolonie kaufen, verließ nach 2 Tagen eine Stelle als Musiker in einem Bierkeller, um die er sich lange Zeit beworben hatte, mit der Begründung, er sei 10facher Millionär, machte in verschiedenen Wirtschaften kleine Zechprellereien, wurde schließlich auf Veranlassung der Frau bezirksärztlich eingewiesen.

Befund. Verlauf. Erscheint barfuß in der Klinik, verschenkt Tausender, lacht distanzlos, will eine Riesenschuhfabrik gründen, Massenwohnungen bauen.

Pyknischer Habitus, kräftig gebaut, gesundes Aussehen. Intern o. B. Pupillen entrundet, rechts reflektorisch starr, links unausgiebige Lichtreaktion. Patellar- sehnensreflex und Achillesreflex beiderseits schwach.

Wa.R. im Blut +++, Sachs-Georgi ++. Lumbalpunktion: 29. 5. 31: 285/3 Zellen, Nonne +, Gesamteiweiß $1\frac{1}{2}^{\text{00}}$, Wa.R. +++ bei 0,2. Sachs-Georgi +++ bei 0,3. Normomastix- und Goldsolreaktion: Typische Paralysekurven.

Sehr unruhig, beschimpft wüst die Umgebung, schreitet selbstgefällig im Bad auf und ab. Wenige Tage darauf zugänglicher, will sich ganz gerne „wegen der Nerven“ behandeln lassen, gibt zu, daß er aufgereggt war, das sei aber von einem Rausch gekommen; erzählt mit Gemütsruhe, er könne draußen täglich Millionen verdienen. Meist desorientiert, macht zeitweise einen bewußtseinsgetrübten Eindruck. Oft etwas fahrig. Die Größenideen werden von höflichem, ruhigem Benehmen kontrastiert. Auffassung und Gedankengang prompt. Keine erhebliche Urteilschwäche, keine Demenz.

28. 5. 31 mit Malaria geimpft. 6—15. 6. 31 8 Fieberanfälle, dann unterbrochen mit Chinin.

Wesentlich ruhiger, etwas gedämpft. Erzählt täglich, er wolle den Stationsarzt mit einem seiner beiden Autos abholen zu einer „kleinen Erholungsreise“, wundert sich nicht darüber, daß nie etwas daraus wird.

Bald nach der Kur erhebliche Besserung, erst des körperlichen, dann auch des psychischen Zustandes. Nimmt in adäquater Weise Stellung zu seiner Krankheit, er sehe jetzt erst ein, wie schwer krank er gewesen sei. Zuversichtlich, zufrieden, gelegentlich etwas gereizt gegenüber anderen Patienten, nicht mehr so schlaftrig und versponnen, macht insgesamt einen frischen, lebhafteren Eindruck.

4 Wochen nach der Kur recht gute Remission: Volle Einsicht, lebhaft, frisch, zugänglich. Rechnet gut, keine Intelligenzdefekte nachweisbar. Schämt sich, wenn man ihn irgendwie an sein früheres Verhalten erinnert, lächelt verlegen.

Lumbalpunktion 24. 7. 31: 36/3 Zellen, Nonne +, Gesamteiweiß $1\frac{1}{4}\%$, Wa.R. +++ bei 0,2, +++++ bei 0,6. Normomastix- und Goldsolreaktion nicht wesentlich verändert. Serum-Wa.R. +++, Sachs-Georgi +++.

28. 7. 31. Gebessert nach Hause entlassen.

Katamnese. Stellt sich am 2. 3. 32 wieder vor. Starke Gewichtszunahme, Adipositas, sieht gesund und blühend aus. Hat seit seiner Entlassung 3 kombinierte Salvarsan-Bismogenkuren durchgemacht. Wa.R. im Dezember angeblich noch positiv. Er saß längere Zeit zu Hause untätig und ziemlich stumpf herum, musiziert seit mehreren Wochen als Geiger in einem Orchester erwerbsloser Berufsmusiker. Der Frau gesteht er heimlich, daß er vom Üben müde wird und eine gewisse Angst vor den Proben habe. Nach Angaben der Frau ist er äußerlich sehr ruhig, still, phlegmatisch. Die Libido hat sehr nachgelassen (er ist jetzt 43 Jahre alt!), er ist meist ohne rechten Affekt, oft aber sitzt er doch mit traurigem Ausdruck da, stützt den Kopf in die Hände, klagt über ein dumpfes Gefühl im Schädel. Die Frau sagt, sie habe in der ganzen Zeit ihrer Ehe nie so glücklich mit ihm gelebt, er sei jetzt so gut und friedlich.

Patient selbst gibt geordnet Auskunft, etwas langsam und verschüchtert, er erinnert sich genau an seinen Aufenthalt in der Klinik, lächelt dazu etwas verlegen, bittet um Entschuldigung, wenn er taktlos gewesen sei; er fühle sich jetzt gesund, die Kur habe ihm so gut getan usw. Die üblichen Intelligenzfragen werden fehlerfrei beantwortet, eine erhebliche Einbuße ist nicht nachzuweisen, bei der Prüfung ergibt sich keine Urteilsschwäche, doch macht R. insgesamt einen recht gedämpften und eigenartig schwunglosen Eindruck.

2. Aufnahme: 8.—11. 6. 32. Kommt selbst zur Lumbalpunktion und Nachuntersuchung. Rechte reflektorische Starre, links reflektorische Lichtträgheit der Pupillen. Linker Achillesreflex nicht auslösbar, rechts schwach +.

Macht geordnete Angaben, klagt über keine Beschwerden. Seine Libido habe erheblich abgenommen, trotz erhaltener Potenz. Auffassung und Gedankengang prompt, keine nachweisbare Störung der formalen Intelligenz, Urteil gut, Rechnen richtig, Merkfähigkeit nicht gestört.

Liquor 10. 6. 32: 29/3 Zellen, Nonne: leichte Opalescenz. Gesamteiweiß $2\frac{1}{3}\%$. Wa.R. negativ bis 0,6, ++ bei 1,0. Sachs-Georgi negativ bei 0,3 nach 24 Stunden, ++ nach 48 Stunden. Kolloidkurven erheblich gebessert gegen früher, typisch für Defektzustand.

Im ganzen Mangel an Frische und psychischem Turgor. Eine gewisse Gedrücktheit reaktiven Einschlages ist deutlich. Patient empfindet, obwohl er es nicht recht zugeben will, doch seine Veränderung, er widerspricht nicht, wenn man ihm darauf aufmerksam macht. Dabei ist er äußerlich immer unauffällig, ruhig, sehr höflich, freundlich in seinem Benehmen. Wesentlich ist, daß er zu Hause regelmäßig übt und sich auf die Orchesterproben vorbereitet. Zweifellos ist die Regsamkeit, die Spontaneität herabgemindert.

Zusammenfassung.

R. ist nach seiner präpsychotischen Persönlichkeit eine im wesentlichen aufgeschlossene, gesellige Natur mit entschiedener Neigung zum Leichtlebigen, Skrupellosen; er blieb dabei aber immer noch sozial, im Gegensatz zu 2 Brüdern, die antisoziale Charaktere sind. Zu diesen in der Hauptsache hyperthymen Zügen kommt noch ein erheblicher Potus. Es ist nicht sicher, wann die ersten Anzeichen des paralytischen Gehirnprozesses einsetzen, wahrscheinlich wird man die Zunahme der Alkoholexzesse, die gesteigerte Hemmungslosigkeit schon als Prodromalsymptome des paralytischen Hirnprozesses ansehen müssen, dessen Beginn dann schon einige Jahre zurückreicht. Erst wenige Tage vor der Aufnahme wird die Psychose manifest. Es kommt zu einem kurz dauernden, expansiven Größenwahn mit ausgesprochen manischen Zügen. Das Schwächliche und Kritiklose der Ideen spricht schon für ein ziemliches Fortgeschrittensein des organischen Prozesses. Es tritt jedoch sehr rasch eine Beruhigung ein und der Malariatherapie folgt eine rasche Aufhellung des psychischen Bildes. Erstaunlich ist die Einsicht des Patienten im Stadium der Besserung. Ein erheblicher Intelligenzdefekt ist nicht nachzuweisen. In den ersten Wochen der Beobachtung tritt eine deutliche Bewußtseinstrübung zutage. Dadurch ist, wie oft, die Demenz scheinbar größer, als es sich nachher herausstellt (s. *Pönitza*).

Die Besserung hält nach der Entlassung an. Der Patient arbeitet wieder, spielt als Geiger in einem größeren Orchester. Nach Angaben der Frau ist seine Leistung nicht geringer als die vor der Erkrankung. Bemerkenswert erscheint die Abnahme der Libido bei erheblicher Zunahme des Fettansatzes.

Bei Nachuntersuchungen, 9 und 13 Monate nach der Fieberkur, ergibt sich doch ein gewisser Defektzustand im Sinne einer Aspontaneität. R. ist jetzt allzu gedämpft, schwunglos, ohne rechten Antrieb. Trotzdem keine Demenz vorliegt und trotzdem der Kranke nach außen unauffällig wirkt, ist seine Persönlichkeit nicht mehr recht erhalten. In dieser Beziehung unterscheidet sich R. merklich von den beiden vorhergehenden Fällen Gr. und K. (2 und 3), was ebenfalls der Tatsache entspricht, daß der paralytische Hirnprozeß hier schon weiter fortgeschritten ist.

Wesentlich ist — und darin zeigt sich wiederum eine innige Beziehung zur präpsychotischen Persönlichkeit —, daß jetzt, 1 Jahr nach dem akuten Ausbruch der manisch gefärbten Psychose, reaktiv-depressive Züge deutlich werden.

Der Verlauf ist entsprechend dem schon etwas fortgeschrittenen Prozeß ein weniger günstiger. Immerhin muß man sagen, daß die Malariatherapie eine weitgehende Besserung herbeigeführt hat. R. ist berufstätig und sozial brauchbar geblieben.

5. Philipp T., israelitischer Kaufmann. Geboren 4. 3. 1884. 1. Aufnahme: 29. 11. bis 3. 12. 1926. 2. Aufnahme: 1. 12. 30 bis 4. 7. 31. 3. Aufnahme: 9. 11. bis 13. 11. 31.

Vorgeschichte. Vater soll gesund gewesen sein, frisch, lebhaft, gesellig; die Mutter ruhig, still, kunstliebhabend, sehr gleichmäßig in ihrer Stimmung. 3 Stiefgeschwister lebhaft, fröhlich, energisch.

Als Kind gesund, großer Lausbub, lustig, recht lebhaft. Guter Schüler. 3 Jahre kaufmännische Fortbildungsschule, vom 13.—16. Lebensjahr Kaufmannslehre, Tabakbranche. Dann Reisender, sehr gute Erfolge. Selbständiger Vertreter. 1908 kurze Zeit aktiv gedient, Ersatzreservist (Österreich), 1914—18 Kriegsdienst, angeblich im Feld, 1915 Ruhr, 6 Monate krank. 1918 Abscess am Penis. Damals Wa.R. positiv. Salvarsankur, nach 3 Monaten und nach 1½ Jahr 2. und 3. Kur.

Früher immer energisch gewesen, arbeitsfreudig, zielstrebig, willenskräftig. Habe immer schon gern etwas aus sich gemacht, großsprecherisch, viel gelogen. Einige Jahre vor der ersten Aufnahme schon allgemeine Beschwerden, milder tatkräftig, unsicher in seinem Wollen.

Heirat 1915, 1 Kind, keine Aborte der Frau.

Seit 1924 tabische Beschwerden in den Gliedern. Leicht erregbar gegen die Kundschaft, ungerecht, ungeduldig, brutal gegen die Frau.

Seit März 1926 Schwindelanfälle. Wurde sehr vergeßlich, verwechselte und vergaß Firmen, brachte Bestellungen durcheinander, machte falsche Berichte. Gedrückte Stimmung wechselte mit unbekümmter Fröhlichkeit.

18. 8. 26 ins Schwabinger Krankenhaus, Psychiatrische Abteilung aufgenommen. Während seiner geschäftlichen Tätigkeit „zusammengebrochen“, ganz schlaff geworden, ermattet, apathisch, willenlos. Wurde mit Recurrens geimpft, mehrere Wochen Fieber. Keine Besserung.

29. 11. 26 wegen zunehmender Unruhe in die psychiatrische Klinik verlegt.

Groß, leptosomer Typ, Muskulatur schwach, schlecht ernährt, blasses Aussehen. Intern o. B. Reflektorische Pupillenstarre, leicht verwischte Sprache. Diffuse Herabsetzung der Berührungsempfindung, Kältehyperästhesie, Romberg +; Ataxie.

Oberflächlich, gleichgültig, affektlos, gelegentlich etwas euphorisch. Auf-fassung erschwert, Andeutung von Urteilsschwäche. Ziemliche Ausfälle bei der Intelligenzprüfung, macht zu den Fragen euphorische Späße. Leidliches Krankheitsgefühl.

3. 12. 26 gegen Revers entlassen.

War dann weiterhin als kaufmännischer Vertreter tätig. Hat öfters seine Stellung gewechselt. War oft deprimiert, legte sich ins Bett, klagte über Rückenschmerzen. August 1930: Lief viel mit entblößtem Penis in der Wohnung herum, benahm sich in zunehmendem Maße brutal gegen die Frau. 3 Monate vor der 2. Aufnahme wurde er von seiner Firma entlassen, weil er einkassierte Geldbeträge nicht ablieferte und fingierte Aufträge machte. Wenige Wochen vor der Wiederaufnahme Größenideen: Er sei reich, großer Schauspieler; lief auf den Straßen herum, erzählte, daß sich der Generalmusikdirektor der Oper für ihn interessiere, daß er mit seiner Stimme 3000 Mark pro Abend verdiene. Die Frau, die er jahrelang angefeindet hatte, behing er plötzlich mit Brillanten. Er kaufte sich eine Mandoline auf Abzahlung, brachte sie sofort ins Versatzhaus, erschwindelte sich ein Fahrrad und verkaufte es weiter. Er ließ sich ohne Geld von Taxichauffeuren fahren, verlangte nach Paris.

Reflektorische Pupillenstarre. Sprachstörung nicht typisch.

Wa.R. im Blut (1. 12. 30) negativ.

5. 12. 30. Lumbalpunktion: 23/3 Zellen, Nonne +. Gesamteiweiß $1\frac{1}{2} \text{ g/100}$, Wa.R. negativ bei 0,2; +++ bis 0,6. Sachs-Georgi negativ. Kolloidreaktionen: Paralysekurven.

Sehr selbstbewußt und gesprächig. Größenideen: Er sei Bischof, Papst, kenne jede Sprache, sei Arzt, Kaufmann, Bäcker, ein glücklicher Mann, er sei viel im Ausland gewesen, auch in Amerika, jetzt müsse er zu Mussolini, den er sehr gut kenne. Besitze 200 Millionen, will allen Menschen davon etwas geben, außerdem habe er ein Auto, eine Villa, ein Flugzeug. Genaue Intelligenzprüfung nicht möglich, wegen Mangel an Konzentration. Rechnen gut, vergißt die Aufgaben sehr rasch. Im Umgang lebhaft, attent, euphorische Stimmung. Macht keinen dementen Eindruck.

Baut nach 2 Tagen seine Größenideen spontan ab; er habe närrisches Zeug geredet, das käme vom Weintrinken, man möge ihn deshalb nicht für verrückt halten; sucht alles zu kachieren. Keine Spur eines Krankheitsgefühls. Mit allem zufrieden, gewöhnt sich ganz an die Internierung. Singt viel im Saal, erfindet kaltblütige Lügen, die er sogleich wieder zurückzieht. Dann wieder neue Größenideen: Millionen über Millionen, will Deutschland reich machen.

3. 1. 31. Mit Malaria geimpft. Vom Fieber wenig angegriffen. Beichtet viele seiner Lügen.

24. 1. 31. Nach 9 Fieberanstiegen Malaria abgebrochen. Euphorisch zufrieden. Hat die meisten Größenideen aufgegeben, spricht nur noch hie und da davon, daß er mit seiner schönen Stimme Karriere machen könne.

Anfang Februar 1931 gelegentlich nörgelnd, quängelnd. Will die Klinik wegen Freiheitsberaubung verklagen usw.

11. 2. 31. Gibt mit bemerkenswerter Entschiedenheit eine längere Erklärung ab, daß er sehr schwer krank gewesen sei, daß er ganz unsinnige Ideen geäußert habe, das jetzt alles einsehe und bereue und wieder der Alte sein wolle. Gelegentlich affektlabil, meist zufrieden, euphorisch. Mit der körperlichen Erholung rasch optimistisches Pläneschmieden, doch keine Größenideen. Oft sehr theatralisch, entschuldigt sich gern wegen seiner Beträgereien, prunkt mit guten Vorsätzen.

Schulkenntnisse mäßig. Urteil nicht erheblich gestört, keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer Demenz. Keine Gedächtnisschwäche, aber auffallende Merkschwäche.

März 1931. Kombinierte Hg-Salvarsankur.

Im April 1931 leichtfertiges, ziemlich euphorisches Pläneschmieden, oft sehr labil, hetzt gelegentlich andere Patienten auf, spielt dem Arzt gegenüber gerne den Zufriedenen; will als „Organisator“ bei einer Filmgesellschaft tätig sein, zeigt sich oft noch recht urteilsschwach.

Ende Mai 1931. Wesentlich gebessert, nicht mehr so labil, entschlußsicherer, nicht mehr wechselnd, wesentlich einsichtiger. Als einziger sichere Defektsymptome: Merkschwäche, Mangel an Übersicht, Hast beim Rechnen. Keine Urteilstörung, keine Sprachstörung. Gewichtszunahme.

4. 7. 31. Weitgehend gebessert entlassen.

Lumbalpunktion (22. 5. 31). 402/3 Zellen. Nonne +. $\frac{3}{4}$ Gesamteiweiß. Wa.R. negativ bis 1,0. Sachs-Georgi ++ bei 0,3. Noch Paralysekurven der Kolloidreaktionen. Serum-Wa.R. +++, Sachs-Georgi +++ (20. 2. 31).

Katamnestische Nachfragen beim jüdischen Wohlfahrtsamt und bei verschiedenen Persönlichkeiten ergaben, daß sich T. nach seiner Entlassung unauffällig verhielt und einen ganz normalen Eindruck machte. Das Wohlfahrtsamt, auf dem sich T. oft einstellte, bekundete, daß er ein starkes Unterhaltungsbedürfnis habe, und mit einer gewissen Überheblichkeit von allerlei geschäftlichen Plänen rede, einmal habe er sogar behauptet, er wolle eine Zigarrenfabrik gründen. Von anderen Personen wurde bemerkt, daß er jetzt häufig an Feiertagen in der Synagoge anzutreffen war, entgegen seinen früheren Gepflogenheiten.

9. – 13. 11. 31. 3. Aufnahme in die Klinik, zum Zweck einer gerichtlichen Begutachtung (Aufhebung der Entmündigung).

Nachuntersuchung: Ernährungszustand mäßig, blasses Aussehen. Reflektorische Pupillenstarre. Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindung an den unteren Extremitäten. Blutdruck: 170/100. Wa.R. im Blut negativ.

Lumbalpunktion 10. 11. 31. 35/3 Zellen. Nonne: +, $1/3\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. negativ bis 0,6. Sachs-Georgi ++ nach 24 Stunden bei 0,3. Atypische Kurven der Kolloidreaktionen.

Keine Intelligenzausfälle nachweisbar. Kenntnisse wesentlich besser als früher. Die Merkfähigkeit, besonders für Zahlen, ist etwas herabgesetzt, weniger für andere Dinge. Dialektisch recht gewandt. Keine Sprachstörung; auch nicht bei schwierigen Testworten.

Stimmung gut, etwas euphorisch. Zuversichtlich, ziemlich selbstbewußt. Keine Größenideen. Die Absicht, eine Zigarrenfabrik zu gründen, bestreitet er lachend. Gute Einsicht für seine Krankheit. Auffällig ist vielleicht, daß er sich etwas amüsiert über seine frühere Erkrankung.

Der ausgezeichneten Besserung entsprechend wurde Aufhebung der Entmündigung beantragt.

Zusammenfassung.

Es handelt sich bei T. in der Hauptsache um eine syntone Persönlichkeit. Er wird als energisch, arbeitsfreudig, zielstrebig geschildert, als ein erfolgreicher, willenskräftiger Kaufmann. Nennenswerte Stimmungsschwankungen sind nicht bekannt. Bemerkenswert ist aus der präpsychotischen Persönlichkeit ein Hang zur Großsprecherei, zum Lügen. Dieser Zug, mit einer ausgesprochenen Neigung zum Spielerischen, tritt in der Psychose pathoplastisch hervor, er bestimmt ausschlaggebend den Inhalt der Größenideen auf der Höhe der Krankheit. Weiterhin dominiert eine Geschwätzigkeit, eine auch im Zustand der Urteilstrübung bemerkenswert aufrechterhaltene Dialektik. Man kann sagen, daß die Persönlichkeit des T. in der Psychose hervorragend erhalten bleibt.

Am Beginn der Paralyse stehen Hand in Hand mit allmählich zunehmenden tabischen Beschwerden, erhöhte Reizbarkeit, Ungeduld, Hast und hochgradige Vergeßlichkeit. Dann treten Stimmungsschwankungen im Sinne des Manisch-Depressiven auf; traurige Verstimmung wechselt mit unbekümmter Euphorie. Die Recurrensbehandlung bringt keine Besserung. Im Laufe von 4 Jahren, in denen der Kranke zunächst noch beruflich tätig ist, stellt sich eine zunehmende psychische Verwahrlosung ein. T. macht zahlreiche Beträgereien, er benimmt sich schamlos und brutal gegen die Umgebung, dann kommt es zu einer Phase von blühen- den Größenideen, für die ein spielerisch-manischer Schwung charakteristisch ist. Als nahezu einziges Symptom eines intellektuellen Defektes bleibt während der ganzen Erkrankung die Merkschwäche konstant. Zu einer meßbaren Demenz kommt es nicht. Nach der Malaria und der spezifischen Behandlung tritt eine sinnfällige Besserung ein, vor allem eine bei der Schwere der Erkrankung sehr eindrucksvolle Einsicht. 10 Monate nach der Malariakur ist keine Intelligenzeinbuße nachweisbar. Der Kranke ist unauffällig, es besteht kein paralytischer Defekt. Auch jetzt zeigt das psychische Bild vorwiegend hyperthyme Züge, der

präpsychotischen Veranlagung entsprechend. Die Persönlichkeit ist in ihren wesentlichen Zügen recht gut erhalten.

Der paralytische Hirnprozeß erzeugt im wesentlichen nur Randsymptome, die ganz der prämorbidien Anlage und Konstitution entsprechen, die Therapie fällt auf einen günstigen Boden, es kommt zu einer ausgezeichneten Remission, ehe eine Demenz eingetreten ist, die auf der Höhe der Erkrankung angedeutete Urteilsschwäche bildet sich zurück.

6. Josef Sch., ledig, Mechaniker, geboren 9. 5. 1885. 1. Aufnahme: 2. 10. 1930 bis 19. 2. 31. 2. Aufnahme: 30. 3. 31 bis 25. 1. 32.

Vorgeschichte. Vater mit 34 Jahren gestorben, angeblich Tuberkulose, sehr energisch, kräftig, habe sich „zu Tode getrunken“, Mutter starb, als Patient 2 Jahre alt war. Keine Geschwister.

Uneheliches Kind, normale Entwicklung, guter Schüler, von Stiefeltern aufgezogen. Mechaniker, 4 Jahre Lehrzeit, dann in verschiedenen Geschäften und Fabriken, oft gewechselt. 1901 Diebstahl, 1904 Diebstahl und Körperverletzung (an seiner Stiefmutter, die ihn erzog), deshalb 2 Wochen Gefängnis, kam in schlechte Gesellschaft, arbeitete nicht, lebte sorglos von dem kümmerlichen Verdienst der Stiefmutter, mehrere Polizeistrafen wegen groben Unfugs und Arbeitsscheu, schließlich, noch unter Vormundschaft, ausgewiesen. 1908 und 1909 langwierige Rippenfellentzündung, Rippenresektion, schließlich Thorakoplastik (Erlangen), dann allmählich Besserung. 1911—14 Statist am Hoftheater, 1914—26 Mechaniker bei verschiedenen größeren Firmen, schließlich Kontrolleur in einer Fabrik. 1916 und 1919 Gonorrhöe. Lues nicht bekannt. 1926 wegen Magenbeschwerden im Krankenhaus, dort Wa.R. positiv, 1 Salvarsankur, 1928 Bismogenolkur, 1929 wegen Lungenleiden invalidisiert. 4 Wochen vor der Aufnahme verändert.

Sagte, er sei ein armer Mensch und ganz verlassen, las Nietzsche. Dann plötzlich Größenideen: Habe viel Geld, wolle eine Aktion gegen Amerika unternehmen, sei gescheiter als Nietzsche. Räumte seine Wohnung aus, fuhr ohne Geld im Auto, verlangte Wäscherinnen, wollte eine große Fabrik gründen, drohte auf der Polizei, die Fenster einzuschlagen, prahlte, er sei mehr als Bismarck. Bezirksärztlich einwiesen.

1. Aufnahme: Sehr unruhig, gewalttätig, gereizt, herrisch, verlangt seine Freiheit. Laute Größenideen, prahlerisch, große Ideen von Fabriken, Banken, politischen Aktionen.

„Von Natur aus großer Verstand und durch Bildung wirds immer besser.“ — „Ich dringe in die tiefsten Gedanken des Menschen ein auf Grund meiner jahrelangen Philosophiestudien.“ — „Jetzt bricht sich das Naturgesetz — und ich will Deutschland befreien!“

Abgemagert. Pupillenträgheit. Achillesreflexe schwach +. Keine Sprachstörung. Wa.R. im Blut ++++. Liquor ++++ bei 0,2. Nonne +. 72/3 Zellen. $\frac{2}{3}\%$ Gesamteiweiß. Paralysekurven. Größenideen, Affektlabilität, keine Urteilstörung. Formale Intelligenz ohne grobe Störung.

Malariaikur: 9. 10. 30. Impfung. 10 Fieberanstiege, 31. 10. 30 abgebrochen durch Chinin. Im Fieber zugänglicher, oft mißmutig, ungeduldig; wiederholt Todesangst, zunehmend weinerliche Stimmung. Anschließend Bronchopneumonie. Körperlich sehr elend, psychisch ganz verzagt.

19. 11. 30. Fieberfrei. Sehr zuversichtlich, geschwätziger, weitschweifig, nicht mehr ideenflüchtig. Rasche Besserung des körperlichen Zustandes und des psychischen Bildes.

3. 12. 30. Punktation: 13/3 Zellen, Nonne +. $1/2\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. bei 0,2 +; bei 0,6 ++++. Typische Normomastix, atypische Goldsolreaktion. Kombinierte Hg-Neosalvarsankur.

Sehr gute Remission. Keine Intelligenzstörung, keine Affektinkontinenz, gute Krankheitseinsicht. Ist rücksichtsvoll, bescheiden, taktvoll; Persönlichkeit erscheint durchaus intakt. 19. 2. 31. Nach Hause entlassen.

2. Aufnahme. 30. 3. 31. Kommt ängstlich, weinerlich, aufgereggt wieder. Intellektuell ohne Störung, Urteil prompt. Dominierendes Krankheitsgefühl. Bricht bei jeder Unterredung in Tränen aus, versagt bei längerer Prüfung jedesmal, wird dann ganz mutlos; alles sei aus, er werde nie mehr gesund.

Körperlich unverändert. Wa.R. im Blut +.

Lumbalpunktion 21. 4. 31. 13/3 Zellen, Nonne +, $2/3\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. negativ bei 0,2, +++ bei 0,6; ++++ bei 1,0. Lueszacke der Kolloidkurven.

Lange Zeit gleichbleibender Zustand schwerer Hemmung und ratloser Gedrücktheit. Liegt mit Stirnfalten, ängstlich gespannt im Bett, meist regungslos. Typische Tagesschwankungen. Morgens ganz mutlos, abends gelegentlich leicht aufgehellt, für Tröstung zugänglich. Ausgesprochen affektlabil.

Mai bis September 1931 im wesentlichen unverändert. Schwere Selbstvorwürfe, er habe sein Mädchen angesteckt, er habe Unglück über seine alte Erziehungsmutter gebracht, er habe die Paralyse, eine tödliche, unheilbare Krankheit. Ende September 1931 häufigere Stimmungsschwankungen, oft weitgehende Kritik, gelegentlich Anflug von Humor, redet dann und wann etwas distanzlos-geschwätzig über seine „Paralyse“ und seine „Depression“, lässt sich aber die Idee von der Ansteckung seiner Braut, die seinen hauptsächlichsten Gedankeninhalt ausmacht, nicht ausreden. Jetzt, nach anfänglichen Schwankungen, deutliche Zunahme des Körpergewichtes.

November 1931. Zunehmende Auflockerung, langsame Enthemmung; besonders abends zugänglich, einsichtig und weitgehend belehrbar.

Dezember 1931. Ganztägig außer Bett. Findet sich langsam, nach kleineren Nörgeleien und Gereiztheiten vollkommen in die neue Umgebung der ruhigen Abteilung, freut sich über seine psychische Besserung und über die wiedererlangte körperliche Frische.

Wiederholte Intelligenzprüfungen ergeben keinerlei Defektsymptome. Hier und da macht sich eine gewisse Vertraulichkeit, um nicht zu sagen Distanzlosigkeit, bei der Exploration bemerkbar. Patient erinnert sich genau an alle Phasen seiner Erkrankung, auch an das expansive Stadium zu Beginn, er spricht offen darüber, nicht ohne Humor, auch über sein früheres Leben. Nur die verschiedenartigen Konflikte mit der Polizei in seinem 20. Lebensjahr sucht er etwas zu kachieren, schweift davon ab, beschuldigt die „schlechte Gesellschaft“. Es besteht, was die Stellungnahme zur Krankheit betrifft, eine ganz ungewöhnliche Einsicht und Kritik.

25. 1. 32. Weitgehend gebessert entlassen.

Beurteilung.

Die präpsychotische Persönlichkeit des Patienten lässt sich leider nicht genügend erfassen, da objektive Angaben fehlen. (Sch. verlor frühzeitig seine Eltern, hat keine Geschwister, seine Pflegemutter ist eine 80jährige, gebrechliche Frau.) Es findet sich in seiner Lebensentwicklung nichts Auffälliges als jene Phase anfangs seiner 20er Jahre (1901—05), in der er wiederholt gegen das Gesetz verstieß. (Arbeitsscheu, Diebstähle, Körperverletzung, grober Unfug.) Die Akten ergeben nach dem Jahre 1905 keine Anhaltspunkte für ein asoziales Verhalten. Man

wird Bedenken haben müssen diese jugendlichen Entgleisungen des Sch. mangels eingehender Unterlagen psychiatrisch zu werten. Es könnte sich um manische Züge gehandelt haben; das ließe sich nicht beweisen. Sch. selbst will jetzt alles auf schlechte Erziehung, Mangel väterlicher Führung und Einflüsse schlechter Gesellschaft zurückführen. Die Tatsache, daß sich Sch. später unauffällig verhielt, daß er geordnet arbeitete, für seine Pflegemutter sorgte, daß er sich also offensichtlich festigte und behauptete, spricht jedenfalls gegen die Annahme einer nennenswerten psychopathischen Konstitution. Manisch-depressive Schwankungen lassen sich nicht aufweisen.

Ebensowenig finden sich Spuren einer schizoiden Anlage (zu der der leptosome Körperbautypus des Sch. ebenso gut passen würde wie seine Tuberkulose).

Die Psychose des Sch. setzt nach einer kurzdauernden, prodromalen depressiven Verstimmung mit einer expansiven Zacke ein. Kritiklose Größenideen, prahlerisches Selbstgefühl, aufgeregte Betriebsamkeit sind die ersten Krankheitssymptome. Die Diagnose Paralyse wird sofort gestellt.

Klinisch ergibt sich ein ausgesprochen manisches Zustandsbild. Zu paralytischen Symptomen schwereren Grades kommt es nicht. Das Urteil bleibt intakt, das Achsensymptom der Paralyse, die Demenz, tritt nicht auf.

Während der Malariatherapie treten gelegentlich depressive Züge hervor; daneben besteht eine Distanzlosigkeit, eine seichte Geschwätzigkeit und hie und da eine gewisse Faselsucht; diese Züge sind feindosiert, sie erscheinen gewissermaßen nur in Spuren. In dem ganzen Krankheitsbild sind sie die einzigen Merkmale, die über das bloß Manische hinausweisen.

Nach Abschluß der Behandlung setzt eine sehr gute Remission ein mit ausgezeichneter Krankheitseinsicht. 4 Wochen nach seiner Entlassung kommt Sch. in einem depressiven Zustand wieder. Es handelt sich nach dem 9 monatigen Verlauf mit schwerer Hemmung, mit Selbstanklagen, schwerem Krankheitsgefühl und typischen, immer stärker ausgeprägten Tagesschwankungen um eine Depression von ausgesprochen endogenem Charakter. Diese Depression klingt ganz allmählich ab, es besteht während der ganzen Zeit eine ungewöhnlich deutliche Krankheitseinsicht; zu einer nachweislichen Störung der intellektuellen Fähigkeiten, zumal des Urteils, kommt es nicht. Es sind auch jetzt wieder nur feine Züge, eine gewisse, etwas plumpe Vertraulichkeit, eine gewisse Starre und Leere der Mimik, vielleicht auch ein leichter Mangel an Elastizität, den man am besten mit Schwunglosigkeit bezeichnen könnte, die einen Defekt als Folge des Gehirnprozesses andeuten. Es ist so, als ob die Glanzlichter fehlten. Dabei ist die Persönlichkeit in allen Stadien des Krankheitsverlaufs gut erhalten. Bemerkenswert ist z. B., wie das

Taktgefühl erhalten blieb. Sch. spricht voll Rücksicht und Teilnahme von seiner Pflegemutter, er schämt sich, daß er sie als junger Bursche schlecht behandelte, er will die damaligen Entgleisungen nicht wahrhaben oder als „Läusbubenstreiche“ abtun. Leider läßt sich darüber nicht mehr sagen, da eine objektive Darstellung der präpsychotischen Persönlichkeit fehlt. Sch. sagt selbst, er sei immer ein offener, heiterer Charakter gewesen und er habe sehr viele Interessen gehabt. (In der Tat ist er für seine Bildungsstufe sehr belesen.) Aber man wird trotzdem nicht ohne weiteres unterstellen können, daß es sich bei ihm um eine syntone, eine dem manisch-depressiven Formkreis zugehörige Persönlichkeit handelt. Für einen Standpunkt, der die Beziehungen zwischen präpsychotischer Persönlichkeit und Paralyse betrachtet, wird Sch. ein ungeklärter Fall bleiben müssen.

Sicher ist, daß diese Paralyse mit einem manischen Zustandsbild beginnt und, daß sich an eine kurze Remission eine schwere endogene Depression anschließt. Der klinische Verlauf, vor allem das Fehlen des paralytischen „Achsensymptoms“ und die ganz ausgezeichnete Wirkung der Malariatherapie beweisen, daß es sich hier nur um den Beginn eines paralytischen Prozesses handeln kann. Wenn das manische Zustandsbild (im Hinblick auf die anfänglichen Größenideen) vielleicht noch eher ein symptomatisches Gepräge hat, so kann an dem endogenen Charakter der nachfolgenden Depression kein Zweifel bestehen.

Es läßt sich also sagen: Der beginnende paralytische Hirnprozeß hat eine (bis dahin offenbar latente) thymopathische Anlage flottgemacht. Die endogene Psychose verläuft, nachdem einmal eine (mehr oder minder symptomatische) Manie provoziert wurde, nach eigenem Gesetz. Unbeeinflußt durch die Sanierung der entzündlichen Gehirnvorgänge nach der Behandlung (s. Liquor, Intelligenz, Erhaltenbleiben der Persönlichkeit) entwickelt sich eine Depression, die in allem ihrem endogenen Charakter treu bleibt.

Praktisch bedeutsam ist hier, daß durch den Ausbruch der manischen Phase die Krankheit sehr früh erkannt wird und die sofortige Behandlung dementsprechend zu einem guten Erfolg führt.

7. Paul Kn., geboren 9. 6. 1878, Kunstmaler. In der Klinik: 22. 1. bis 11. 4. 1931.
Vorgeschichte. Aus der Familienanamnese nichts Besonderes.

Immer gesund gewesen, kräftig. Volksschule, kam schon mit 15 Jahren nach Amerika, wo sein Vater lebte. Erlernte dort die Theatermalerei, angeblich im wesentlichen autodidakta; durch den frühen Tod seines Vaters in jungen Jahren schon selbstständig, kämpfte sich gut durch, kam im Alter von 25 Jahren nach Deutschland zurück, ging dann wieder auf 3 Jahre nach New York und dann nach Paris, wo er nachträglich noch Malerei studierte. Theatermaler in Paris, dann Hannover; Filmbranche; schließlich in München.

1^{1/2} Jahre im Felde, dann als Dolmetsch verwendet. 1920 geheiratet, Frau angeblich schwer hysterisch, 1924 wegen beiderseitigen Verschuldens geschieden. 2 gesunde Söhne mit 11 und 10 Jahren; luische Infektion nicht bekannt. Lebte in

München als Porträtmaler und Landschafter, verkaufte ganz gut; seit der Inflation zunehmende Notlage.

Seit 5 Jahren allein den Haushalt (mit den Söhnen) versorgt, verrichtete alle Arbeiten, kam dadurch sehr herunter. Noch im Sommer 1930 sehr viel gemalt, besonders Landschaften, zuletzt von Verwandten wirtschaftlich unterstützt.

Amaurose des rechten Auges seit der Kindheit.

Sehr lebenslustig gewesen, viel getanzt, enorm geraucht, mit Begeisterung den Fasching mitgemacht, bekannt als Spaßmacher und Gesellschafter. Immer sehr weich, von der Frau ganz unterdrückt, hilflos gegenüber jeder Brutalität, immer eingelenkt. Sei sehr triebstark gewesen, unter seinen Freunden den Ehrentitel „König der Bohème“.

Beginn. 4 Monate vor der Aufnahme plötzliches Auftreten einer Sprachstörung, die er selbst empfand, zugleich anfallsweise Erlahmen der rechten Hand. Deshalb depressiver Affekt. Schildert selbst 3 Anfälle von plötzlichem, vorübergehendem Sprachverlust mit Parese der rechten Hand. Damals auch Blasenstörung angedeutet, merkbare Schwäche und Unsicherheit in den Beinen. Seit dieser Zeit bemerkte er selbst eine Abnahme seines Gedächtnisses und eine allgemeine psychische Verlangsamung. Die Angehörigen bekunden, daß er schon seit einigen Jahren vergeßlich wurde und etwas in seinem Äußeren verwahrloste. Krampfanfälle wurden nicht beobachtet.

Groß, kräftig gebaut, ausreichender Ernährungszustand. Leptosomer Habitus. Vorgealtert, schlaffes, müdes Aussehen, Motorik allgemein verlangsamt.

Intern o. B. Reflektorische Pupillenstarre. Rechter Facialis schwächer inneriert, Gesichtsflattern. Zunge flattert stark. Sämtliche Reflexe lebhaft. Patellar sehnenreflex beiderseits gesteigert.

Lumbalpunktion 28. 1. 31. 35/3 Zellen, Nonne +, $\frac{2}{3} \%$ Gesamteiweiß. Wa.R. +++ bei 0,2, +++++ bei 0,6. Sachs-Georgi negativ, bei 0,6. Goldsol- und Normomastix. Paralysekurven. Serum-Wa.R. +++; Sachs-Georgi +++.

Allseitig orientiert, geordnet. Sehr verlangsamt, gehemmt, schlaff, müde. Ausgesprochen depressive Stimmung. Sprache sehr unsicher, verwaschen, schmierend; bei Testworten nimmt sich Patient sehr zusammen, da er den Defekt selbst fühlt, überwindet schließlich bei beständiger Übung das Silbenstolpern! Vorherrschend schweres Krankheitsgefühl. Erst etwas scheu, abweisend, dann aber gut ansprechbar und aufgeschlossen. Präzise Daten, geordnete Darstellung. Kopfrechnen ausgezeichnet, rasch. Merkfähigkeit für Zahlen nicht nennenswert beeinträchtigt. Keine Intelligenzdefekte nachweisbar. Auffällig ist nur, wie er etwas kindlich betont, daß er auf der Volksschule so gut auswendig gelernt habe. Auf der Abteilung still, wortkarg, vorwiegend gehemmt; Benehmen unauffällig, Taktgefühl gut erhalten.

30. 1. bis 17. 2. 31. Malariaikur. Nach 9 Fieberattacken abgebrochen. Im Fieberanfall körperlich sehr elend; ängstlich, zitterig, hypochondrisch-depressiv. Zeitweise bewußtseinsgetrübt. In der Zwischenzeit ziemlich apathisch, spontan. Nach der Malariaikur wesentlich zuversichtlicher; Stimmung zeitweise leicht gehoben, bei Besuchen nicht ohne Humor.

März bis April 1931 kombinierte Hg-Schmier- und Salvarsankur. Ausgezeichnet vertragen. Erhebliche Gewichtszunahme. Im allgemeinen euphorische Gemütslage, liest erstaunlich viel, durchwegs gehaltvolle Lektüre, spricht voll Verständnis darüber.

Lumbalpunktion 10. 4. 31: 15/3 Zellen, Nonne +, $\frac{3}{4} \%$ Gesamteiweiß. Wa.R. negativ bei 0,2; + bei 0,6, +++++ bei 1,0. Sachs-Georgi negativ bei 0,3. Serum-Wa.R. unverändert +++. Normomastixreaktion: Gebesserte, atypische Kurve. Goldsolreaktion: Abgeflachte Kurve.

Bei der Entlassung 11. 4. 31. Durchaus einsichtig, diskussionsfähig. Intelligenzdefekte nicht nachweisbar. Gedächtnis und Merkfähigkeit ungestört. Im Vordergrund die Sprachstörung mit kompensatorischer Verlangsamung. Stimmungslage leicht euphorisch; freut sich sehr auf die Entlassung. Benehmen unauffällig,

durchaus taktvoll. Im ganzen wesentlich frischer, straffer, guter psychischer Turgor, Allgemeinzustand ausgezeichnet.

Katamnese. 1 Jahr nach Entlassung, April 1932 stellt sich Patient wieder vor. Er habe sich seither immer wohlgefühlt. Hat wieder gemalt, hauptsächlich Landschaften, angeblich nicht schlechter als früher. Hat jetzt 800 Bilder zu Hause herumstehen, die er bei den Wirtschaftsverhältnissen natürlich nicht anbringen könne; malt jetzt nichts mehr, da er sich das Material nicht beschaffen kann. Lebt von Unterstützung des Wohlfahrtsamtes. Er beschäftige sich mit allem möglichen, habe immer was zu tun, kenne keine Langeweile, lese sehr viel, was er nur eben bekommen könne. Er schlafe wenig. Die Libido habe ganz abgenommen. Er macht äußerlich einen wenig gepflegten, heruntergekommenen Eindruck, man sieht ihm seine wirtschaftliche Notlage an. Er gibt geordnet Auskunft, Gedankengang und Auffassung sind ungestört, das Urteil ist intakt. Keine Zeichen einer intellektuellen Einbuße. Stimmungslage gleichmäßig, vielleicht doch etwas depressiv; wohl aber mehr reaktiv durch die Geldverlegenheit und Arbeitslosigkeit, zu der der K. gezwungen ist, bedingt.

Er erinnert sich ganz gut an seinen Klinikaufenthalt. Erzählt, daß er sehr unter dem Eingesperrtsein gelitten habe und durch die ungestige Umgebung, er habe es sich nur nicht so anmerken lassen, da er selbst körperlich so elend gewesen sei. Sein ganzes Krankheitsgefühl, seine Krankheitseinsicht ist einseitig auf das Körperliche gerichtet. Daß er damals so schwer depressiv und gehemmt war, will er durchaus nicht wahrhaben.

Sein Gedächtnis, seine Merkfähigkeit ist jetzt zufriedenstellend; K. selbst klagt nur darüber, daß er sich Personennamen schlecht merken könne. Er rechnet ausgezeichnet.

Im ganzen erscheint Patient, dessen Benehmen unauffällig ist und nichts von einem Defekt an sich erkennen läßt, doch nicht so frisch wie bei seiner Entlassung. (Dazu kommt allerdings, daß er jetzt in der Hauptache auf sich allein gestellt ist und zweifellos zu wenig ißt.) Er macht in seinem ganzen Wesen einen etwas resignierten, leicht müden Eindruck, die ursprüngliche Persönlichkeit ist allgemein gedämpft.

Zusammenfassung.

Leider fehlen genügende objektive Angaben über das Vorleben zur klaren Erfassung der präpsychotischen Persönlichkeit, wie das gerade bei einem künstlerischen Menschen besonders wichtig wäre. Den subjektiven Angaben, die K. selbst macht, läßt sich nur entnehmen, daß er gesellig, lustig, ausgelassen sein konnte und daß er empfindsam, beeindruckbar, weich, wenig widerstandsfähig war (dies zeigte sich z. B. gegenüber der hysterischen Frau). Wenn man davon auch nicht ohne weiteres ableiten kann, daß K. dem thymopathischen Formkreis angehört, so wird man doch ein gewisses manisch-depressives Reaktionsvermögen als einen wesentlichen Faktor seines Konstitutionsaufbaues betrachten dürfen.

Der beginnende Hirnprozeß, der sich zunächst in einer Sprachstörung und in rudimentären Anfällen auswirkt, macht dementsprechend die depressive Reaktion flott. Die Paralyse des K. trägt eindeutig ein depressives Gepräge. Nach dem ganzen Verlauf und dem Inhalt der Psychose handelt es sich dabei weniger um eine, etwa selbständige sich nach eigenen Gesetzen weiter entwickelnde endogene Phase, als um eine mehr reaktive Depression. Die Verstimmung schwindet rasch mit

Besserung des allgemeinen und besonders des körperlichen Befindens und macht einer dementsprechend heiteren, optimistischen Stimmungslage Platz, die auch nicht als manisch im eigentlichen Sinne bezeichnet werden kann, sondern ihrerseits auch reaktives Gepräge hat. Zu der Annahme, daß es sich um provozierte Vorgänge handelt, stimmt sehr gut die Tatsache, daß es bei K. nicht zur Ausbildung einer Demenz kommt. Von Anfang an besteht eine weitgehende Einsicht. Sehr eindrucksvoll ist bei K. der erfolgreiche Kampf gegen das Silbenstolpern, der schließlich zu einer kompensatorischen Verlangsamung der Sprache führt, aus Angst vor Entgleisung. Im Verlauf der Fiebertherapie treten hauptsächlich depressive Stimmungsschwankungen auf, vorwiegend mit hypochondrischem Einschlag. Mit der rapiden körperlichen Besserung hellt sich das psychische Bild entscheidend auf. Die Remission hält an. Ein Jahr nach der Entlassung ist K. unauffällig. Die Persönlichkeit ist gut erhalten, vielleicht eine Spur gedämpft. Aber auch jetzt sind gewisse leicht depressive Züge unverkennbar, die wiederum im wesentlichen reaktiven Charakter (Vereinsamung, Arbeitslosigkeit, Notlage!) haben.

8. Frau Katharina E., geboren 29. 11. 1885. Betriebsinspektorin. 1. Aufnahme: 1. 10. 1930 bis 28. 2. 31. 2. Aufnahme: 8. 9. 32.

Vorgesichte. In Kitzbühel, Tirol, aufgewachsen, soll immer lustig und vergnügt gewesen sein. War in verschiedenen Städten Kellnerin und Hotelangestellte. Hatte einige Jahre lang ein Verhältnis mit einem Sattlermeister, davon eine Fehlgeburt (Mens. 5) und einen gesunden Sohn. Später Köchin, dann Wirtshafterin in verschiedenen Gasthäusern. 1917 Ausschlag am Körper, rotbräunliche Flecken, in mehrmonatigen Schüben auftretend, 1 Jahr lang mit Injektionen behandelt (Lues 2?) Immer fleißig, arbeitsfreudig, lustig, freigebig, beliebt, galt als gute Gesellschafterin. Heirat 1922, keine Kinder, keine Fehlgeburten.

Mehrere Monate vor der Aufnahme vergeßlich geworden. Erst seit einer Woche, im Anschluß an einen heftigen Sonnenbrand, auffällig: Habe schwermütige Gedanken gehabt. Brachte unfertiges Essen auf den Tisch, wirkte apathisch, „tat nicht mehr so recht mit“, schlief übermäßig viel.

1. Aufnahme. Befund: Groß, kräftig, reichliches Fettpolster, vergrößerte Thyreoidea. Intern o. B. Pupillen leicht verzogen, lichtstarr. Sonst neurologisch o. B. Wa.R. +++, Sachs-Georgi ++.

Gibt eine leidlich geordnete Anamnese, zeigt dabei aber eine erhebliche Gleichgültigkeit. Kein Krankheitsgefühl. Sträubt sich erst mit Brachialgewalt gegen die Aufnahme, einmal zu Bett gebracht, ist sie ganz friedlich und vergnügt. In ihren Angaben unsicher, unmotiviertes Lachen. Merkschwäche, Urteilsvermögen reduziert. Rechnet, ohne es zu bemerken, jede Aufgabe falsch. Dürftige Allgemeinkenntnisse. Bei Testworten Silbenstolpern, Spontansprache nicht merkbar gestört.

2. 10. 30. Lumbalpunktion: 34/3 Zellen. Nonne ++. Gesamteiweiß $1\frac{1}{4}\%$. Wa.R. +++ bei 0,2, Sachs-Georgi+. Kolloidreaktionen: Typische Paralysekurven.

Verlauf. Wenige Tage nach der Aufnahme heftige Erregungszustände, läuft dauernd aus dem Bett, zertrümmert Fenster. Muß auf die Wache gebracht werden. Völlig einsichtslos, äußert, sie sei so stark, daß sie Bäume ausreißen könne, prahlt mit einem Vermögen von ungezählten Milliarden, lacht dement dazu.

14. 10. bis 1. 11. 30. Malariakur (9 Fieberanfälle). Zunehmende Interesselosigkeit. Zeitweilig unrein, schmiert mit Kot. Urteilsschwäche.

15. 11. 30. Allmählich wieder lebhafter. Körperliche Besserung. Zeitweise verstimmt, weinerlich, ängstlich. Dezember 1930 kindliche Größenideen, prahlt mit ihren Körperkräften, mit ihrem mustergültigen Haushalt, erzählt, sie habe literweise gutes Mundwasser zu Hause. Allmählich wachsendes Interesse an der Umgebung, mischt sich in alles hinein, drängt auf Entlassung. Stimmung vorwiegend kindlich, heiter. Affektlabilität. Taktlosigkeit, Ungeniertheit. Wird von Tag zu Tag selbstbewusster, hat viele Wünsche, aber immer gutmütig, spricht von ihren guten Eigenschaften.

Dezember 1930 bis Januar 1931. Kombinierte Hg- und Salvarsankur. Erhebliche körperliche Besserung, allmählich auch Aufhellung des psychischen Zustandes.

9. 2. 31. Wa.R. im Blut +++, Sachs-Georgi ++. Lumbalpunktion: 4/3 Zellen. Nonne +, $\frac{2}{3} \text{ \%}$ Gesamteiweiß. Wa.R. ++ bei 0,2, +++ bei 0,6. Sachs-Georgi Ø bei 0,3. Kolloidreaktionen etwas gebessert.

Februar 1931. Deutliche psychische Besserung, beginnende Einsicht, keine wesentlichen Intelligenzdefekte, im ganzen noch etwas eingeschränkt, egozentrisch auf ihr Wohl bedacht, freut sich über die Gewichtszunahme, macht sich aber Sorgen, weil die serologischen Reaktionen noch nicht negativ geworden sind.

28. 2. 31. Nach Hause entlassen. Beginnende Remission. Bis zur zweiten Aufnahme zu Hause, führte den Haushalt, war unauffällig, es ging ihr ausgezeichnet.

November 1931. Wa.R. im Blut +++. Sachs-Georgi + nach 24 Stunden, +++ nach 48 Stunden.

Februar bis März 1932 Bi-Salvarsankur in der Poliklinik.

19. 4. bis 6. 9. 31 in der dermatologischen Klinik wegen Gonorrhöe behandelt (Infektion vom Ehemann). Zunächst nur zur Lumbalpunktion wieder aufgenommen, war draußen noch nicht auffällig gewesen.

2. Aufnahme 8. 9. 32. Befund: Körperlich neurologisch unverändert, Turgor gut.

Liquor: 25/3 Zellen. Nonne (+). Gesamteiweiß $\frac{2}{3} \text{ \%}$. Wa.R. +? bei 0,2, +++ bei 0,6 und 1,0. Sachs-Georgi Ø nach 24 Stunden bei 0,3. Kolloidreaktionen unverändert (Paralysekurve).

Psychisch äußerst freundlich, liebenswürdig, höflich, euphorischer Stimmung. Klar, orientiert, Auffassung gut. Etwas wortreich, abschweifend, schildert alles in Superlativen, ergeht sich in unwichtigen Aufzählungen. Rechnen schlecht, Sprache verschmiert. Mangelndes Taktgefühl.

14. 9. 32. Zum zweitenmal mit Malaria geimpft, keine Reaktion darauf. Ver such einer Fieberprovokation durch Pyrifer, zwei isolierte Fieberstöße.

22. 9. 32. Zunehmende manische Erregung, heiter, lustig, konfabuliert ganze Romane, schreibt unleserliche Briefe und verschmiert Zettel. Intellektuell reduziert. Größenideen angedeutet. Der Arzt sei ihr Leibarzt, sie gehöre in die erste Klasse, sie habe Geld genug. Affektlabil, lacht und weint durcheinander.

Oktober 1932. Zunehmende motorische Unruhe, läuft dauernd im Saal umher, muß sehr oft ins Dauerbad gebracht werden. Manisch gehobene Stimmung, harmlose Größenideen. Hier und da klagt und weint sie ohne ersichtlichen Grund, äußert hypochondrische Beschwerden.

Oktober bis November 1932. Pyriferkur. Im Fieberanfall immer sehr elend, ängstlich. Jeweils am nächsten Tag unverändert manisches Zustandsbild.

Dezember 1932. Unverändert, manisch, sehr oft motorisch unruhig, kommt regelmäßig ins Dauerbad. Urteil getrübt, Einsicht geschwunden, allmählich fortschreitender psychischer Abbau.

Beurteilung.

Im wesentlichen handelt es sich hier um eine syntone Persönlichkeit. Hyperthyme Züge herrschen in der präpsychotischen Wesensart vor.

Das Prodromalstadium ist sehr kurz; interessant ist dabei, daß depressive Züge hervortreten. Die Psychose setzt dann jäh mit einem durchwegs manischen Zustandsbild ein. Trotz des kurz dauernden Krankheitsverlaufes kommt es schon bald zu intellektuellen Defekten. Erheblich ist die Störung des Affektlebens. Im Anschluß an die Malaria-therapie kommt es zu einer raschen Besserung. Die Remission währt $1\frac{1}{2}$ Jahre. Während dieser Zeit ist die Patientin unauffällig. Das psychische Bild geht in dieser Zeit über den gewohnten Zustand einer Defektheilung hinaus, es werden keine Defektsymptome berichtet. Depressive Phasen werden nicht beobachtet. Im Anschluß an die zweite Aufnahme tritt eine erhebliche Verschlimmerung ein, es kommt zu einer zweiten manischen Welle. Hand in Hand mit der rasch fortschreitenden Auflockerung der Persönlichkeit geht der intellektuelle Abbau. Es tritt eine nicht geringe Demenz ein. Die weitere Prognose erscheint ungünstig.

Mit Wahrscheinlichkeit handelt es sich bei dem Initialstadium dieser Paralyse um eine durch den organischen Prozeß provozierte Manie. Diese Phase ist in der präpsychotischen Persönlichkeit offenbar anlagemäßig bereit. Entsprechend der frühzeitigen Therapie kommt es zu einer raschen und guten Remission. Der weitere Verlauf jedoch gestaltet sich ungünstig, beim Ausbruch der zweiten manischen Phase ist der allgemeine psychische Abbau schon hochgradig. Man muß annehmen, daß hier der paralytische Gehirnprozeß in einem rascheren Tempo verläuft. Denn die Therapie kommt zu spät, obwohl sie in einem Stadium des Krankheitsprozesses einsetzt, dessen kurze Dauer an sich Erfolg versprechen müßte.

9. Ludwig Sch., geboren 25. 1. 1898, kaufmännischer Angestellter. In der Klinik: 8. 5. bis 28. 11. 1929. Seitdem in der Heilanstalt Egling.

Vorgeschichte. Mutter soll temperamentvoll gewesen sein, der Vater ruhiger, unauffällig. Als Kind immer gesund, lustig, gesellig, auch ausgelassen. Auf der Schule gut gelernt. 3 Jahre kaufmännische Schule, dann Lehrling in einer Versicherungsanstalt. 1917 eingerückt, 1918 Granatsplitterverletzung am Oberschenkel, diententlassen. Luische Infektion nicht bekannt. 1919—22 Rechnungsführer bei einem Kraftwerk, 1 Jahr arbeitslos, dann Buchhalter. Heirat 1925, 1 gesundes Kind. 1 Jahr vor der Aufnahme arbeitslos geworden.

Auffällig im Januar 1929. Glaubte sich von einem Bruder von Amerika aus verfolgt, hörte Stimmen aus seinem eigenen Körper, gab selbst an, sein Gedankengang sei gestört, gab oft keine Antwort, starrte ratlos vor sich hin, starr, klagte darüber, daß man ihm die Gedanken entziehe.

Aufnahme. Ratlos, ängstlich, hört Stimmen, glaubt sich verfolgt.

Asthenischer Habitus. Intern o. B. Pupillen beiderseits übermittelweit, verzogen, Reaktionen normal. Lebhafte Reflexe. Beben der mimischen Muskulatur beim Sprechen; bei Testworten unsicher, Silbenstolpern angedeutet.

Wa.R. im Serum ++++. Sachs-Georgi +++.

Lumbalbefund 15. 5. 29. 75/3 Zellen. Nonne +. $1\frac{1}{4}\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. ++++, bei 0,2. Sachs-Georgi +++. Kolloidreaktionen: Typische Paralysekurven.

Ratlos, ängstlich gespannt, sehr unexakte Angaben, bringt alle Daten durcheinander, redet vorbei, faßt die meisten Fragen nicht auf, macht zeitweise einen bewußtseinsgetrübten Eindruck. Er sei „verwirrt worden“, er finde den Zusammenhang nicht, man habe ihm die Gedanken weggenommen. Hört Stimmen, „eine ganz langweilige Melodie im linken Ohr“, hört die Donkosaken, will nicht mehr „in der Welt herumlaufen“, da die Welt vergiftet sei, redet zusammenhanglos vom Grab des Tutenchammon. In das Gebiß seiner Schwester hätten die Dentisten Hundezähne eingesetzt. Er sei kein schlechter Mensch, aber die Stimmen sagten, daß alle Kinder der Welt von ihm seien.

Zerfahren, zusammenhanglose Gedankengänge, läßt sich nicht fixieren. Rechnet schlecht, schwere Merkstörung. Schulwissen leidlich, bei schwierigen Aufgaben redet er vorbei, bezieht viele objektive Fragen unmotiviert auf sich, Urteilsfragen beantwortet er nicht. Zwei Tage nach der Aufnahme plötzlich gesprächig, weitwellig, redelustig. Dann vollkommen negativistisch, gibt einen Tag lang keinen Ton von sich.

20. 5. 29. Mit Malaria geimpft. 25. 5. bis 8. 6. 9 typische Fieberanstiege, im Fieber delirant, hört Frau und Kind rufen, ängstlich, unter dem Einfluß von Halluzinationen. Örtlich und zeitlich ganz desorientiert.

Juni bis Juli 1929. Körperlich gut erholt. Katatone Haltung. Inkohärente, zerfahrene Äußerungen. Er sei „Nummer fünf“, sei verblaut, angeblaut, sei ganz in den Wolken drin. Bringt dies alles läppisch-lächelnd vor, kümmert sich nicht um die Umgebung. Nachts dann aber zeitweise erregt, greift andere Patienten an, die er verkennt. Widerstrebende Nahrungsaufnahme. Vorwiegend autistisch. Kataleptisch.

Liquorbefund 2. 7. 29: 14/3 Zellen. Nonne +. Gesamteiweiß $1\frac{1}{2}\%$. Wa.R. ++++ bei 0,2. Sachs-Georgi +++. Goldsolkurve etwas gebessert. Serum-Wa.R. unverändert.

Liquorbefund 3. 8. 29: 9/3 Zellen. Nonne +. $1\frac{1}{2}\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. bei 0,2 + ?, bei 0,6 +++. Sachs-Georgi ++. Normomastix- und Goldsolreaktionen wesentlich gebessert. Serum-Wa.R. unverändert.

Aszendent, wirkt leer und stumpf. Wissen leidlich, Urteilsfähigkeit deutlich beeinträchtigt, Rechnen langsam, fehlerhaft. Mit seinem Gehirne arbeiten fremde Leute, andere erzählen dieselben Geschichten, die er erlebt habe. Man könne das Gehirn „einfach abdrehen“.

Oktober 1929. Katatone Haltung unverändert, berichtet mit leiser Stimme von Beeinträchtigungs- und Veränderungsgefühlen. Man habe Gummischläuche in seinen Körper gesteckt, seine Hände würden kleiner. Andere benützen seine Zeugnisse, er muß sein Gedächtnis an fremde Leute abgeben.

4. Lumbalpunktion 15. 10. 29. 5/3 Zellen. Nonne +. Gesamteiweiß $5\frac{1}{12}\%$. Wa.R. + bei 0,2, ++++ bei 0,6. Sachs-Georgi +(+). Serum-Wa.R. unverändert.

November 1929. Unverändert zerfahren. Beziehungslose Erzählungen über seine Kriegsverletzung. Verschrobene, umständliche, weitwellige Ausdrucksweise, oft vorwurfsvoller Ton. Man vergifte ihn mit Tripper, man habe seinen Namen verwechselt, man gehe damit hausieren, man ziehe ihm das Gehirn heraus. Keine deutliche Sprachstörung.

28. 11. 29 nach Egling überführt.

Aus der Krankengeschichte *Egling*:

Dezember 1929. Schwer erregt, halluziniert. Man habe seine Wäsche beschmutzt, habe ihn bewußtlos gemacht und die Zähne herausgenommen, das Gehirn

sei durch das Rückenmark herausgezogen worden. Vollkommen kritiklos, urteilschwach. Rechnen aber prompt. Äußerlich vollkommen orientiert.

1930. Äußerlich ruhig. Unveränderte Beeinflussungs- und Veränderungsideen (Zähne, Gehirn, Rückenmark, Gedächtnis). Gibt Stimmen zu. Beschäftigt sich zeitweise ganz fleißig.

Januar 1931. Schimpft über Gestalten, die er vor sich sieht. Seine Lippen werden angestrichen, seine Augen bespritzt. Dann wieder ganz autistisch, für sich.

August 1931. Meist ruhig, aber immer wieder zeitweise erregt, äußert mit ängstlichem Ausdruck paranoide Ideen, lehnt Besuche ab. Arbeitet immer fleißig.

1932. In seinen Wahniddeen unverändert. Körperlich elend geworden. Erzählt jetzt seine Lebensgeschichte leidlich geordnet, läßt sich sonst aber nicht fixieren. Klagt darüber, daß er nicht mehr denken könne, es sei immer jemand da, der das gleiche denke und ihn dadurch störe. Zeitweise halluziniert er laut. Intelligenz und Urteilsvermögen haben sich gegen früher verbessert. Weiß über politische Ereignisse aus der Zeit vor seiner Erkrankung gut Bescheid. Er verliert aber bei seinen Antworten immer wieder den Zusammenhang; alle Fragen müssen beständig wiederholt werden. Die Sprachstörung ist bei schwierigen Testworten doch noch angedeutet, aber nicht erheblich.

Untersucht in der Anstalt, Februar 1933.

Liegt im Bett, körperlich sehr elend, gibt leer lächelnd die Hand, wundert sich nicht über den Besuch, Pupillen verzogen, übermäßig weit, Lichtreaktion träge. Sprache nur bei schwierigen Worten etwas gestört, Patient nimmt sich aber zusammen. Kommt sogleich in ein diffuses Gerede, geht auf Urteilsfragen nicht ein, redet vorbei, grinst läppisch-leer.

Er sei nie in der Klinik gewesen, er habe keine Frau, kein Kind, da seien nur Verwechslungen vorgekommen, die Gehirne seien ausgetauscht worden, man habe widerrechtlich seine Leiche seziert, das seien diese Enthirnungsorgänge, die da gemacht worden seien... Gibt zu, daß er Stimmen höre. Er werde verfolgt, mit seinem Namen werde Mißbrauch getrieben genau so wie mit seinem Körper... Er läßt sich in keiner Weise fixieren, redet zusammenhanglos, zerfahren weiter; insbesondere beantwortet er Urteilsfragen nicht.

Insgesamt wirkt er wie ein erheblich abgebauter Schizophrener. Seine Facies wirkt nicht paralytisch.

Die Ärzte der Anstalt Egelfing betonen, daß es sich nicht um ein schizophreneres Zustandsbild handle, sondern um eine durch die Paralyse ausgelöste schizophrene Psychose.

Zusammenfassung.

Über die präpsychotische Persönlichkeit fehlen leider genauere Unterlagen. Nach dem Bericht eines Bruders soll Sch. immer lustig und gesellig gewesen sein und jedenfalls keine besonderen Auffälligkeiten geboten haben. Der Patient gab wiederholt an, er sei immer einsam gewesen. Die Psychose setzt hier sofort mit schizophrenen Zügen ein, ohne prodromale Symptome. Der Patient kommt bereits mit dem ausgesprochenen Bild einer schizophrenen Erkrankung in die Klinik. Das Bild wird von paranoiden Ideen, von Verfolgungsvorstellungen, Beeinflussungs- und Beeinträchtigungsideen beherrscht, im Vordergrund stehen Denkstörung, Gedankenentzug. Alles wird passiv empfunden, es kommt zu einer ängstlichen Stimmung mit deutlicher Ratlosigkeit. Die Halluzinationen werden ohne weiteres zugegeben. Frühzeitig entwickeln sich kataton Symptome. Die sprachlichen Äußerungen des Patienten sind von Anfang

an zerfahren. Neben dem gelegentlichen Flattern und Beben der mimischen Muskulatur, neben der angedeuteten Sprachstörung erweckt vor allem die Kritiklosigkeit der vorgebrachten Ideen den Verdacht auf eine paralytische Geistesstörung, den Ausschlag für die Diagnose geben dann die eindeutigen Liquorbefunde. Demnach — die Lumbalpunktion wurde 4mal ausgeführt — besteht kein Zweifel, daß es sich um eine Paralyse handelt, obwohl klinisch keine eindeutig paralytischen Symptome beobachtet werden können. Alle die zerfahrenen, inkohärenten Ideen passen in das Bild einer fortgeschrittenen Schizophrenie hinein. Vielleicht kann man die Idee des Patienten, alle Kinder der Welt stammten von ihm, als typisch paralytisch bezeichnen. Jedoch wird diese Vorstellung in ängstlichem Affekt vorgebracht, unter anderen Versündigungsideen, so daß man sie, zumal bei ihrem isolierten Auftreten, nicht ohne weiteres als „Größenidee“ abstempeln kann.

Von Anfang an macht der Kranke einen zeitweise bewußtseinsgetrübten Eindruck. Dementsprechend erweist sich späterhin die Demenz nicht so hochgradig, als sie sich zunächst zu dokumentieren scheint. *Pönitz* nennt diese Art der Demenz, der scheinbaren, durch die Bewußtseinstrübung mitbedingten, mit einem wenig glücklichen und irreführenden Ausdruck „Pseudodemenz“. Der Mechanismus, den *Pönitz* aufzeigt, daß sich nämlich später, bei Aufhellung des Sensoriums die intellektuellen Leistungen wesentlich bessern, wird hier deutlich. Während der Kur treten delirante Zustandsbilder auf, der Patient halluziniert wieder lebhaft. Bald nach der rasch einsetzenden körperlichen Besserung kommt es zu einer allmählichen Sanierung des Liquors; der Serum-Wa.R. bleibt allerdings unverändert 4fach positiv. Jetzt erscheint auch die Sprache gebessert, man würde wohl ohne Vorgeschichte und Serologie nicht mehr in der Lage sein, eine Paralyse zu diagnostizieren.

Zeitweise treten immer noch katatone und negativistische Syndrome auf, im wesentlichen bleiben die ängstlich-paranoiden Ideen der Beeinträchtigung und der Veränderung bestehen. In der Heilanstalt ändert sich das Bild nicht. Zu bemerken ist, daß Sch. meistens fleißig arbeitet. Seine intellektuellen Leistungen sind bei mehrfacher Prüfung besser als in der Klinik, es besteht keine nennenswerte Demenz.

Das jetzige Zustandsbild hat das eindeutige Gesicht einer fortgeschrittenen Schizophrenie (paraphrene Form).

Nach dem Verlauf dieser Erkrankung, die nun über 4 Jahre beobachtet wurde, hat die Paralyse hier nur eine auslösende, nicht einmal eine pathoplastische Bedeutung. Es kommt kaum zu einem eindeutigen paralytischen Symptom. Durch die frühzeitige Malariabehandlung (der Kranke kam etwa 4 Monate nach Auftreten der allerersten Erscheinungen in die Klinik) tritt allmählich eine Sanierung des Liquors ein, der paralytische Krankheitsprozeß kommt zum Stillstand, die Demenz bleibt eine relativ geringe. Die einmal ausgelöste Schizophrenie aber entwickelt

sich als selbständige Erkrankung weiter, sie bleibt unbeeinflußt bestehen. Man kann sagen, daß der Zustand nun 3 Jahre konstant geblieben ist, die Prognose ist wohl infaust.

Im folgenden sei noch ein Fall skizziert, der mit in diese Fragestellung gehört. Im voraus muß gesagt werden, daß der Fall diagnostisch nicht geklärt werden konnte.

10. Frau Veronika O., geboren 6. 7. 1888, Putzerin. In der Kuranstalt Neufriedenheim vom 29. 3. bis 24. 5. 1919. In der Heilanstalt Kaufbeuren vom 24. 5. 19 bis 2. 4. 20 und vom 23. 8. 20 bis 4. 10. 21. In der Klinik vom 15. 4. bis 29. 5. 32, seitdem in der Heilanstalt Haar-Egling.

Vorgeschichte. Familienanamnese o. B. Immer gesund gewesen, aber leicht aufgereggt, zornig, empfindlich, kam frühzeitig in Stellung, Dienstmädchen, Kassiererin. Im Beruf tüchtig, beliebt, lebhafte Natur. Ein außereheliches Kind, eine Totgeburt. Erste Heirat mit 25 Jahren, ein gesundes Kind. Infektion nicht bekannt.

November 1918 auffällig geworden. Beeinflussungsideen, fürchtete sich vor den Hausinwohnern, schrie und weinte, glaubte bestohlen und wegen Verleumdung belangt zu werden. Seit Januar 1919 Größenideen: Sie sei um 100 000 Mark Brillanten bestohlen worden, ein Graf habe sie adoptiert, sie habe unermeßlichen Reichtum. Lief auf die Bank, forderte Geld, heulte, kam deshalb ins Krankenhaus.

Neufriedenheim: Sehr erregt, verworrene Größenideen, Grafenkind, Herrin über viel Land, Wohltätigkeitsinstitute, Fabriken, Bankgeschäfte der ganzen Welt. Urteilsschwäche, recht mangelhafte Kenntnisse, macht schwachsinnigen Eindruck. Keine Pupillenstörung. Areflexie der Patellarsehnen, Achillessehnenreflex manchmal angedeutet, diffuse Hyperästhesie. Sprache bei schnellem Sprechen deutlich verwaschen, in der Schrift ab und zu Auslassungen und Verschreibungen. Zunehmende Gereiztheit. Wüste Schimpfereien, schlägt ihren Mann beim Besuch. Zunahme der Wahniddeen: Frau des Kronprinzen, Adoptivtochter des Kaisers und des Präsidenten Wilson, hat Kinder von verschiedenen Prinzen, ihr Mann ist nur ihr Diener, besitzt Kisten von Diamanten und Gold, kolossale Macht, hat den Krieg angezettelt usw.

Verschluckt Wortteile, läßt ganze Worte im Satz aus; Silbenstolpern. Vollkommen urteilslos. Vorübergehend depressiv, dann schwachsinnige Konfabulationen von abenteuerlichen Geschichten.

Kaufbeuren: Zunächst schwerer Erregungszustand. Expansive Größenideen. Besitzt die Bank von Augsburg, muß Verträge mit Amerika abschließen, hat 10 Männer zum Zehren, ist mit dem Sohn von Wallenstein verheiratet, wurde schon einmal im Backofen aus Geldgier verbrannt, hat Wilson gerettet, verschenkt Millionen. Rechter Patellarsehnenreflex schwer auslösbar, Babinski rechts +, Zunahme der Größenideen. Artikulatorische Sprachstörung.

30. 8. 19. Lumbalpunktion: Nonne +. 8 Zellen. Wa.R. bei 0,2 geringe Hemmung, bei 0,6 +.

2. 4. 20. Gebessert entlassen; Größenideen abgeklungen, leichte Euphorie, deutliche Sprachstörung.

Nach 4 Monaten wieder aufgenommen, stark vernachlässigt, Läuse. Sprache leicht verwaschen, keine Wahniddeen, allseitig orientiert, schimpft auf ihren Mann. Plump vertraulich, ordentlich, fleißig. Meint, sie sei bei ihrem ersten Aufenthalt „sozusagen ganz bewußtlos“ gewesen.

14. 1. 21. Plötzlicher Selbstmordversuch mit Vorhangschnur. 2 Monate darauf läppisch heiter. September 1921 Remissionen.

4. 10. 21. Entlassung. Keine Größenideen, ruhiges, etwas schwachsinniges Benehmen. Diagnose: Paralyse.

Dann als Haushälterin gearbeitet, fing ein Verhältnis mit ihrem Arbeitgeber an, deshalb Scheidung. 1924 zum zweitenmal geheiratet. Arbeitsam, sparsam, fleißig, doch immer rechthaberisch. Neben dem Haushalt noch als Putzerin und Kassierin (aushilfswise) tätig. Angeblich unauffällig bis Herbst 1931, dann zunehmend erregt, boshafte, zänkisch, vernachlässigte das Kind aus zweiter Ehe, Streit mit der Nachbarschaft, Gewalttätigkeiten gegen den Mann (sperrte ihn hinaus, versuchte ihn hinauszutreiben, bedrohte ihn und die Umgebung), sodaß dieser Polizeihilfe holen mußte. Eifersuchtsideen, kein Krankheitsgefühl, Größenideen mit Beeinflussungsvorstellungen vermischt. Bezirkspolizeilich eingewiesen.

In der Klinik vom 15. 4. bis 19. 5. 32.

Intern o. B. Pupillen leicht entrundet, doch prompte Reaktionen, Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen, mäßige Hypotonie der unteren Extremitäten, Wa.R. im Blut +++. Sachs-Georgi +. Liquor 6/3 Zellen. Nonne Ø. $1/6\%$ Gesamteiweiß. Wa.R. Ø bis 1,0. Sachs-Georgi Ø bei 0,3. Kolloidreaktionen: Keine Auffällungen.

Lebhaft, vergnügt, geschwätzige, zusammenhanglose, affektiv ansprechbar. Beschimpft ihren Mann, sehr distanzlos, zeitweise Ideenflüchtig. Im wesentlichen euphorisch, wurstig gegenüber der Situation, ohne Einsicht, urteilsschwach. Nach wenigen Tagen apathisch, spontan, starr, bei geringfügiger Anregung sofort lebhaft, geschwätzige, erregbar, kommt immer wieder in derbes, unflätiges Schimpfen. Unangeregt, vollkommen ruhig. Gelegentlich gereizt, stereotype Schimpfkanonaden nur wenn man sie anspricht.

29. 5. 32. In die Anstalt Haar-Eglfing verlegt. Diagnose: Ungeklärt. „Hyperthymes Temperament, Lues latens, Schizophrenie (exogen provoziert ??).

Seitdem in der Anstalt Haar-Eglfing. Expansive Größenideen: Baronin, Waldkönigin von Harlaching, mit dem Prinzen Leopold kriegsgetraut, eine Million Vermögen. Schwere Intelligenzdefekte (kümmерliches Rechnen, Berlin am Rhein, Weltkrieg 1924, Sieger Rußland), heiter, zufrieden, läppisch, beschäftigt sich mit Nährarbeiten. Weiterhin geschwätzige Größenideen, flaches, zerfahrenes Gerede, ethisches Empfinden sehr defekt, vollkommen kritiklos.

Oktober 1932 vollkommen zerfahren, gereizt, neuerdings Verfolgungsideen, Lumbalpunktion 31. 10. 32 unverändert. Diagnose: Unklar. Für Schizophrenie nichts Typisches. Malariaikur eingeleitet.

Beurteilung.

Nach der präpsychotischen Persönlichkeit lebhaft, tätig, tüchtig, beliebt, Mangel an Selbstzucht. Im wesentlichen offenbar synton, keine schizoiden Komponenten, Beginn der Psychose mit Beeinflussungsideen, die sich sehr bald mit schwachsinnigen Größenideen vermengen, schließlich kommt es zu einem expansiven Größenwahn. Nach den Krankengeschichten von Neufriedenheim und Kaufbeuren muß in erster Linie an eine Paralyse gedacht werden. Neben dem psychischen Bild typische neurologische Symptome, die für Paralyse sprechen, ebenso auch serologische Befunde. Allerdings wurden damals keine Kolloidreaktionen angestellt. 11 Jahre später sind die Kolloidreaktionen absolut negativ, die übrigen Liquorbefunde atypisch für Paralyse, trotzdem keine spezifische Behandlung durchgeführt wurde. Nur der Blutwassermann bleibt unverändert positiv. In der Zwischenzeit ist die Patientin unauffällig,

beruflich tätig, tüchtig. Schließlich kommt es zu einem neuen Schub, dessen Beginn wiederum durch eine Vermengung von Beeinflussungs- und Größenideen charakterisiert ist, wobei die Größenideen allerdings nur rudimentär auftreten. Für Paralyse sprechen auch jetzt zahlreiche Syndrome: fortschreitende Demenz, Kritiklosigkeit, Distanzlosigkeit, ethischer Abbau. In der Klinik steht im Vordergrund eine schizophrene Symptomatik, die allerdings von vornherein ein atypisches Gepräge hat und daher als exogen provoziert aufgefaßt wird. In der Anstalt Haar-Eglfing bilden sich bei fortschreitender Demenz die Größenideen weiterhin in expansiver Weise aus. Trotz negativen Liquorbefundes wird angenommen, daß es sich um einen *paralytischen* Hirnprozeß handelt.

Eine Klärung des Falles wird nur der weitere Verlauf bringen können. Gerade im Hinblick auf den Beginn der Psychose wird man hier an die Auslösung eines schizophrenen Krankheitsbildes durch einen beginnenden paralytischen Hirnprozeß denken können. Allerdings wäre die darauf folgende 11jährige Remission ohne jede spezifische Behandlung außergewöhnlich. Vollkommen ungeklärt ist dazu die Diskrepanz der beiden Liquorbefunde. Faßt man die Psychose als eine Paralyse auf, so kommt zu der bisherigen Problematik noch eine neuerliche Absonderlichkeit: Man findet keine Beziehung zwischen der syntonen, unauffälligen präpsychotischen Persönlichkeit und der schizophrenen Pathoplastik des klinischen Bildes.

Ergebnis.

Wir fassen die vorliegenden Untersuchungen zusammen.

In den Fällen 2, 3, 4, 5, 6, 7 und 8 werden durch beginnende Hirnprozesse manisch-depressive Phasen ausgelöst.

Der Fall 6 (Sch.) zeigt eine sehr einprägsame Depression von ausgesprochen endogenem Charakter im Gefolge der Paralyse. Am Beginn dieser Erkrankung steht eine kurz dauernde manische Phase. Die Depression tritt bei saniertem Liquor auf, sie hält 9 Monate an und bewahrt durchaus ihre Selbständigkeit und Unbeeinflußbarkeit. Interessant ist hier der allmähliche Übergang im Phasenwechsel: Erst verschwinden die depressiven Ideen, dann erst verliert sich die Hemmung. Bei der Entlassung bietet der Patient deutliche hyperthyme Züge, zum Teil wohl auch reaktiver Art: Er freut sich über die Enthemmung, die er sehr stark empfindet und über die Überwindung der Depression. Am sinnfälligsten erscheint der Mechanismus dieser provozierten endogenen Psychosen in den Fällen 2 (Gr.) und 3 (K.). Bei beiden Patienten herrscht präpsychotisch eine sthenische Syntone vor, sie sind beide Hyperthymiker. Der günstige Verlauf zeigt in beiden Fällen, daß es sich um Frühstadien von Paralyse handelt. In beiden Fällen wird der Gehirnprozeß durch die frühzeitige Malariatherapie zum Stillstand gebracht, es bleibt kein

Defektsymptom übrig. Die Besserung geht hier über das hinaus, was Pönitz „Defektheilung“ nennt, „Narbensymptome“ sind bei der Nachuntersuchung nicht wahrzunehmen. Besonders interessant ist bei K., wie seine sthenische Note bei der Stellungnahme zur abgelaufenen Psychose zum Durchbruch kommt. Er ist mit diesem Erlebnis nicht fertig geworden, er steht ganz unter dem Einfluß der „Nachwirkung“ (Mayer-Groß) und er verarbeitet seine Erinnerungstäuschungen zu einer unbeeinflußbaren paranoiden Idee. In seiner Selbstwerthaltung, die durchaus seinem präpsychotischen Charakter entspricht, in einer bei seiner hyperthymen Wesensart besonders einfühlbaren „Kontinuitäts-tendenz“ (Mayer-Groß) kommt er zu einer starren, ablehnenden Haltung, er will nicht wahrhaben, daß er auf der Höhe der Psychose „außer Rand und Band“ war, er beschuldigt hartnäckig das Personal. In dieser psychischen Haltung steht K. im schroffen Gegensatz zu der bekannten freundlich-dankbaren Art defektgeheilter Paralytiker, die im Falle 4 (R.) angedeutet ist.

In der Stellungnahme zur abgelaufenen Psychose findet sich eine weitgehende Einsicht besonders bei Sch. (Fall 6) und auch bei Kn. (Fall 7) und T (Fall 5).

Bei Kn. hat das Depressive vorwiegend reaktiven Charakter, er bemerkte die Abnahme seiner psychischen Leistungsfähigkeit und vor allem seinen körperlichen Verfall. Dementsprechend hat auch seine gehobene, leicht euphorische Stimmung nach Abschluß der Kur eine reaktive Note.

Weniger glücklich sind die Verläufe bei den schizophrenen Psychosen.

Fall 1 (Frau G.) und Fall 9 (Scha.) gehören dahin, bei beiden kommt es nach der Fiebertherapie zu einem Stillstand des paralytischen Prozesses ehe ein typisch paralytischer Defekt eingetreten ist, während die einmal ausgelöste Schizophrenie als selbständige Erkrankung vollkommen unbeeinflußt weiterverläuft. In beiden Fällen handelt es sich um eine paraphrene Form der Schizophrenie, die Prognose ist — nach mehrjährigem Dauerzustand — schlecht. Bei Frau G. und bei Scha. wird die klinische Beobachtung, daß die Paralyse zum Stillstand gekommen ist, eindrucksvoll durch die Sanierung des Liquors manifestiert. Die beiden Krankheitsbilder haben schließlich ein durchaus eindeutig schizophrenes Bild. Die zugrunde liegende Paralyse ist nicht mehr nachweisbar.

Bei Frau G. liegt offenbar auch eine schizoide Persönlichkeit prämorbid vor, bei Scha. scheint (allerdings fehlt eine eingehende Analyse der ursprünglichen Persönlichkeit) keine klare Beziehung zwischen Klinik und präpsychotischer Wesensart zu bestehen. Ähnlich verhält sich der (nur auszugsweise wiedergegebene) Fall 10 (Frau O.). Hier steht einer hyperthymen Persönlichkeit ein schizophrenes Symptomenbild gegenüber. Dieser Fall ist aber, wie gesagt, unklar; er läßt sich nicht auswerten.

Größenideen treten fast bei allen der vorliegenden Fälle auf. Sie spielen eine mehr oder minder große Rolle in den Fällen 1, 2, 3, 4, 5, 6 und 8. Die Frage nach der Genese der Größenideen vom Standpunkt der psychopathischen Analyse ist ungeklärt.

Unter anderem sieht *Seelert* die Ursache dieses Phänomens neben dem intellektuellen Defektzustand in der „manisch gehobenen Stimmung“. Man kann nicht leugnen, daß Größenideen auch neben hypochondrischen und paranoiden Ideen bzw. Stimmungen vorkommen. *Bostroem* kommt zu dem Ergebnis, daß Größenideen bei einem Viertel der euphorischen Paralytiker vorkommen, er meint, daß meistens eine gewisse Demenz vorliegen muß, im übrigen glaubt er, daß diese Ideen, bei ihrer Abhängigkeit von der Affektlage, vorwiegend bei Menschen mit Phantasie und besonderer Regsamkeit zum Vorschein kommen. Er tritt der Ansicht *Schilders* entgegen, der Größenideen ebenso wie Heiterkeit und Depression bei der Paralyse nur reaktiv verstehen will. *Schilder* sieht in den expansiven Ideen wie in der paralytischen Manie den „Ausdruck der Überwindung des quälenden Bewußtseins der Lues und der Minderwertigkeit“

In den Fällen 2, 3, 4, 5, 6 und 8 sind jedenfalls manische oder wenigstens hyperthyme Komponenten nachzuweisen. Eine besondere Stellung nimmt in diesem Zusammenhang der Fall 1 ein. Hier steht im Vordergrund eine besonders originelle Phantasie. Dieses Krankheitsbild ähnelt der Dementia paranoides von *Kraepelin* oder *Bumkes Paraphrenia phantastica*. Eine manische Komponente liegt in Fall 1 nicht vor, doch besteht eine besondere Regsamkeit und entsprechend dem Erhaltensein der Persönlichkeit ist die Willensenergie und die Willensrichtung (*Klages*) noch ziemlich auf der Höhe.

Bei T (Fall 5) liegt ebenfalls anlagemäßig eine reich entwickelte Phantasie vor. Hier haben die Größenideen besonders den Charakter des Spielerischen. Eine groteske Vermengung von Größenideen mit kontrastierenden Beeinflussungsvorstellungen ist bei Frau O. (Fall 10) zu sehen.

In den Fällen 2 und 3 (Gr. und K.) stehen auf der Höhe der Erkrankung mit manischem Schwung expansive Ideen. Beide Patienten sind sthenischer Natur, ihre Vitalität, ihr psychischer Turgor ist auffallend gut erhalten. Es mag besonders betont werden, daß gerade in den Fällen 2 und 3 eine paralytische Demenz fehlt, dementsprechend ist ihre Prognose auch besonders günstig. Aber auch bei den meisten der anderen Fälle ist trotz des Vorhandenseins von Größenideen der intellektuelle Abbau gering. Vermutlich scheint beim Zustandekommen von Größenvorstellungen die sog. „Pseudodemenz“ (*S. Pönitz*), d. h. das Auftreten von Bewußtseinsstörungen eine bedeutsame Rolle zu spielen, wahrscheinlich eine weit größere als die Demenz.

Natürlich darf man andere pathoplastische Mechanismen bei der Paralyse nicht übersehen. Auch *Bostroem* weist in seiner grundlegenden

Arbeit auf *Schilders* Anschauung hin, daß auch der paralytische Prozeß an sich manisch-depressive und schizophrene Bilder erzeugen könne.

Es wäre interessant, die *Bostroemsche* Fragestellung auf das gesamte Material anzuwenden, d. h. sämtliche Paralysen im Querschnitt mehrerer Jahre herauszugreifen, sie nach ihrer präpsychotischen Persönlichkeit gründlich zu erforschen und dann zu sehen, wie häufig eine derartige Auslösung in der Anlage vorgebildeter Psychosen vorkommt. Dabei müßte man auch nach anderen Entstehungsgründen für die akzessorischen Randsymptome fahnden. So könnte man feststellen, in welchem Verhältnis der hier dargestellte Mechanismus zu anderen Entstehungsbedingungen ähnlicher Syndrome steht und wie sich diese Fälle zur Gesamtzahl der Paralysen verhalten.

Auf die Bedeutung der provozierten Psychosen für die Frühdiagnose, die rechtzeitige Therapie und damit die Prognose der progressiven Paralyse hat *Bostroem* besonders aufmerksam gemacht. Auch für diesen wichtigen Faktor konnten die vorliegenden Untersuchungen ein Beitrag sein.

Literaturverzeichnis.

- Bostroem*: Über die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Ref. Vrsl. bayer. Psychiater, München 1927. Allg. Z. Psychiatr. 88, 404 (1928). — Metalues-probleme. Klin. Wschr. 5, 682 (1926). — Über prognostisch günstige Frühformen der Paralyse. Zbl. Neur. 50, 301 (1928). — Zur Frage der verworrenen Manie. Arch. f. Psychiatr. 76, 671 (1926). — Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung dieses Vorgangs für die Prognose der Paralyse. Arch. f. Psychiatr. 86, 151 (1929). — Die progressive Paralyse (Klinik). *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 8, S. 147f. 1930. — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl., München 1924. — *Fleck*: Über die Malaria- und Recurrensbehandlung der Paralyse. Arch. f. Psychiatr. 75, 562 (1925). — Über Malariatherapie der Paralyse. Z. Neur. 96, 313 (1925). — *Gerstmann*: Die Malariabehandlung der Paralyse. 2. Aufl. Wien 1928. — *Hoche*: Dementia paralytica. *Aschaffenburgs* Handbuch, Leipzig-Wien 1912. — *Johannes, Th.*: Über Sinnestäuschungen bei Paralyse. Arch. f. Psychiatr. 82, 619 (1928). — *Klages*: Die Grundlagen der Charakterkunde. 4. Aufl., der Prinzipien der Charakteriologie. Leipzig 1926. — *Kraepelin*: Klinische Psychiatrie, I, 9. Aufl. (1927). — *Lange, J.*: Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Berlin 1928. — *Mayer-Groß*: Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychose. Z. Neur. 60, 160 (1920). — *Nonne*: Klinische und anatomische Mitteilung über einen ausschließlich auf Grund der Liquorreaktionen diagnostizierten Frühfall von Paralyse. Neur. Zbl. 1914, Nr 18. — *Pönitz*: Der defektgeheilte Paralytiker. Z. Neur. 113, 703 (1928). — *Schilder*: Bemerkungen über die Psychologie des paralytischen Größenwahnens. Z. Neur. 74, 1 (1922). Zur Psychologie der progressiven Paralyse. Z. Neur. 95, 613 (1925). — *Schroeder*: Über Remissionen bei Paralyse. Mschr. Psychiatr. 32, 429 (1912). — *Seelert*: Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbild und der Pathogenese von Psychosen. Berlin 1919. — *Spielmeyer*: Über Versuche der anatomischen Paralyseforschung zur Lösung klinischer und grundsätzlicher Fragen. Z. Neur. 97, 287 (1925).