

Aus dem Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Ochsenzoll  
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. HANS BÜSSOW)

## Halluzinosen bei Endokrinopathien

Von  
HANS BÜSSOW

(Eingegangen am 14. September 1956)

### Kasuistik

**Fall 1.** Die 68jährige Pat. Frau O. H. (Akt. Nr. 59104) wurde am 13. 12. 1952 im A. K. Ochsenzoll aufgenommen und verstarb hier am 20. 9. 1955 nach fast dreijähriger Beobachtung an einem Magen-Ca.

Im äußeren Habitus bot sie das charakteristische Bild der Hypophysen-Vorderlappen-Insuffizienz. Die trockene, alabasterblasse Haut führte auch in unserem Fall anfangs zu der üblichen Fehldiagnose eines Myxödems. Das Haupthaar war dünn und struppig, Achsel- und Schamhaare fehlten. Das Ca. hat erst im letzten Lebensjahr klinische Symptome gemacht, während Frau H. sich in der ersten Zeit der Krankenhausbehandlung körperlich sehr gut erholt hatte. Zuletzt hat offenbar die Krebskachexie mit den endokrinen Symptomen interferiert.

Der RR war in den ersten Jahren hin und wieder leicht gesteigert, kurz vor dem Tode betrug er 105/70 mm Hg.

Bei der Aufnahme bestand Anämie, die Hb.-Werte stiegen im ersten Jahr von 50% auf 80% an, um im letzten Lebensjahr wieder abzusinken. Die BSG war durchweg erhöht, meist um 70/120 mm; präterminal sank sie auf 35/78 mm.

Während der Beobachtung sind sehr zahlreiche chemische und sonstige Laboratoriumsuntersuchungen durchgeführt worden. Alle diese Untersuchungen haben außer einer konstanten Gammaglobulinvermehrung im Serum nichts Erwähnenswertes ergeben. Erst 4 Monate vor dem Tode war Blut im Stuhl nachweisbar. In den letzten Lebenswochen reduzierten sich alle Lebensvorgänge in sehr eindrucksvoller Weise auf eine *vita minima*.

Aus äußeren Gründen konnte nur eine Kopfsektion durchgeführt werden. Befund: „Bohnengroße, sehr flache Hypophyse. Mittलगrobknotige, stenosierende Arteriosklerose der Hirnbasisarterien. Leichte Piafibrose an der Basis.“

*Mikroskopischer Befund der Hypophyse.* „Bei Stufenschnitten ist nur der Hinterlappen erhalten. Statt des Vorderlappens fibröses Gewebe mit Strängen und Nestern kleiner rundkerniger Zellen. Daneben aber kleine, follikelartige Bildungen mit einzelnen eosinophilen Zellen sowie Psammonkörnern.“

Gesamtbefund spricht für Parenchymreste bei Vorderlappenschwund.“ (Prof. LAAS, Patholog. Abtlg. des Allgem. Krankenhauses Heidelberg).

Über die *Vorgeschichte* der Pat. ist verhältnismäßig wenig bekannt. Sie stammt aus einer wohlhabenden Würzburger Familie, besuchte ein Lyzeum und heiratete mit 25 Jahren. Sie hat zwei Töchter; ihr Mann starb während des zweiten Weltkrieges, die Familie verarmte.

Über die Primärpersönlichkeit erfuhr man nur, daß sie als verwöhntes Einzelkind immer unselbständig und den Anforderungen des Lebens gegenüber etwas hilflos gewesen sein soll. — Von früheren Krankheiten, insbesondere von Blutungen und sonstigen Komplikationen bei den Geburten, war nichts zu ermitteln. — Bei

der Aufnahme wurde berichtet, daß sie seit Jahren einen erhöhten Blutdruck gehabt habe. Auch die Vorgeschichte der letzten Krankheit ist spärlich. Über körperliche Veränderungen, insbesondere Veränderungen des Aussehens, wußten die Angehörigen nichts anzugeben. Die Untermieterin berichtete bei der Aufnahme, daß die Pat. seit einem Jahr aus dem elektrischen Kontakt in der Wohnung Musik höre. Sie fühle sich von Nachbarn, die Geld von ihr erpressen wollten, bedroht, mit Blauscheiben angestrahlt, habe einen bitteren Geschmack im Munde und höre im Schornstein Wasser rauschen. —

Drei Wochen vor der Aufnahme begann eine Schlafstörung. Die Pat. wanderte nachts umher und versuchte sich zu verstecken.

Bei den Explorationen der ersten Tage war die Pat. freundlich, zugewandt und kontaktfähig, in der Stimmungslage deutlich gehoben. Die Orientierung war in jeder Hinsicht tadellos, Auffassung und Reaktionsvermögen ungestört. Lachend und staunend berichtet sie über die Musik, die sie zu Hause aus der Steckdose gehört habe, sie könne sich nicht vorstellen, wie das möglich sei, da sie kein Radio im Zimmer habe. Es seien eigenartige Dinge im Hause vorgekommen, dauernd seien Beerdigungen im Gange gewesen. Sie habe es nicht gesehen, aber es sei davon gesprochen worden: „Ich fürchte mich ja so vor den Delikten.“ — „Die Reesee-Jungen haben mich beschimpft und mir Namen gegeben, so etwas Häßliches, das kann ich gar nicht wiederholen.“ — (Zur Tür zeigend): „Hören Sie, wie sie heulen! Erst haben sie mich beschimpft, die Worte kommen nicht über meine Lippen — und jetzt kriechen sie mir vorn und hinten rein und wollen Geld haben. Sie haben von oben herunter gesagt: „Ich grüße Sie.“ — „Sind das keine Delikte, wenn diese jungen Leute mich immer beschießen wollen und mich beschimpfen, nur weil ich ihnen kein Geld geben kann? Ich höre sie von unten rauf.“ — „Da sind doch an meinem Bett viereckige Schalllöcher, da sind die Jungens immer drin und haben mir die Ohren voll geschmakt: — „Wieviel willst Du mir geben? Die Ilse will auch etwas haben usw.“ — „Ich habe sie immer nur gehört, nie gesehen. Hure haben sie mich genannt. — Hören Sie nicht? Jetzt haben sie gesagt: dieses schreckliche Frauenzimmer.“ . . .

Bei weiteren Explorationen brachte Pat. auch allerlei expansive Inhalte vor: sie solle hunderttausend Mark erben, ihre Verwandten seien im Parterre unten alle versammelt, sie solle ihr Haus wiederbekommen und ähnliches. In ihrer Darstellung fiel eine weitschweifige, fast pedantisch ins einzelne gehende Darstellungsweise auf. Die Sprache war ungewöhnlich langsam, gedehnt und schlecht artikuliert. Immer wieder gab sie an, sie werde beschossen, auf dem Dach gegenüber sitze ein Beobachter. Oft nahm sie in äußerst dramatischer Weise Deckung vor den Beschießungen, sie duckte sich oder sprang hinter den Schrank, bat, man möge das Licht ausmachen, damit man nicht ins Zimmer sehen könne. Sie war auch nachts mitunter ängstlich, stand auf und ging in einen anderen Saal, wollte sich in ein anderes Bett legen, um den Schüssen zu entgehen. Tagsüber stand oder saß sie herum, dauernd mit ihren Erlebnissen beschäftigt. Eine aktive Umweltszuwendung war ihr offenbar nicht möglich, aber man kam leicht mit ihr in ein Gespräch über ihre halluzinatorischen Erlebnisse. Ihre Stimmungslage war in seltsamem Kontrast zu der Fülle ihrer Erlebnisse überwiegend gehoben, oft fast amüsiert; zwischendurch kamen aber auch kürzere Episoden ängstlicher Gequältheit vor.

*Weiterer Verlauf. Februar 1953.* In den ersten Wochen der Beobachtung ist die Pat. in dauernder Unruhe. Sie läuft durch das ganze Haus und in den Garten, nach rechts und nach links blickend, dabei abwehrende Gesten machend und vor sich hin redend. Ihre Habseligkeiten trägt sie in einem Bündel bei sich, wirft sie über das Gitter und versucht hinüberzuklettern. Die Personen ihrer Umgebung werden erkannt und offenbar mit früheren Bekannten identifiziert, dabei mit hochklingenden

Titeln: Hofrat, Geheimrat usw. angedet und fast immer freundlich und höflich behandelt. In gewandten und höflichen Formulierungen werden Grüße an irgendwelche imaginären Bekannten und Verwandten aufgetragen. Zwischendurch redet sie vor sich hin. Die immer noch überwiegend heitere und freundliche Grundstimmung wird ab und zu durch plötzlich einschließende Erregungszustände unterbrochen, in denen die Pat. ängstlich-unruhig schreiend und auf ihre Halluzinationen schimpfend an das Fenster läuft. — Das Vorsichhinreden besteht fast den ganzen Tag über.

*April 1954.* Die Pat. wird tagsüber ruhiger, weniger aktiv. Sie liegt häufig, in mehrere Woldecken gehüllt, mit geschlossenen Augen im Bett. Bei der Visite antwortet sie zwar freundlich, führt aber keine längeren Gespräche mehr. Nachts dagegen wird sie unruhig, offenbar stark halluzinatorisch gequält.

*Juni 1954.* Die Pat. steht stark unter dem Einfluß ihrer paranoid-halluzinatorischen Erlebnisse, spricht stundenlang laut, teilweise sehr erregt vor sich hin: „Herr Wärter, kommen Sie mal schnell her! Hier ist eben ein Elefant umgefallen.“ Tagsüber liegt sie oft schlafend im Bett, nachts ist sie unruhiger. In ihren Äußerungen tauchen jetzt phantastisch-hypochondrische Inhalte auf: sie könne tags nicht aufstehen, da ihr der ganze Bauch von oben bis unten aufgeschnitten sei u. dgl.

*Dezember 1954.* Die Halluzinose besteht weiter. Pat. lehnt jede Behandlung ab, da sie sich vergiftet glaubt. Immer mehr kommt zu der langsamen Sprache eine Verlangsamung aller Bewegungsabläufe hinzu. Ihr Verhalten beim Anziehen, Waschen usw. wirkt umständlich und pedantisch.

*März 1955.* Die grotesken hypochondrischen Erlebnisse treten mehr in den Vordergrund: Die Pat. berichtet von dem Kind einer Ärztin, das in ihrem Bauch sitze und ihr mit einem Messer den Magen aufschneide. Sie werde dauernd bearbeitet. — Aus ihren Augen kämen Seidenfäden, die zu einer Decke verwebt würden. — Unter ihrem Bett im Keller sei eine Negerbande, die grausige Taten vollbringe. Oder: Unter dem Bett sitze jemand, der sie mit langen, scharfen Nadeln in den Rücken steche. — Dabei ist sie völlig bewußtseinsklar. Eine erneute experimentelle Prüfung von Auffassung, Merkfähigkeit und Urteil ergibt erstaunlich gute Resultate.

*Mai 1955.* Megalomane Äußerungen, sie sei eine Großfürstin. Am Tage liegt die Pat. noch immer, in sich versunken, im Bett. Angesprochen, reagiert sie jetzt häufiger etwas unwillig; sie gibt zu erkennen, daß man sie in der Beschäftigung mit ihren Erlebnissen störe. — Zu anderen Zeiten ist sie wieder ausgesprochen freundlich und mitteilbarer. Eine Unterhaltung ist jedoch nur über ihre halluzinatorischen Erlebnisse möglich. Auch mit ihren Töchtern spricht sie nur über ihre Halluzinationen. Sie friert stark und sitzt gern in einen schweren Mantel gehüllt in der Frühlingssonne.

Im Verlauf des Sommers 1955 zunehmende Mattigkeit und Appetitlosigkeit. Am 5. 8. 1955 wird ein ausgedehntes Magencarcinom gefunden. Das paranoid-halluzinatorische Bild besteht trotz der zunehmenden Kachexie weiter. Den phantastischen Angaben der Pat. über körperliche Erlebnisse ist nicht zu entnehmen, inwieweit es sich um carcinombedingte Schmerzen handelt. Dabei bleibt die Pat. bewußtseinsklar, orientiert und im allgemeinen freundlich, an der Umgebung völlig uninteressiert.

Ab Anfang *September 1955* wird sie somnolent, Temperatur und Puls sinken langsam ab. Seit dem 16. 9. schwankt die Rectaltemperatur um 35—34,6°, der Puls sinkt auf 40 pro Minute ab, es erfolgen 5—6 Atemzüge in der Minute, Pat. ist tief soporös und zeigt keine sprachlichen Reaktionen mehr. Am 20. 9. 1955 Exitus letalis.

**Fall 2.** Die 48jährige Pat. Frau R. M. (Akt. Nr. 75792) soll vom 16.—22. Lebensjahr sehr dick gewesen sein. Im 27. Lebensjahr erkrankte sie mit einer typischen Thyreotoxikose. Im 36. Lebensjahr Strumektomie. Grundumsatz damals + 64%. Nach der Operation schlechte Erholung. Auftreten eines circumscribten Myxödems an beiden Unterschenkeln bei Fortbestand der thyreotoxischen Beschwerden.

Im 42. Lebensjahr tetanische Krämpfe.

Im 44. Lebensjahr (November 1952) eingehende Untersuchung in der Universitätsklinik Eppendorf. Grundumsatz + 46%. Ruhepuls 94, starker Exophthalmus. Bei histologischer Untersuchung Verdacht auf Schilddrüsen-Ca., deshalb hochdosierte Radiojodtherapie mit dem Ziel, ein Myxödem zu erzeugen.

Im April 1956 ergibt das Radiojodstudium der Schilddrüsenfunktion den Befund einer mäßigen Schilddrüsenunterfunktion.

*Vorgeschichte.* Die unehelich geborene Pat. wuchs bei Pflegeeltern auf. Über ihre Jugend ist nichts Bemerkenswertes bekannt. Sie heiratete mit 22 Jahren und verwitwete 14 Jahre später. Aus der Ehe stammt eine Tochter. Bis wenige Monate vor der Erkrankung lebte sie mit der inzwischen verheirateten Tochter und ihrem Schwiegersohn zusammen, mit denen sie dauernd Schwierigkeiten hatte; es soll zu auten Szenen und Prügeleien gekommen sein. Primär soll die Pat. immer still, verschlossen, gutmütig und hilfsbereit, aber sehr ängstlich und zum Mißtrauen neigend gewesen sein.

Sehr ängstlich und hypochondrisch besorgt wirkte sie auch während der Behandlung in der Eppendorfer Klinik im Jahre 1953; man mußte sie zu jeder Behandlung erst mühsam überreden. Den Nachuntersuchungen entzog sie sich, weil sie fürchtete, man wolle mit ihr experimentieren. Sie wirkte aber nach Auskunft der Klinik damals nicht psychotisch. Wahnhafte und halluzinatorische Erlebnisse wurden nicht festgestellt. — Nach der Trennung von Tochter und Schwiegersohn lebte sie allein in der Wohnung.

Die objektive Vorgeschichte und Angaben der Pat. lassen erkennen, daß die akute Psychose ziemlich plötzlich in der zweiten Märzhälfte 1956 aufgetreten ist. Die Pat. stierte vor sich hin und grübelte. Sie äußerte ängstliche Befürchtungen: man wolle ihr die Wohnung wegnehmen und sie ins Altersheim schicken. Sie sagte, in ihrem Körper sei ein Stoff, der alles zerstöre und selbst ihre Kleidung anfresse.

Ihre ängstlich-mißtrauische Einstellung richtete sich im wesentlichen gegen ein Nachbarchepaar, mit dem sie seit Jahren freundschaftlich verkehrte. Sie bemerkte, daß der Riegel an ihrer Tür locker war, nachdem die Nachbarnsfrau einmal bei ihr gewesen war. Als Pat. bei einem Besuch der Nachbarn das Zimmer für kurze Zeit verließ, waren Zigaretten verschwunden und auf dem Fußboden lagen Kaffeebohnen.

Am 31. 3. 1956 sah sie abends einen Schatten an der Tür, sie glaubte, es sei der Nachbar. Sie fühlte sich von ihm hypnotisiert, glaubte, daß alle Eßwaren vergiftet seien und hörte Stimmen: „Heute abend passiert hier was, heute hat er einen Nachschlüssel für ihre Wohnung.“ Sie schrie laut um Hilfe, weil im Hause eine Höllmaschine versteckt sei. Auf ihre Bitte schlief der Sohn eines Nachbarn diese Nacht in ihrer Wohnung. Am nächsten Morgen behauptete sie, dieser junge Mann habe sie nachts vergewaltigt. Sie suchte dann Bekannte auf, weigerte sich, in die Wohnung zurückzugehen, machte einen sehr ängstlichen Eindruck, fühlte sich überall von den Nachbarn beobachtet, schreckte bei jedem Türklappen zusammen und bat um polizeilichen Schutz. Sie ließ sich am 2. 4. 1956 willig ins Krankenhaus bringen, um dort durch Gegenhypnose von der Hypnose durch den Nachbarn geheilt zu werden.

Im Krankenhaus lag sie zunächst ruhig mit starr nach oben gerichteten Augen im Bett. Sie redete immerfort von Hypnose, sie merke, daß sie narkotisiert werde, es sei ein eigenartiger Geruch da.

Im Verlauf des nächsten Vormittags war sie schwer zu Auskünften zu bewegen. Sie führte eigenartige rhythmische Kopfbewegungen aus, die ohne ihren Willen geschähen. Sie wollte nach der Exploration nicht ins Bett, da die Betten vertauscht seien. „Man hat mir was eingegeben, in meinem Bett liegt was. Ich weiß nicht, was soll das alles bedeuten, ich weiß nicht, woran ich bin.“ Trotz der Unruhe war es aber möglich, von ihr geordnete und zusammenhängende Angaben zur Vorgeschichte zu bekommen. Nichts sprach für eine Bewußtseinstörung. Die Orientierung war ungestört.

5. 4. 1956. Unter Megaphenwirkung ist die Pat. etwas ruhiger, sie macht einen weinerlichen, mißtrauischen Eindruck. Sie berichtet über ihre ängstlichen Erlebnisse zu Hause und meinte, hier im Krankenhaus könnten alle ihre Gedanken lesen.

12. 4. 1956. Immer noch ratlos-ängstlich und depressiv. („Was habe ich bloß verbrochen?“) Sie berichtet von allerlei Bildern, die sie jeden Abend sähe: einen unheimlichen Kopf mit roten Haaren, davon habe ihr früher die Nachbarnfrau einmal etwas erzählt; ein Glas mit blauen Beeren, über dessen Bedeutung nichts zu erfahren war. Stimmen höre sie nicht mehr, aber sie spüre, daß ein Gedankenleser im Saal sei.

19. 4. 1956. Im Verlauf der letzten Tage hat sich die tiefdepressive Verstimmung etwas aufgehellt. Pat. ist zugänglicher und gelegentlich sogar zum Lächeln zu bringen, sie ist auch zu eingehenderen Aussprachen zu veranlassen. Die Pat. berichtet, daß sie heute morgen „gesehen“ habe, wie ein Mann (der Schwiegersohn) ihrer Tochter vorgestellt wurde, dessen Bewegungen seien so seltsam gewesen („das war sehr lustig“). „Sie sprechen über mich, sie erzählen meinen Lebenslauf.“ Alle Gespräche würden anders rumgedreht und auf sie gemünzt. Es würden Zeichen und Zahlen gemacht, über die sie nichts Genaues angeben kann.

28. 4. 1956. Sitzt weinend, bewegungsarm, den Blick zu Boden geschlagen da. Redet von den Stimmen; sie wisse nicht, was das bedeuten solle, sie komme sich vor wie im Theater, man mache etwas mit ihr.

8. 5. 1956. Im Verlauf der letzten Woche weiterhin fortschreitende Beruhigung. Pat. bietet jetzt das Bild einer ratlos gehemmten Depression mit langsam schleppender Motorik und dem meist starr zu Boden gerichteten tränenfeuchten Blick. In ihrer Ausdrucksweise ist sie ungewöhnlich weitschweifig, bringt sehr viel Einzelheiten vor, eine chronologisch geordnete Exploration ist nicht möglich. Gelegentlich ist sie etwas mürrisch, aber nicht mehr mißtrauisch dem Untersucher gegenüber. Auf der Abteilung ist sie immer noch sehr ratlos. Immer wieder fragt sie: „Was soll ich bloß tun? Was ist hier bloß los, was soll das alles?“ In den Nachmittagsstunden wird sie meist etwas freier, sie steht dann auf, und man sieht sie im Kreis der Mitkranken sitzen, jedoch ohne spontane Beteiligung an der Unterhaltung.

29. 5. 1956. Nach wie vor noch sehr still, spricht mit leiser, einförmiger Stimme, nach kurzer Unterhaltung laufen Tränen über ihr Gesicht. Dem Untersucher gegenüber ist sie von einer matten Freundlichkeit, anlehnungsbedürftig, aber ohne Nachhaltigkeit in ihrer Zuwendung.

Sie berichtet aus der Anfangszeit des Krankenhausaufenthaltes, daß sie sehr viele merkwürdige Befürchtungen gehabt habe, z. B. sei ihr beim Blick der Doppeltür des Krankensaales der Gedanke gekommen, sie solle eingemauert werden. Die Mitpatientinnen hätten so merkwürdige Gespräche geführt von Einmauern, Aufhängen und Kreuzigen. Die Gedanken seien so schnell gelaufen, sie habe das Gefühl gehabt, sie solle hypnotisiert werden. Das sei aber jetzt schon lange her. Stimmen höre sie auch nicht mehr, das sei nur in den ersten Krankenhaustagen so gewesen.

Im übrigen stellt sich heraus, daß sie die ängstlichen Erlebnisse in ihrer Wohnung nicht korrigiert hat, der Nachbar habe sich tatsächlich merkwürdig ihr gegenüber benommen, man habe sie auch vergewaltigt. „Mir kommt alles so vor wie im Traum, und doch ist alles, was ich erlebt habe, deutliche Wirklichkeit.“

14. 6. 1956. Die Pat., die inzwischen entlassen ist und im Haushalt ihrer Schwester lebt, stellt sich vor. Der Zustand hat sich nicht verändert. Bei genauerer Exploration zeigt sich, daß sie keinerlei Korrektur für die psychotischen Erlebnisse hat.

**Fall 3.** Die 67jährige Pat. Frau G. Fr. (Akt. Nr. 76462) stammt aus geordneten Verhältnissen. Von den 5 Brüdern soll sich einer wegen einer körperlichen Krankheit erhängt haben. Frau Fr. entwickelte sich ohne Störung und heiratete mit 21 Jahren. Von ihren drei Kindern lebt ein Sohn. Bei den Geburten keine besonders starken Blutungen. Im 40. Lebensjahr Menopause ohne wesentliche Beschwerden.

Primärpersönlichkeit: wird als lebhaft, fröhlich, geistig sehr beweglich und intelligent geschildert. Die humoristische und schauspielerische Begabung wird hervorgehoben.

Bis zum 54. Lebensjahr — abgesehen von Gallenkoliken — gesund, fröhlich und aktiv. Sie betrieb eine Schneiderei mit 4 Angestellten. In diesem Jahr wurde sie ausgebombt und nach Bayern verschickt, wo sie auf einem Gut als Näherin arbeitete.

Im 55. Lebensjahr fiel ihren Bekannten auf, daß ihre Hände eigenartig dick wurden und die Kopf- und Körperhaare ausfielen. Während des nächsten Jahres überfiel sie eine große Schwäche, so daß sie 1½ Jahre im Bett liegen mußte. Eine depressive Verstimmung lag damals nicht vor.

2 Jahre später kehrte sie nach Hamburg zurück. Sie erholte sich trotz primitiver Wohnverhältnisse, konnte wieder gehen und stehen und arbeitete als Hauschneiderin. Das ging die erste Zeit gut, im Verlauf der nächsten beiden Jahre ließen die Kräfte nach. Sie konnte nur einige Vormittagsstunden im normalen Tempo arbeiten, dann wurde sie müde.

Im 59. Lebensjahr war der Haarausfall so stark geworden, daß sie sich Haarsersatz anschaffen mußte. Im nächsten Jahr bezog sie eine neue, bessere Wohnung. — Sie ist dann 6 Jahre lang nicht auf die Straße gegangen, angeblich weil sie sich wegen ihrer Kahlköpfigkeit nicht sehen lassen wollte. In dieser Zeit nahm ihr Gewicht um etwa 20 kg zu. Es traten Säcke unter den Augen auf, die Haut wurde glatt und schwammig; trotz geringer Flüssigkeitsaufnahme mußte sie häufig Wasser lassen. Ihr selbst und ihrem Mann fiel eine Verlangsamung der Körperbewegungen und der Sprache auf. Ein eigentliches Krankheitsgefühl hatte sie nicht, sie war stimmungsmäßig ausgeglichen und freute sich über ihre neue Wohnung, sie las noch mit Interesse. Auffällig war ein starkes Frieren, sie mußte auch im Sommer die Wohnung heizen. Beim Gehen war sie unsicher.

Seelische Veränderungen sind nach Aussagen der Pat. und des Ehemannes im 66. Lebensjahr ziemlich plötzlich eingetreten. Zunächst hörte sie verschiedentlich abends beim Zubettgehen ein bestimmtes Musikstück, ein Schlagerlied aus der Nachbarswohnung, wie von Schallplatten, wie wenn dort getanzt würde. Diese Musik ging immer los, wenn die Pat. mit der Arbeit fertig war und ruhig und ohne Ablenkung dasaß.

Eines Abends hörte sie, wie die Nachbarsfrau sagte: „Ich kann nicht mehr tanzen.“ Der Nachbar sagte: „Wenn Du nicht tanzt, spreche ich kein Wort mit Dir.“ Das machte einen irgendwie unangenehmen Eindruck auf sie.

Wieder eines Abends, als sie sich gerade ins Bett gelegt hatte, überfiel sie eine furchtbare innere Unruhe; plötzlich hörte sie durch die Wand, wie ihr Nachbar (ein Mann, mit dem sie eine oberflächliche, aber gute Nachbarschaft hielt) zu seiner Frau sagte: „Ich sprengte das Haus in die Luft.“ Sie hörte dann die Stimme der

Frau, die versuchte, ihn zu beschwichtigen. Der Nachbar sagte aber immer wieder, daß er sich vergiften und das Haus in die Luft sprengen wollte. Dieses Reden und Gegenreden dauerte die ganze Nacht. Pat. geriet in große Angst. Am nächsten Morgen bat sie ihren Mann, er möge sie woanders hinbringen, da sie fürchte, es könne jeden Augenblick die Explosion losgehen. Ihr Mann brachte sie zu Bekannten einige Häuser weiter. Pat. war sofort ruhig, konnte auch schlafen und kehrte noch am gleichen Vormittag in ihre Wohnung zurück. Am nächsten Abend hörte sie dieselben Stimmen, diesmal aber früher, noch als sie auf war. Sie faßte sich ein Herz und ging zu den Nachbarn hinüber und fragte, was sie ihnen denn getan habe. Der Nachbar war sehr freundlich und beruhigte sie, sie sah auch ein, daß das wohl eine Täuschung gewesen sein müsse. Sie ging ins Bett und schlief die Nacht durch. Danach hatte sie etwa 4 Wochen völlige Ruhe. Dann trat ein ähnliches Ereignis ein:

Wieder lag sie im Bett, als sie die Stimmen der Nachbarn hörte, die sie verfolgten. Der Nachbar sagte: „Heute abend kriegt sie eine Spritze.“ oder so ähnlich. Die Frau sagte: „Aber nicht in die Augen.“ Der Mann: „Wo liegt sie denn? Ich sehe sie gar nicht.“ Die Frau: „Da, im Bett.“ Pat. bedeckte ihr Gesicht mit einem Tuch, um die Spritze abzuwehren. Sie roch einen eigenartigen Geruch wie Äther und hörte: „Das hat sie gehört, sie deckt sich zu.“ Pat. geriet in große Angst, das Herz schlug ihr bis zum Halse. Sie wurde unruhig, wanderte umher, ließ sich vom Mann in die Küche bringen, aber nichts half. Die Stimmen gingen immer weiter: „Jetzt hat sie uns erkannt.“

Diese Erlebnisse wiederholten sich in den folgenden Nächten immer in ähnlicher Form. Tagsüber hat sie nur selten Stimmen gehört, vielleicht nur ein einziges Mal. Damals sagte die Nachbarnsfrau zu ihrem Mann: „Nun laß sie doch endlich in Ruhe, sie tut uns doch nichts.“ Nachts ging die Quälerei immer wieder los. Pat. kam ganz herunter, fühlte sich in ihren Gedanken aber ganz klar, sie konnte alles auffassen. Sie versuchte, den Stimmen zu entgehen, indem sie auf den Balkon ging, aber das half nichts. Mehrfach ist sie abends aus der Wohnung gegangen und hat die Nacht bei Bekannten oder Verwandten verbracht. Dort hatte sie immer völlige Ruhe. Während sie sich tagsüber durch die Hausarbeit ablenken konnte, merkte sie, daß sie gegen Abend immer unruhiger wurde, weil sie sich vor der Nacht fürchtete. Immer wieder merkte sie das Angespritztwerden. Dabei wunderte sie sich immer, daß ihr Mann nichts bemerkte.

Der Ehemann bestätigte diese Schilderung der Pat. in allen Punkten. Er fügte noch hinzu, daß er in dieser Zeit die Pat. einmal mittags dabei angetroffen hätte, wie sie einen Riß in der Tapete überkleben wollte. Sie sagte, der Nachbar wolle sie durch diesen Riß in der Tapete „einschläfern“. Das Stimmenhören und die Angst waren nachts am stärksten. Aber auch am hellen Tage war sie ängstlich und hörte Stimmen, die nebenan über sie sprachen. Sie war in der ganzen Zeit ängstlich und gequält. Immer wieder fürchtete sie neue Belästigungen durch den Nachbarn. Sie hat aber in dieser Zeit ihre Wirtschaft genau so gemacht wie sonst und hat, da sie nicht auf die Straße ging, ihre Einkäufe umsichtig durch einen Boten besorgen lassen. Gedächtnis und Intelligenz hatten nicht gelitten.

Dem Nachbarn gelang es, der Pat. für kurze Zeit ihre paranoische Einstellung ihm gegenüber auszureden; das hielt aber nicht lange vor.

*Aufnahmebefund.* Wächsern durchsichtige, trockene, abschilfernde Haut, starke Schwellung im Gesicht, Augensäcke, nicht eindruckbare Polster an Händen und Füßen. Kopf fast kahl, die übrige Körperbehaarung fehlt fast völlig. Auffallend dicke Zunge.

Linksverbreitertes Herz. Blutdruck 155/100.  
Innenohrschwerhörigkeit.

Die Diagnose „Hypothyreose“ ist nach Abschluß der psychiatrischen Beobachtung in der II. Med. Klinik des U. K. Eppendorf (Prof. Dr. JÖRES) bestätigt worden. Alle Untersuchungen, insbesondere auch das Radio-Jod-Stoffwechselstudium, sprachen eindeutig für eine *primäre Unterfunktion der Schilddrüse*.

*Eindruck.* Psychisch völlig bewußtseinsklar; Auffassung, Mnestik und Intelligenz ungestört. Die Sprache ist nicht ganz scharf artikuliert, sehr langsam, kloßig bei völlig ungestörtem Ausdrucksgehalt. Körpermotorik ebenfalls extrem langsam. Gedankenablauf weitschweifig, umständliche Schilderung. Trotz der Langsamkeit reagiert die Pat. auf jede Frage bereitwillig. Spontaneität zeigt sie in der Unterhaltung wenig. Die Stimmungslage erscheint indifferent. Pat. berichtet mit vollem Abstand und eindeutiger Korrektur über die psychotischen Erlebnisse, es habe sich um krankhafte Störungen gehandelt.

Im Verlauf der vierwöchigen Beobachtung änderte sich das Bild nicht wesentlich. Die Pat. blieb weitgehend spontaneitätslos und von pomadiger Langsamkeit, dabei immer freundlich und für jede Zuwendung zu ihrer Person dankbar. Trotz klarer Korrektur schien sie sich mit der durchgemachten Psychose innerlich überhaupt nicht auseinanderzusetzen. Dagegen zeigte sich immer wieder, daß sie stimmungsmäßig nicht so indifferent war, wie ihr Äußeres vermuten ließ. Immer wieder war eine weinerlich-traurige Verstimmung zu beobachten. Dies trat besonders nach ihrer Verlegung auf die 2. Med. Klinik Eppendorf zutage, wo die Pat. „fast wie eine Depression“ wirkte. Sie war weinerlich, uninteressiert, nicht anregbar, fühlte sich lebensüberdrüssig, fand alles zwecklos und war von massenhaften hypochondrischen Ideen besetzt.

Nach 6wöchiger Thyreoidinbehandlung änderte sich der Zustand wesentlich. Die Pat. fühlte sich überhaupt nicht mehr traurig und ängstlich; sie traute sich wieder, auf die Straße zu gehen, und beschäftigte sich mit Zukunftsplänen. Auf die durchgemachte Psychose, an die sie volle Erinnerung hatte, mochte sie nicht angesprochen werden. Sie wirkte heiter und freundlich, war noch immer in allen Reaktionen etwas verlangsamt, im übrigen aber völlig geordnet und auch jetzt in Auffassung und Orientierung ungestört.

### Besprechung

Bei allen 3 Fällen handelt es sich um paranoidhalluzinatorische Psychosen, die symptomatologisch weitgehend den Alkoholhalluzinosen entsprechen, wie ein Vergleich mit der klassischen Darstellung PAUL SCHRÖDERS<sup>8</sup> zeigt. Auch bei unseren Patientinnen ist das Bewußtsein durchweg klar, die Mnestik und das Urteilsvermögen sind ungestört — kurz — das akute und das chronische Achsensyndrom der exogenen Psychosen fehlt ihnen. Die Verbalhalluzinose geht aus primitiven Aokoasmen hervor, die Phoneme sind von „großer sinnlicher Lebhaftigkeit“, „kombinierte optisch-akustische Halluzinationen in Form von flüchtigen, in den Fenstern gesehenen Gestalten“ fehlen ebensowenig wie die Erlebnisse des Angespritzt- und Beschossenwerdens und die Giftwahrnehmungen. Der ängstliche Beziehungswahn äußert sich auch bei unseren Patienten in massiven Flucht- und Abwehrhandlungen. „Flucht ist die typische Reaktion des Alkoholhalluzinanten.“ Schließlich finden sich in Fall I auch die Größenideen, die nach SCHRÖDER auch bei Alkoholhalluzinosen nicht selten vorkommen.



In einem unterscheiden sich unsere Krankengeschichten zweifellos von denen der Alkoholhalluzinanten: unsere Patienten waren schon vor dem Einsetzen der paranoid-halluzinatorischen Symptomatik in einer charakteristischen Weise psychisch verändert — jedenfalls ergibt das die Vorgeschichte von Fall 2 und 3 eindeutig.

Hier finden wir die Antriebsstörung und die affektiven Veränderungen, die von FRANKL-HOCHWART als „hypophysäre Stimmung“, von PILCZ<sup>7</sup> als „myxödematöser Geisteszustand“ beschrieben, von M. BLEULER<sup>2</sup> unter dem Begriff des „endokrinen Psychosyndroms“ zusammengefaßt worden sind. Diese Persönlichkeitsveränderung ist sicher anders als die chronischer Alkoholiker und sie färbt, wie das oft beschrieben worden ist, die paranoid-halluzinatorische Symptomatik bis zu einem gewissen Grade. Es scheint uns aber wesentlich, daß diese charakteristisch endokrine Tönung des Bildes auf den Höhepunkten der Psychose, die wir bei Patientin 1 und 2 beobachten konnten, von der ängstlich-agitierten Erregung bis zur Unerkennbarkeit überspült wurde.

In der Literatur entspricht vor allem der von WIPF<sup>11</sup> veröffentlichte Fall von multipler Blutdrüsensklerose unserem Fall 1. Es erscheint uns überflüssig, auf die überraschende und über die Typik von Halluzinosen weit hinausgehende Übereinstimmung in Wahninhalten und Sinnes-täuschungen in allen Einzelheiten einzugehen; wir verweisen nur auf die expansiven und megalomanen Züge, die bei beiden Patientinnen in sehr ähnlicher Weise dem ängstlichen Beeinträchtigungswahn beigemischt waren und auf einzelne Verhaltensweisen wie die Flucht unter Mitnahme der Habe. Wesentlicher scheint uns, daß beide Kranke in sehr ähnlicher Weise den Wechsel zwischen freundlicher Ansprechbarkeit und „autistischer“ Versunkenheit in die psychotische Erlebniswelt zeigten. Aber WIPF sah Zustände von Bewußtseinstrübung, komatöse und delirante Bilder. Das war bei unserer Pat. nie so; auch in den Zeiten, wo die halluzinatorische Aktivität sich nachts steigerte, blieben Bewußtsein und Orientierung immer erhalten. Man kann also nicht, wie es WIPF bei seinem Fall versucht hat, die persistierende Wahnbildung als Residuum deliranter Episoden erklären. Die etwa 3 jährige Dauer und den tödlichen Ausgang der Psychose haben beide Patientinnen gemeinsam, aber bei WIPF ist die Neigung zu wellenförmigem Schwanken zwischen völliger psychischer Symptommfreiheit und tiefem Koma ausgeprägter als bei unserem Fall 1, der von der initialen schweren Erregung zur terminalen Apathie nur flache Verlaufskurven aufweist.

Der 19 Jahre dauernde Krankheitsfall von LIEBERS<sup>6</sup> ist an zweiter Stelle zu nennen. Auch hier haben wir den Wechsel zwischen Unruhe, abgewandter Versunkenheit und zeitweiliger relativer Unauffälligkeit, die nächtliche Verstärkung der Halluzinationen, bei denen registrierende Phoneme, Vergiftungserlebnisse und zu groteskem physikalischen

Beeinflussungswahn ausgestaltete Körpersensationen die Hauptrolle spielen. Auch LIEBERS Kranke spricht von Männern unter dem Bett, Soldaten im Keller und zeigt massive Flucht- und Abwehrreaktionen. WIPF hat noch andere Fälle von Psychosen bei HVL-Atrophie aus dem Schrifttum gesammelt. Daß bei diesen die Halluzinose nicht so deutlich hervortritt wie bei den eben erwähnten, mag wohl zum Teil an der Kürze der Mitteilungen liegen; bei manchen kann man eine erhebliche symptomatologische Ähnlichkeit vermuten, jedenfalls für gewisse Abschnitte der Psychosen.

Beim Myxödem sind halluzinoseartige Psychosen in den letzten Jahren offenbar selten beschrieben worden. Aus dem älteren Schrifttum bringt WAGNER-JAUREGG<sup>10</sup> einige Fälle von „halluzinatorischem Wahnsinn“ bei Myxödem. Vor allem der Fall BLAISES scheint unseren Fällen 2 und 3 nahezukommen, soweit man dies aus der kurzen Mitteilung W.-J's erkennen kann.

Körperlich begründbare, aber ohne Bewußtseinstörung und gröbere mnestiche Störungen verlaufende Psychosen haben seit Jahrzehnten immer wieder das Verhältnis von exogenen Geistesstörungen zu endogenen zur Diskussion gestellt. Nicht nur die Alkoholhalluzinosen, bei denen sich kürzlich BENEDETTI<sup>1</sup> erneut mit dem Problem beschäftigt hat. Auch bei der HVL-Atrophie hat WIPF die „unbequeme psychopathologische Ähnlichkeit“ seines Falles mit der paranoiden Schizophrenie erörtert. Auf Grund unserer Beobachtungen müssen wir ihm beipflichten, wenn er die Halluzinationen und Wahnideen, den Autismus und die Apathie seiner Patientin mit den entsprechenden Symptomen chronisch Schizophrener gleichsetzt und doch meint, die Symptomatik sei für eine Schizophrenie nicht eben charakteristisch gewesen.

Auch wir meinen, daß gewisse Nuancen des paranoid-halluzinatorischen Syndroms — wir haben sie oben erwähnt — der Symptomatik unserer Patientinnen die besondere halluzinoseartige Färbung gegeben haben, es ist aber nicht zu bestreiten, daß man alle diese Einzelzüge auch bei mancher „endogenen“ paranoid-halluzinatorischen Psychose, sei sie akut, chronisch oder ein Defektzustand, finden kann, insbesondere bei involutiven Erkrankungen. WIPF betont ferner, daß die „typisch schizophrenen“ Formen der Denk-, Affekt- und Ausdrucksstörung bei seiner Kranken nicht nachweisbar waren, und daß sie auch im chronischen Stadium mit einer für Schizophrenie atypischen Restlosigkeit in ihren Wahnideen und Sinnestäuschungen aufging. Alles dies kann man auch in unserem Fall 1 finden und man könnte mit GOTTWALD<sup>5</sup> feststellen, „der Endzustand (der Psychosen bei HVL-Atrophie) stellt in keinem Fall einen typischen schizophrenen Defekt dar“. Aber muß das in jedem Fall so sein? Die Krankengeschichte von LIEBERS klingt in mancher Hinsicht erheblich schizophrenie-spezifischer als die der beiden späteren Fälle.

Das kann natürlich darauf beruhen, daß LIEBERS feinere Unterschiede nicht beachtet hat, weil er der Schizophrenie als eindeutigem symptomatologischem Typus noch weniger skeptisch gegenüberstand als heute üblich. Aber man kann nicht übersehen, daß es bei manchen exogenen Halluzinosen stationäre Defektzustände gibt, die sich von den endogenen in keiner Weise unterscheiden. Es sei an die viel zitierten Fälle von paranoid-halluzinatorischen Defektzuständen bei Paralyse erinnert, vor allem aber an jene Defekte nach Alkoholhalluzinosen, die noch kürzlich von BENEDETTI als „typische Schizophrenien“ bezeichnet wurden. Man kommt wohl um die Tatsache nicht herum, daß nicht einmal die Defektzustände der endogenen Schizophrenie durch eine krankheits-spezifische Symptomatik gekennzeichnet sind.

Je ähnlicher körperlich begründbare Psychosen in Erscheinungsbild und Verlauf den endogenen Zuständen werden, um so näher liegt es, ihr Zustandekommen mit dem „individuellen endogenen Faktor“ BONHOEFFERS<sup>3</sup> zu erklären.

Handelt es sich um halluzinoseartige Bilder, so wird dieser Faktor herkömmlicherweise in einer schizophrenen Anlage oder „Teilanlage“ gesucht. Auch heute erscheint vielen Autoren die Subsumption aller besonnenen paranoid-halluzinatorischen Zustände unter die Diagnose „Schizophrenie“ (notfalls „symptomatische Schizophrenie“) eine Selbstverständlichkeit. Das die Anlage beweisende schizophrene Sippenmitglied wird im Bedarfsfall meist ermittelt — nicht verwunderlich in Anbetracht der Beliebtheit, der sich die Diagnose „Schizophrenie“ bei der Etikettierung aller möglichen psychischen Anomalien erfreut hat und wohl auch heute noch erfreut. Daß aber die Einheitlichkeit des Schizophrenie-Begriffs auf dem Gebiet der endogenen Psychosen inzwischen problematisch geworden ist, wird bei solchen erbbiologischen Erklärungsversuchen nicht beachtet. Man ist allgemein geneigt, eine mehr oder weniger die Normalziffern übersteigende familiäre Belastung mit Schizophrenie als Anhaltspunkt für eine genetische Verwandtschaft zwischen Halluzinose und Schizophrenie zu verwerten, wie es kürzlich BENEDETTI bei seinen Alkoholhalluzinanten versucht hat.

Selten findet man in der Literatur die Eigenständigkeit des paranoid-halluzinatorischen Syndroms so eindeutig hervorgehoben wie bei WIPF, der es für unnötig erklärt, seinen Fall als Kombination einer organischen Psychose mit einer schizophrenen zu deuten.

Wir<sup>4</sup> haben vor Jahren Bedenken gegen eine erbbiologische Erklärung der endogenen Symptomatik bei körperlich begründbaren Psychosen gebracht. Wir gingen dabei von unserer Beobachtung aus, daß in solchen Fällen verschiedene Syndrome häufig in einer regelhaften Abfolge auseinander hervorgehen, und daß auch die Rückbildung der Psychose die gleichen Stadien in umgekehrter Reihenfolge durchläuft. Manisch-

melancholische Zustandsbilder gehen in paranoide, paran.-halluz. oder sonstige „schizophrene“ Zustände über, die Psychose kulminiert in amentien, deliranten oder sonstigen akut exogenen Syndromen. Wir haben darauf hingewiesen, daß manisch-melancholische und „schizophrene“ Zustandsbilder auffallend häufig nacheinander bei ein und demselben Kranken vorkommen. Daher erscheint es wenig sinnvoll, die „endogene“ Symptomatik mit dem Wirksamwerden endogener Anlagefaktoren zu erklären — jedenfalls solange man zwei erscheinungsbildlich und erbbiologisch einigermaßen voneinander abgrenzbare endogene Formenkreise unterscheidet. Zykllothyme und schizophrene Anlagen müßten so regelmäßig gekuppelt oder so ubiquitär sein, daß sie nur als höchst unspezifische Reaktionsmöglichkeiten gelten könnten. Die entscheidenden Faktoren, die das jeweilige Erscheinungsbild solcher Psychosen bestimmen, sind, wie wir in Anlehnung an die bekannte Theorie SPECHTS<sup>9</sup> angenommen haben, nicht irgendwelche Erbanlagen, sondern die Intensität und die zeitliche Verlaufsform der Schädigung. Von diesen Faktoren hängt es auch ab, ob eine exogene Psychose alle Stadien durchläuft oder ob sie sich nur in Fragmenten der oben aufgezeigten Entwicklungsreihe manifestiert.\*

Daß auch bei den endokrinen Psychosen eine Intensitätsänderung der Grundkrankheiten einen Erscheinungswechsel, einen Übergang in ein neues Stadium bewirken kann, ist bekannt. M. BLEULER kennt Fälle, wo das endokrine Psychosyndrom sich in die Bilder des akuten exogenen Reaktionstyps verwandelt. Bei den Myxödempsychoosen war die Unterscheidung verschiedener auseinander hervorgehender Stadien in der älteren Psychiatrie durchaus üblich (CLOUSTEN, zit. nach WAGNER-JAUREGG). W.-J. selbst erwähnt beim Myxödem, daß das paranoid-halluzinatorische Syndrom aus einem melancholischen Stadium hervorgehe.

Ein depressives Stadium tritt auch bei unseren Fällen 2 und 3 im Verlauf der Psychose auf. Bei Fall 2 läßt die Vorgeschichte es als Prodrom der paranoid-halluzinatorischen Episode erkennen und in beiden Fällen konnten wir es beim Ausklingen der Psychose selbst beobachten. Bei Fall 1 läßt uns die Vorgeschichte leider im Stich und der deletäre Verlauf der Krankheit ließ es nicht zu einem Ausheilungsstadium kommen.

Gewiß glichen die depressiven Zustände bei unseren Patientinnen 2 und 3 nicht in dem Maße dem Idealbild der Melancholie, wie wir das bei vielen der früher von uns mitgeteilten exogenen Psychosen (Malaria,

---

\* Das ist auch nach unseren Beobachtungen bei den Alkoholhalluzinosen so. Auch bei ihnen bildet sich die Psychose über ein depressives Stadium zurück, das oft genug ein rein melancholisches mit Selbstvorwürfen und allen sonstigen Kennzeichen der Melancholie ist. Wir hoffen, darüber an anderer Stelle berichten zu können.

perniciöse Anämie u. a.) beobachten konnten. Aber wir glauben, daß man unsere Patientinnen in ihren ängstlich gehemmten Zuständen ohne Kenntnis der Grundkrankheit im Querschnitt wohl allgemein als endogene Depression angesprochen hätte.

Man findet in Krankengeschichten und in der Literatur solche Bilder immer wieder als neurasthenische oder hyperaesthetisch-emotionelle Schwächezustände bezeichnet. Wie wir meinen, geschieht dies mehr der Systematik zuliebe als auf Grund einer wirklichen symptomatologischen Differenzierung.

Das gleiche systematische Vorurteil führt ja auch dazu, daß die häufigen neurasthenischen Symptome der endogenen Depression, namentlich der beginnenden und der ausklingenden, meist unbeachtet bleiben.

Wenn man das endokrine Psychosyndrom so scharf von dem endogen-depressiven getrennt wissen will wie BLEULER, kann man ihm die Ausgangsstadien unserer Halluzinosen gewiß nicht zurechnen, aber wir möchten fragen, ob die scharfe Trennung BLEULERS der klinischen Wirklichkeit völlig gerecht wird. Schließlich handelt es sich ja ebenso wie beim MdI um quantitative Stimmungs- und Antriebsveränderungen, die Unterschiede sind mehr in Nuancen als im Prinzipiellen zu suchen. Ähnliches meinte auch WAGNER-JAUREGG mit seiner Feststellung, daß der myxödematöse Geisteszustand Züge mit der Melancholie gemeinsam habe.

Solange man den Begriff der melancholischen Symptomatik nicht so eng begrenzt, daß auch ein großer Teil der endogen-phasischen Psychosen nicht mehr in ihn hineinpaßt, wird man wohl nicht an der Tatsache vorbeigehen können, daß auch unsere endokrinen Halluzinosen nacheinander erscheinungsbildlich dem „schizophrenen“ und dem manisch-depressiven Formenkreis nahestehen. Damit wird eine genetische Beziehung zu *einem* dieser Formenkreise unwahrscheinlich gemacht.

### Zusammenfassung

1. Es werden 3 Fälle von paranoid-halluzinatorischen Psychosen bei Endokrinopathien (1 Hypophysenvorderlappen-Atrophie, 2 Hypothyreosen) beschrieben.

2. Sie entsprechen dem Typ der halluzinoseartigen Begleitpsychosen körperlicher Krankheiten.

3. Von gewissen endogen-schizophrenen Psychosen unterscheiden sie sich zu bestimmten Zeitpunkten ihres Verlaufs nur in Nuancen. Prinzipielle Unterschiede lassen sich nicht feststellen.

4. Die Verlaufsbeobachtung ergibt, daß die paranoid-halluzinatorische Symptomatik in eine depressive übergehen kann.

5. Dadurch werden genetische Beziehungen dieser Psychosen zur endogenen Schizophrenie unwahrscheinlich gemacht.

### Literatur

- <sup>1</sup> BENEDETTI, G.: Die Alkoholhalluzinose. Stuttgart 1952. — <sup>2</sup> BLEULER, M.: Endokrinologische Psychiatrie. Stuttgart 1954. — <sup>3</sup> BONHOEFFER, K.: Die symptomatischen Psychosen. Leipzig 1910. — <sup>4</sup> BÜSSOW, H.: Über Psychosen nach Malaria. *Allg. Z. Psychiatr.* **123**, 235 (1944). — <sup>5</sup> GOTTWALD, W.: Zur Entstehung u. Klinik des Morbus Simmonds. *Acta neuroveget.*, Wien **12**, 135 (1955). — <sup>6</sup> LIEBERS, M.: *Allg. Z. Psychiatr.* **97**, 158 (1929). — <sup>7</sup> PILCZ, A.: Zur Frage des myxödematösen Irreseins. *Jb. Psychiatr.* **20**, 77 (1901). — <sup>8</sup> SCHROEDER, P.: Intoxicationspsychosen, in Aschaffenburgs Handbuch, S. 255. Leipzig 1912. — <sup>9</sup> SPECHT, G.: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. *Z. Neur.* **19**, 104 (1913). — <sup>10</sup> WAGNER-JAUREGG, J.: Myxödem und Kretinismus. — <sup>11</sup> WIPF, H.: Psychische Störungen bei sog. multipler Blutdrüsenklerose. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. f. d. ges. Neur.* **118**, 465 (1948).

Prof. Dr. HANS BÜSSOW, Hamburg-Langenhorn, Langenhorner Chaussee 560