



Ueber die eigenartige Form
der
paralytischen Geistesstörung
bei Alkoholikern.

(Pseudoparalysis e potu.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

der hohen medicinischen Facultät

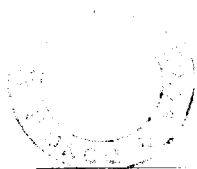
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn

und mit den beigegeführten Thesen vertheidigt

am 21. Juli 1883, Vormittags 12 Uhr

von

Theodor Dörr.



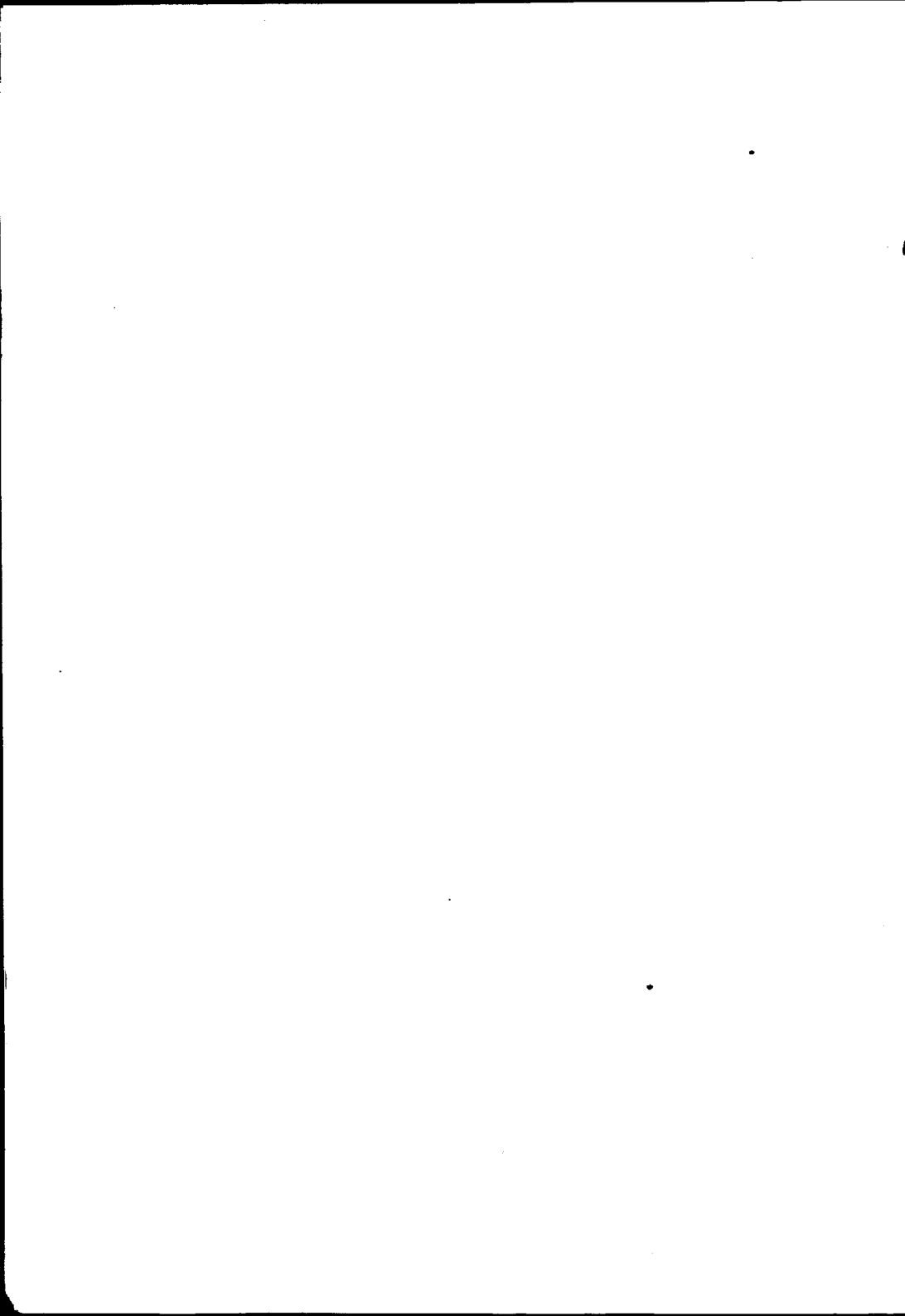
Bonn,

Universitäts-Buchdruckerei von Carl Georgi.

1883.



Meinen lieben Eltern.



Gewiss mit vollem Rechte hat man, als eine neuere exactere Methode der Forschung auch in der Psychiatrie sich geltend machte, bei der Classificirung der in so verschiedenartiger Gestalt auftretenden psychischen Krankheiten darauf Bedacht genommen, dem ursächlichen Momente als einem für die Erkenntniss dieser Krankheitsformen höchst wichtigen Rechnung zu tragen, wenigstens ihm neben den anderen in dieser Hinsicht bedeutungsvollen Factoren eine hervorragende Stellung einzuräumen. Die Schwierigkeiten, welche sich hierbei ergaben, waren freilich grosse, da man, indem ein einheitliches Eintheilungsprincip erstrebt wurde, Gefahr lief, wichtige Gesichtspunkte ausser Acht zu lassen. Ja, die Aufgabe war eine so schwere, dass manche Autoren überhaupt auf eine einheitliche Eintheilungsmethode Verzicht leisteten. Aus dieser Schwierigkeit resultirt die Willkür und Verwirrung, denen man in nicht wenigen Eintheilungen der Psychosen begegnet. Aber den Nutzen hatten doch die Bemühungen, eine Beziehung zwischen Krankheitsagens und klinischem Krankheitsbilde zu entdecken, dass man den Ursachen der Geisteskrankheiten mehr wie früher nachforschte und dass man aufzufinden suchte, ob nicht unter diesen oder jenen klinisch-symptomatisch auf bekannte Weise sich äussernden Krankheiten solche mit bestimmter Aetiologie und einer gewissen hierdurch bedingten eigenthümlichen Verlaufsweise vorhanden seien, so dass dieselben aus diesem Grunde von den anderen ähnlichen abzutrennen seien. So lernte man das epileptische, das hypochondrische und das hysterische Irresein als eigenartige Störungen kennen und sah ein, dass solche auch hervorgerufen werden könnten durch Syphilis und besonders durch Alkoholmissbrauch und dass verschiedene der

zuvor als Grundtypen aufgestellten Krankheiten in mehrere Formen trennbar seien. Nicht zum wenigsten dürfte das bei der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren der Fall sein, von der v. Krafft-Ebing¹⁾ bemerkt: „Neuere Forschungen haben die Wahrscheinlichkeit ergeben, dass die Dementia paralytica nur ein klinischer Sammelbegriff sei, wie ihn früher die Tabes oder das Puerperalfieber darstellten. Sie erwecken die Hoffnung, dass auch die Dem. paralytica durch Auffindung von differenten, gewissen Verlaufsweisen und klinischen Symptomengruppirungen der Krankheit aber constant zukommenden Befunden, in verwandte, jedoch anatomisch wie klinisch — und, setzen wir hinzu, auch ätiologisch — zu trennende Krankheitszustände zerlegbar sein wird.“ Einen Beleg zu dieser Annahme bildet, wie ich glaube, die paralytische Geistesstörung bei Alkoholikern, die, wie in den nachfolgenden Zeilen gezeigt werden soll, in ihren Symptomen wie in ihrem Verlaufe nicht unwichtige Abweichungen von der gewöhnlichen Paralyse aufweist und deshalb von dieser als eine eigenartige Form geschieden zu werden verdient.

Noch nicht lange ist die alkoholische Paralyse Gegenstand der Untersuchung seitens der Psychiater geworden. Magnus Huss²⁾, der zuerst dem chronischen Alkoholismus als einer durch eigenartige Symptome charakterisirten Krankheit einen selbständigen Platz in der Nosographie zuertheilte, erwähnt diese Form noch nicht. Er bemerkt zwar, dass die chronische Form des Alkoholmissbrauchs in gewissen Fällen den Symptomen sehr nahe käme, die mit dem Namen Paralyse générale progressive von französischen Aerzten geschildert worden seien, und er zog zum ersten Male eine scharfe Scheidegrenze zwischen den somatischen und psychischen Symptomenreihen beider Krankheiten; aber eine auf der Basis

1) v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. 1879. II, p. 141.

2) Magnus Huss, Alkoholismus chronicus. 1852. Deutsch von Gerhard von dem Busch. p. 480—495.

von chronischen Alkoholexcessen erwachsende paralytische Geistesstörung scheint er nicht gekannt zu haben.

Erst als die progressive Paralyse mit mehr Klarheit erfasst wurde, als wie es zu den Zeiten von Huss möglich war, lenkte sich der Blick der Irrenärzte auf die alkoholische Paralyse. Bei dem bekannten ungünstigen Verlaufe, durch den nach Stellung der Diagnose die *Dementia paralytica* gekennzeichnet ist, bei der Bedeutung, welche diese Krankheit im Culturleben der Völker beansprucht, musste es auffallen, dass, wenn man die diesem Leiden untergestellten Fälle einer Vergleichung unterwarf, nicht alle in den Rahmen passten, den man bisher als den für diese Krankheit gewöhnlichen angesehen hatte. Aufmerksam gemacht wurde man darauf durch den im Ganzen mehr gutartigen Verlauf in einigen ihr bis dahin zugerechneten Fällen, in welchen es glückte, Excesse in *Baccho* als alleinige Ursache der Krankheit nachzuweisen. Der erste, welcher dieser Thatsache gedenkt, ist Fr. Hoffmann, der in einem ärztlichen Bericht über die Wirksamkeit der Irrenheilanstalt zu Siegburg 1862 hervorhebt, dass es eine pseudoparalytische Geisteskrankheit gibt, hervorgerufen durch den Missbrauch des Alkohols und selbst des Bieres, welche die psychischen und sogar einen Theil der gefürchteten körperlichen Erscheinungen darbietet und dennoch in Genesung übergeht. Eine praktische Wichtigkeit hatte diese Frage damals, als die engen Grenzen einer Heilanstalt es nicht zuliessen, die Geisteskranken, deren Zustand eine *restitutio ad integrum* gemäss der Diagnose nicht erwarten liess, aufzunehmen, wo es also aus äusseren Gründen gleich bei der ersten Untersuchung darauf ankam, eine richtige Diagnose zu stellen.

Wenige Jahre später warnt Brosius ¹⁾ vor einer vor-eiligen Diagnose der Paralyse, deren häufiges Auftreten in letzter Zeit zu einer solchen wohl geneigt mache. Er gibt den Rath, sich nicht durch die psychischen Erscheinungen

1) Brosius, Ueber die sog. Pseudo-Paralyse. Irrenfreund 1868. Nr. 1.

allein leiten zu lassen und sich auch durch motorische Störungen in den Extremitäten, Pupillendifferenzen und dgl. nicht zu täuschen, die zum Normalzustand des Kranken gehören und vor den psychischen Störungen bestanden haben könnten oder von sonstigen Ursachen abhängig wären, die also mit dem paralytischen Centraleiden nichts zu thun hätten. Er theilt zugleich einen Fall aus seiner Beobachtung mit, in welchem trotz der auf Paralyse lautenden Diagnose Heilung resp. Besserung eintrat. In der betreffenden Krankheitsgeschichte ist allerdings nichts von Alkoholexcessen erwähnt; dass aber Brosius schon Fälle dieser Art gekannt hat, die auf alkoholistischer Basis beruhend von der gewöhnlichen Paralyse verschieden sind, ist aus seinen Worten ersichtlich: „Zu den häufigen Ursachen des paralytischen Irreseins wird der Missbrauch der Spirituosa gerechnet. Man ist daher geneigt, nach Excessen in Baccho, wenn verdächtige Symptome auftreten, an Paralyse zu denken. Es sind aber gerade Fälle nach solchen Excessen, die, der Paralyse ähnlich, ganz anders, d. h. rasch und günstig verlaufen.“

Aber weder Hoffmann noch Brosius gehen auf die alkoholische Paralyse, die sie, wie aus dem Gesagten erhellt, als eine pseudoparalytische Störung kennzeichnen, näher ein. Erst Nasse ¹⁾ besprach dieselbe 1870 ausführlicher in einer: „Zur Diagnose und Prognose der allgemeinen fortschreitenden Paralyse der Irren“ betitelten Abhandlung. Waren die bisherigen Anschauungen über die Unheilbarkeit der Paralyse bereits durch vereinzelt mitgetheilte Fälle mit günstigem Ausgange wankend gemacht worden, so war Nasse in der Lage, diesen der Menge der gewöhnlichen Fälle gegenüber an Zahl allerdings verschwindend geringfügigen Beobachtungen einige weitere aus seiner Erfahrung hinzuzufügen. In diesen Fällen, die zur Annahme einer Heilungsfähigkeit der allgemeinen Paralyse berechtigen, war eine gemeinsame oder wenigstens mehreren zukommende Ursache

1) Irrenfreund 1870, Nr. 7.

nicht ersichtlich; wohl aber war dies bei einigen anderen der Fall, welche im Beginne so ziemlich das Bild der allgemeinen Paralyse besaßen, aber doch nicht in der bekannten Weise verliefen. Es gelang nämlich Nasse, eine Reihe von unzweifelhaft hauptsächlich durch Trunk hervorgegangenen Krankheitsfällen zusammenzustellen, denen, wie er ausdrücklich hervorhebt, weder die körperlichen noch die geistigen Merkmale der allgemeinen Paralyse fehlen und die erst durch ihren Verlauf zeigen, dass ihnen das Bezeichnende derselben abgeht, indem sie entweder rasch in Genesung oder in solche Besserung übergehen, dass eine längere Beobachtung kein der Paralyse entsprechendes Krankheitsbild mehr konstatiren lässt. Nasse beschreibt die hauptsächlichsten differentialdiagnostischen Anhaltspunkte zwischen diesem bei habituellen Trinkern vorkommenden paralytischen Irresein und der allgemeinen fortschreitenden Paralyse, die sich nach ihm besonders in dem Verlaufe beider finden, und bemerkt dann: „Diese von der gewöhnlichen Form der allgemeinen Paralyse unterscheidenden Merkmale sind es, welche mir die Bezeichnung dieser Form als Pseudoparalysis e potu wohl zu rechtfertigen scheinen und jedenfalls die praktische Lehre ertheilen, das Bild der allgemeinen Paralyse, wenn es sich auf dem Boden der Trunksucht entwickelt, weniger ungünstig zu beurtheilen.“ Wir werden Gelegenheit haben, auf diese und auf die Arbeiten der übrigen Autoren zurückzukommen.

Trotz der über die allgemeine Paralyse vorhandenen grossen Fachliteratur scheint die von Nasse scharf skizzirte alkoholische Paralyse nicht die Beachtung gefunden zu haben, die ihr offenbar zukommt, denn nur wenige Schriftsteller gedenken in der Folge dieser in nicht unwichtigen Dingen abweichenden Form.

Magnan¹⁾ erwähnt in einer von der Pariser Akademie preisgekrönten Schrift über den chronischen Alkoholismus den Einfluss des beständigen Alkoholmissbrauchs auf die Entwick-

1) Magnan, de l'Alcoolisme. Paris 1874. p. 190.

lung der allgemeinen Paralyse. Nach ihm ist letztere nicht selten das Ende des chronischen Alkoholismus, und zwar geschieht, wie er angibt, der Uebergang nicht plötzlich, sondern allmählich durch ein schwer bestimmbares intermediäres Stadium, indem nach und nach die Symptome des Alkoholismus verschwinden und denen der allgemeinen Paralyse Platz machen. Er theilt auch die erhaltenen anatomischen Befunde mit, die in seinen Beobachtungen neben diffuser interstitieller Sklerose des Gehirns in zahlreichen anderen Organen die Spuren der durch die Alkoholintoxikation begünstigten chronischen Entzündung aufweisen. Aber auf die Verlaufsweise grade dieser Fälle, wie sie sich klinisch von der wahren Paralyse abhebt, geht er nicht näher ein.

Von deutschen Autoren räumen Schüle¹⁾ und von Krafft-Ebing²⁾ der Alkoholparalyse ein besonderes, wenn auch nur kurzes, Kapitel in ihren Lehrbüchern der Psychiatrie ein. Schüle sieht in dem chronischen Alkoholismus gewissermassen einen *locus minoris resistentiae*, der eine Prädisposition zu Psychosen darstelle, welche in der Regel durch den Missbrauch der geistigen Getränke eine specifisch alkoholistische Färbung erhielten. Zu den bei genügendem toxisch-hyperämischen Hirnreize entstehenden, protrahirteren alkoholistischen Seelenstörungen rechnet er auch die alkoholistische Paralyse, theilt dieselbe jedoch nicht der typischen, sondern der modificirten Form zu, dem Blödsinn mit Lähmung, einer seiner sogenannten Cerebropathien. Sie ist nach ihm ein Mixtum zwischen alkoholistischen und paralytischen Symptomen, bezüglich der Aetiologie scharf getrennt: „Wenn die alkoholistischen Paralysen als direkte Folgewirkungen des Abusus von der klassischen Paralyse geschieden wurden, so soll diese damit nicht aus jedem ätiologischen Zusammenhang mit den Freuden des Weins verdrängt sein. Aber der

1) Schüle. Handbuch der Geisteskrankheiten. 1880. p. 319.

2) von Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. 1879. II, p. 187.

Unterschied ist: dass der Weingenuss hier bloss mitwirkt, als ein den übrigen Ursachen der klassischen Paralyse (Schlemmereien, Tafelfreuden u. s. w.) gleichgeordnetes Moment; dort aber als chronische Kachexie die einzige Ursache bildet.“ v. Krafft-Ebing schliesst sich, was die Krankheitsäusserungen betrifft, der Auffassung von Schüle theilweise an und charakterisirt noch genauer die Merkmale, welche zur Abtrennung der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern von der gewöhnlichen, die ätiologisch nichts mit Alkoholexcessen zu thun hat oder wo diese nur eine Mitursache bilden, Veranlassung gegeben haben.

Eine neuere Bearbeitung des uns interessirenden Gegenstandes ist von Moreaux ¹⁾ geliefert worden; der sich in einer Inauguraldissertation mit dem Verlaufe der Paralyse bei den Alkoholikern eingehend beschäftigt. Moreaux gelangt zu dem Resultate, dass die letztere sich von der klassischen Form wesentlich unterscheidet und zwar im Beginne durch das plötzliche Auftreten der Erkrankung, im weiteren Verlauf besonders durch die vollständigeren Remissionen; im Uebrigen ist sie nach ihm eine ächte progressive paralytische Geistesstörung. Unterstützt durch das reichhaltige Material einer Pariser Irrenanstalt war er in den Stand gesetzt, seine Arbeit mit einer Reihe von diesbezüglichen Beobachtungen auszustatten, die meist den Vortheil haben, dass sie, aus lange fortgesetzten Protokollen geschöpft, auf einen umfangreichen Zeitraum sich erstrecken.

Dass aber im Allgemeinen die Eigenartigkeit der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern von den Autoren noch nicht genügend gewürdigt wird, beweist die Auffassung von Weiss und A. Voisin, welche der Paralyse zugehörige Fälle bei Säufnern als einfachen chronischen Alkoholismus betrachten, wohl deshalb, weil sie ihrer Beurtheilung immer

1) E. Moreaux. La marche de la paralysie générale chez les Alcooliques. Paris 1881.

die typische Paralyse zu Grunde legen. Nach Weiss¹⁾ tritt der chronische Alkoholismus als Verrücktheit und als Demenz mit Lähmungen auf. Letztere habe in vielen Punkten Aehnlichkeit mit der Paralyse, aber diese sei nur eine flüchtige und schwinde bei längerer Dauer der Beobachtung, da abgesehen von der geringen Lebendigkeit der Symptome dem alkoholischen Blödsinn mit Lähmungen der progressive Charakter der Paralyse fehle, das Bild vielmehr auf einer gewissen Stufe der Krankheitsentwicklung starr und unveränderlich bleibe und auf dieser durch Jahre beharre; auch fehlten dieser Form die für die Paralyse so charakteristischen epileptiformen Anfälle vollständig. Dieser Ansicht, dass diese Form keine paralytische sei, vermag ich nicht beizupflichten. Denn was verstehen wir unter einer paralytischen Geisteskrankheit anderes als eine Combination psychischer und motorischer Funktionsstörungen, die bei einigen Kranken mit grösserer, bei anderen mit geringerer Schärfe sich auffinden lassen? Und diese Fälle lassen keineswegs einen geistigen Verfall mit den motorischen Anomalien vermissen, den eine Paralyse darbietet, wenn derselbe auch allerdings nicht so schnell wie in der gewöhnlichen Paralyse zu Tage tritt; dass diese Fälle der typischen Form entsprechen, darf man freilich wegen ihrer rein alkoholischen Natur, die ihnen eine gewisse Eigenartigkeit verleiht, nicht erwarten. Das Gesagte richtet sich auch gegen die Ansicht von A. Voisin²⁾, der mehreren hervorragenden Irrenärzten vorwirft, dass sie Fälle von chronischem Alkoholismus, welche die hauptsächlichsten Zeichen der allgemeinen Paralyse darböten, für eine Paralyse alkoholischer Art hielten. Nach ihm stellen dieselben vielmehr einen einfachen Alkoholismus dar, in welchem, wie er zuerst gezeigt habe, Grössendelirium vorkommen könne, und zwar aus dem Grunde, weil bei ihnen

1) J. Weiss, Compendium der Psychiatrie 1881. p. 177 u. 179.

2) *Leçons cliniques sur les maladies mentales.* Par Auguste Voisin. Paris 1883. pag. 208—280. vergl. bes. 212—214 u. 270.

niemals oder höchstens in Folge von Gelegenheitsursachen Adhäsionen der Pia mater an die Hirnrinde, wie dies in der allgemeinen Paralyse immer der Fall sei, sich vorfinden und weil bei ihnen wie beim Alkoholismus die Pachymeningitis immer nur secundär durch Blutungen veranlasst sei, niemals aber primär aufträte. Ob dieser Unterschied besteht, kann ich nicht entscheiden; einstweilen sind wegen des Mangels eines einheitlichen Obductionsbefundes auch bei der klassischen Paralyse diese Ausführungen jedenfalls nicht massgebend. Wenn dann ferner Voisin wegen des verschiedenen Verlaufs diese Form als nicht zur Paralyse gehörig von dieser scheidet und dem einfachen chronischen Alkoholismus zuertheilen will, so wird dieselbe dem in diesen Zeilen vertretenen Standpunkte gemäss grade wegen dieser Verschiedenheit als eine paralytische Seelenstörung aufgefasst, der gewisse Eigenthümlichkeiten zukommen, welche sie ihrem alkoholischen Ursprung verdankt.

Es möge nun die Beschreibung einiger zur alkoholischen Paralyse gehörigen Fälle folgen, die in der hiesigen rheinischen Provinzial-Irrenanstalt zur Beobachtung kamen und mir freundlichst zur Veröffentlichung überlassen wurden. Der erst kurze Bestand der genannten Anstalt ermöglicht es leider nicht, Fälle mit längerer Beobachtungsdauer, als wie sie den vorliegenden zukommt, einzufügen. Doch werden, wie ich hoffe, auch diese genügen, die eigene Stellung, welche die Alkoholparalyse durch Aetiologie, Symptome und Verlauf einnimmt, zu verdeutlichen.

Fall 1.

E. S., Lehrer, 29 J., gelangte am 29. IX. 82 zur Aufnahme. Er stammt aus einer Familie, in der psychische Krankheiten nicht vorgekommen sein sollen, entwickelte sich normal, war bis auf ein gut überstandenes Scharlachfieber nie krank und zeigte von Jugend an gute Begabung, so dass er sich zum Lehramt vorbereitete. Nachdem er das Seminar absolvirt hatte, besuchte er zu seiner weiteren Ausbildung ein Polytechnikum und wurde dann Lehrer an einer Elementarschule seiner Heimath. Als solcher stand er bei



seinen Schülern wegen seines pädagogischen Talentes in gutem Ansehen, mit seinen Vorgesetzten dagegen gerieth er wiederholt in Conflict, so dass ihm das öffentliche Lehramt verleidet wurde. Aus diesem Grunde liess er sich im Herbste 78 als Privatlehrer an einem Knabeninstitut einer rheinischen Stadt anstellen, kam allmählich, da ihm von dem Vorsteher der Anstalt sein Gehalt nur ungenügend ausbezahlt zu werden pflegte, in grosse Noth, lebte äusserst kärglich, ass unregelmässig, oft weder zu Mittag noch zu Abend, trank jedoch stets viel Bier und Schnaps, wozu er schon früher Neigung hatte. Im Februar des Jahres seiner Aufnahme erhielt er die Nachricht von dem Tode seines Vaters, die einen sehr deprimirenden Eindruck auf ihn ausübte. Im Sommer 82 merkte er, dass sein Gedächtniss abnahm, dass es ihm schwer wurde, seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu concentriren, so dass er stets fürchtete, sich vor seinen älteren Schülern zu blamiren. Zwei Monate vor der Aufnahme fühlte er sich unwohl, hatte Brustschmerzen, klagte über Druck im Kopfe und Brausen in den Ohren, versah aber dabei immer noch seinen Beruf und vertrat sogar zeitweise einen Collegen. Zu seiner Erholung beschloss er eine Ferienreise an den Rhein zu machen, reiste aber anstatt dessen nach Belgien und kehrte schon nach wenigen Tagen nach seinem Aufenthaltsort zurück. Hier erhielt er die Kunde von dem Ableben seiner älteren Schwester, die ihm von Jugend an rathend zur Seite stand und für die er eine grosse Anhänglichkeit besass, so dass die Mittheilung ihn sehr bewegte.

Von dieser Zeit an wurde Aufregung an dem Patienten bemerkbar. Er glaubte Stimmen zu hören wie Musik, hörte die Leute über sich sprechen, sah Gestalten in allen Farben, auch zur Nachtzeit, schlief schlecht und hatte heftige Kopfschmerzen. Dem Trunke ergab er sich noch mehr wie früher, machte allerhand Verkehrtheiten, zerriss seine Briefe ohne Grund, verkaufte alle seine Kleider bis auf einen Anzug, betheiligte sich an nächtlichem Skandal, so dass er vorübergehend verhaftet wurde. Am Abend des 22. X. 82 kehrte er in grosser Erregung in seine Wohnung zurück, hielt einen bei seiner Wirthin befindlichen Arzt für einen Juden, dem er die Kleider verkauft habe und rief: „Retten Sie mich“ und „Wenn Jemand kommt, ich bin bereit“. Am 24. IX. in's Hospital gebracht, war er ganz erregt und verwirrt, wusste weder sein Alter noch seine Confession anzugeben, horchte ängstlich umher, glaubte den Commissar im Nebenzimmer zu hören, der gekommen sei, ihn zu verhaften, weil er gestohlen und Veruntreuungen getrieben habe. Dabei be-

schuldigte er sich unsittlicher Handlungen und behauptete, dass seine Braut, mit der er seit Jahren in Verkehr stand, sich seinetwegen in den Rhein gestürzt habe. Die körperlichen Symptome waren dieselben, wie sie auch in der hiesigen Aufnahmestation constatirt wurden; nur bezüglich der Pupillen bestand ein Unterschied. Dieselben waren damals weit, die rechte mehr wie die linke, und gut reagirend.

Bei der Aufnahme bot der Patient, ein kräftig gebauter Mann von 132 Pfund Körpergewicht, folgende Erscheinungen dar: Die beiden Pupillen waren mittelweit, schlecht reagirend; an beiden Augenlidern bestand Ptosis, rechterseits mehr wie links; die ganze rechte Gesichtshälfte war schlaffer. Die Zunge, beim Vorstrecken nach rechts abweichend, zeigte deutlich fibrilläre Zuckungen. An beiden Händen war starker Tremor vorhanden und beim Stehen mit geschlossenen Augen trat Schwanken ein. Die Sprache war häsitirend und undeutlich. Patient klagte über heftige Kopfschmerzen. Sensibilitätsveränderungen waren nicht nachweisbar. Psychischerseits fiel die ausserordentlich grosse Gedächtnisschwäche auf; der Kranke war tief verworren, verdöst, dabei aber doch aufgeregt, so dass über sein Vorleben von ihm keine genügende Auskunft zu erlangen war. Der Wahn geschlechtlicher Vergehungen bestand auch bei der Aufnahme, ebenso auch Gehörshallucinationen, besonders rechterseits, ohne dass an dem betreffenden Ohre ein inneres Leiden sich ermitteln liess.

In der ersten Zeit seines Aufenthaltes in der Anstalt dauerten bei S. die somatischen Erscheinungen fort, der Schlaf war schlecht und durch Kopfschmerzen gestört. Ebenso blieben die Hallucinationen und die geistige Apathie. Die Behandlung bestand in zeitweiligem Gebrauche von lauwarmen Bädern und in der inneren Anwendung von Jodkalium. Nach etwa 14 Tagen besserten sich die motorischen Störungen, die Hallucinationen und Illusionen schwan- den; Pat. liess sich durch einen Brief seiner Geliebten überzeugen, dass sie noch lebe. Zugleich wurde die Besinnlichkeit grösser, so dass er die Entstehung und den Verlauf seines Leidens gut auseinandersetzen konnte. In seinem Wesen war S. noch stets gleichgültig und erst, wenn man auf seine Krankheit zu sprechen kam, wurde er lebhafter und verrieth Sorge für die Zukunft, indem er befürchtete, die Gedächtnisschwäche werde sich nicht mehr verlieren. Nach einem Monat nahm die geistige Impotenz nach und nach noch mehr ab, das Gedächtniss kehrte zurück, so dass er im Stande war, ein Buch zu lesen, ohne das Vorhergehende zu ver-

gessen. Gegen Ende des Jahres 82 hatte der Zustand solche Fortschritte zur Besserung gemacht, dass Patient durch brieflichen Verkehr mit seinen Freunden seine Geldverhältnisse ordnen konnte und er selbst voll Hoffnung auf Genesung war. Im Januar 83 war nur noch ein höchst unbedeutender Tremor der Finger bemerkbar und gegen Ende dieses Monats war motorischerseits nichts Pathologisches mehr sichtbar und die psychische Besserung war derart, dass S. sich mit mir auch über seinem Berufe fern liegende Verhältnisse mit gutem Verständniss unterhalten konnte. Die Krankheitseinsicht war eine vollständige, indem er selbst seinem unregelmässigen und in potu ausschweifenden Lebenswandel die alleinige Schuld an seiner Krankheit zuerkannte. Im Februar konnte Patient, dessen Körpergewicht stetig gestiegen war und Ende Januar 152 Pfund betrug, entlassen werden, da ein längerer Aufenthalt in der Anstalt nicht nöthig war. Zeitweise war Patient noch reizbar und er scheint auch, was aus seinen Briefen an seine Braut ersichtlich war, durch die Krankheit eine Einbusse in seinem Gefühlsleben erlitten zu haben.

Fall 2.

A. E., Gerbermeister, 34 J., frei von erblicher Anlage, wuchs unter guten Verhältnissen auf, war gelehrig und gut beanlagt, nach der Aussage seines Bruders aber schon als Knabe etwas starrköpfig und gemüthsreizbar. Geschlechtliche Excesse sind nie bei ihm vorgekommen; dagegen ergab er sich frühzeitig dem Genusse geistiger Getränke, und besonders seit 1875 vermehrten sich diese Ausschweifungen so, dass er durchschnittlich 3 Liter Schnaps am Tage zu sich nahm. Bereits zu dieser Zeit soll er häufige Anfälle von Delirien gehabt haben. Sein Geschäft vernachlässigte er und konnte es nur mit Geldverlust führen. Seit der Zeit seines verstärkten Trunkes wurden zuweilen Wuthausbrüche an ihm bemerkt, die ohne äussere Veranlassung auftraten, zuerst seltner, in der letzten Zeit jedoch so häufig, dass sie alle zwei Tage sich wiederholten und dass seine Frau sich vor ihm nur retten konnte, wenn sie sich entfernte. Im August 82 überfiel ihn bei Gelegenheit eines Magenkatarrhs ein Krampfanfall von 15 Minuten langer Dauer, während dessen das Bewusstsein aufgehoben war. Schon vorher soll er im Wirthshaus einmal einen derartigen Anfall gehabt haben. Von dieser Zeit an wurde er noch gereizter, verbrannte ein ihm von einem Arzte gegen seinen Katarrh verschriebenes Rezept und verbat sich jeden ärztlichen Besuch, führte wirre Reden, bewaffnete sich im Bett mit einem Säbel, um gegen einen Ueberfall geschützt zu sein, äusserte

Selbstmordgedanken und hatte Hallucinationen von Thieren, Teufeln und dergl. Am Arme soll er nach Aussage seiner Frau in der letzten Zeit einen handtellergrossen schwarzen Fleck gehabt haben. Vor seiner Aufnahme war Patient tobsüchtig, zerstörte Alles, was ihm in die Hände fiel, und lief laut schreiend und polternd im Zimmer umher.

Am 27. X. 82 wurde E. der hiesigen Anstalt zugeführt, mit einem Körpergewicht von 140 Pfund, und zwar in einer solchen Exaltation, dass man ihn direct in die Isolirabtheilung unterbringen musste. Er war verwirrt und widerstrebend, sein Gesicht stark congestionirt, die rechte Pupille weiter, die Zunge belegt und nach rechts abweichend, dabei stark zitternd. Es bestand allgemeiner Tremor und Beben der Gesichtsmuskeln, besonders beim Sprechen auffallend. Die Sensibilität zeigte keine Veränderung. Die Sprache, heftig und rasch, war anstossend, der Gang bei geschlossenen Augen stark schwankend. Die Pulsfrequenz war gesteigert, die Herzdämpfung klein, die Herztöne dumpf.

Am Tage nach der Aufnahme wurde Patient etwas stiller und erzählte freimüthig, er habe viel Fusel getrunken und sei deshalb hierhin transportirt worden. Therapeutisch wurden ihm laue Bäder verordnet. Gegen Mittag des 29. X. 82 trat ein epileptiformer Anfall ein von kurzer Dauer, der abgesehen von einem Bisse in die Zunge keine weiteren Folgen hinterliess. Patient erzählte, er habe solcher Anfälle schon mehrere gehabt und war zuerst freundlich. Aber bereits am folgenden Tage nahm die Erregung wieder zu: Patient lief wiederholt mit seinem Kopfe gegen die Thür, wodurch er eine Beule acquirirte, verkaante die Personen, gab an, es seien eine Menge fremder Menschen, darunter auch Frauenzimmer, bei ihm gewesen und bewies sich sehr störrisch. Im Anfange des Novembers legte sich die Erregung, der Kranke wurde ruhiger, freundlicher und anständiger, ass und schlief gut, und auch die motorischen Störungen verringerten sich. Er hielt sich im Allgemeinen auch während der folgenden Zeit gut, erklärte selbst, sich dem Ermessen der Aerzte, die es gut mit ihm meinten, fügen zu wollen und war bescheidener. Nur ab und zu war er auffahrend und schimpfte auf diejenigen, welche ihn in die Anstalt gebracht hätten, und wollte dann von seiner Familie nichts wissen. Im Dezember nahm das Wohlbefinden relativ zu. Patient bekannte in einem Briefe an seine Frau sein Unrecht und sprach die Hoffnung aus, sie werde an der Liebe derer, denen sie mehr gehöre, Ersatz für ihn finden. Er bat dringend, man möge ihn nach Hause bringen,

wo er, wenn sein Bruder das Geschäft für ihn führe, fleissig arbeiten wolle. Anfangs Januar 1883 bestanden seine Angehörigen auf seiner Entlassung, obgleich dieselbe ärztlicherseits nicht gebilligt wurde; denn es fehlte dem Patienten doch noch die richtige Einsicht in seine Lage und Verhältnisse und auch seine Reizbarkeit war noch nicht geschwunden. Bei seinem Austritt aus der Anstalt wog er 160 Pfund.

Fall 3.

H. K., Kutscher, 49 J., erblich nicht belastet, von stets gutmüthigem Character. Seit seiner Verheirathung langjährige alkoholistische Excesse. Nach der Rückkehr aus dem Feldzug 70/71 Characterveränderung, Verdriesslichkeit, leichte Reizbarkeit, baldige Ermüdung. Vor 2 Jahren häufiges Einschlafen der unteren Glieder, pelziges Gefühl an denselben, Verschwinden der Sehnenreflexe, Abnahme der Potenz, Schlafsucht. Am 15. X. 80 apoplectischer Anfall mit 1½ständiger Bewusstlosigkeit und nachfolgender, jedoch bald verschwindender linksseitiger Lähmung. Wiederholung des Insultes nach 3 Wochen. Verstärkung des Trunkes, im letzten Jahre Unfähigkeit in seinem Dienste und Entlassung aus demselben. In den ersten Monaten des Jahres 82 geistiger Verfall neben deutlichem Hervortreten motorischer Störungen. Vergesslichkeit, unvorsichtiges Umgehen mit feuergefährlichen Dingen, Verdöstheit.

Bei der Aufnahme am 15. III. 82 Körpergewicht 134 Pfund, enge Pupillen, die rechte relativ weit. Schläffheit der rechten Gesichtshälfte, wenig fibrilläre Zuckungen der Zunge, mässige Sprachstörung, starker Tremor beider Hände, Hängen des Körpers nach rechts, Fehlen des Patellarreflexes, Rigidität der Schläfenarterien. Am Kreuzbein beginnender Decubitus, Herzdämpfung von ziemlicher Intensität und Extensität. Keine Erinnerung der letzten Vergangenheit, bruchstückweise der früheren.

In den ersten Monaten seines Aufenthaltes Verschlimmerung des Zustandes, starke trophische Störungen, Furunkel, Oedeme an den Füßen, Othämatom, sehr retardirter Stuhl, Unreinlichkeit. Gewicht ungefähr wie beim Eintritt. Kurz, der Zustand war ein derartiger, dass man dachte, der Kranke würde sich nicht mehr erholen. Im August 82 trat jedoch Besserung des Befindens ein, das Gewicht stieg langsam, der Kranke wurde kräftiger, arbeitsfähig und war dabei vergnügt. Im November zeitweiliges Wiederkehren der trophischen Erscheinungen. Ende Januar 83 körperlicher Zustand befriedigend und bis Mai unverändert, Körpergewicht 156

Pfund, Patient stets zufrieden und heiter, aber ein geistiger Aufschwung nicht constatirbar.

Fall 4.

J. P., Dienstmann, 49 J. Seine Mutter soll auffallend still gewesen sein. Nach Absolvirung der Schule wurde Patient Gärtner, war dann 12 Jahre lang Matrose auf einem Rheindampfer, darnach Eisenbahnarbeiter, Kutscher und zuletzt Dienstmann. Als solcher wurde er Gewohnheitstrinker. Bereits ein halbes Jahr vor seiner Aufnahme fiel seinen Bekannten seine trübe Stimmung auf, so dass diese ihn für gestört ansahen. Zuletzt fing er an fremdes Eigenthum sich anzueignen, unbefangen, als ob er ein Recht dazu hätte, lud auf einem Bahnhof Holz auf eine Karre, die er sich anderswo genommen hatte, liess sich Cognac geben und war erstaunt, als man Bezahlung dafür verlangte, und rühmte sich seines grossen Einkommens. Seine Stimmung wechselte öfter, bald lachte und flötete er und war ausgelassen, bald weinte er, war schnell aufgebracht und grob. Sein Schlaf war schlecht, seine Körperkräfte verringerten sich zusehends, zumal da die Lage seiner äusseren Verhältnisse eine schlechte war. Am 18. IV. 81 wurde er in eine fremde Irrenanstalt übergeführt.

Dort konnte man folgende Symptome feststellen: Die Reaction beider Pupillen war schlecht, die rechte derselben war von weiterem Umfange. Die Sprache war im Allgemeinen flüssig, nur mitunter etwas stolpernd. An den Händen bestand Tremor, der Körper hing nach rechts und Patient schwankte beim Gehen. Grössenideen waren deutlich: „Er wolle Schraubendampfer bauen mit tausend Pferdekräften, er habe sehr viel Geld, er wolle Häuser construiren, die man mit Dynamit nicht zerstören könne.“ Es schienen auch Gehörshallucinationen zu bestehen, denn er erklärte, er könne nicht in der Anstalt bleiben, weil ein Kerl in seinem Zimmer geschnarcht habe wie ein Wildschwein. Sein Eintrittsgewicht betrug 121 Pfund, nahm aber schon in einigen Monaten um 25 Pfund zu. Fast das ganze Jahr 81 hindurch war Patient unruhig, unreinlich, gewalthätig, skandalisirte, bedrohte die Aerzte, prügelte sich mit anderen Kranken; seine Grundstimmung war eine gehobene.

Ende Januar 82 mit einem Gewicht von 151 Pfund nach Bonn gebracht litt Patient einige Monate lang an einem subcutanen Abscess, war missvergnügt, über seine Lage ungehalten, dabei bettlägerig. Erst anfangs April zeigte er sich freundlicher und bewies Interesse für seine Familie, wurde körperlich kräftig und hatte Arbeitslust.

Gegen Ende Mai waren die Lähmungssymptome gänzlich verschwunden, ebenso die Grössenideen. Dabei bestand vollständige Krankheitseinsicht. Patient verlangte nach Hause, versprach zu arbeiten und nicht mehr zu trinken. Im August 82 war sein Befinden ein so gutes, dass man an seine Entlassung denken konnte. Leider wurde er anfangs September wieder schlaflos, unreinlich, verschlang die Speisen ohne Sättigungsgefühl und bekam trophische Störungen. Im Laufe des Jahres 82 besserte sich sein Zustand freilich wieder und auch sein Gewicht stieg auf 164 Pfund, aber sein psychisches Befinden erreichte doch nicht den Grad des Wohlergehens wie im September. Der Grössenwahn hatte sich bei der Verschlechterung nicht wieder eingestellt. Patient war freundlich und ruhig, jedoch die psychische Abschwächung war unverkennbar, indem der Kreis seiner Gedanken ein engerer war und er auch nicht die früher noch bemerkliche Lebhaftigkeit wiedererlangte. Sein einziger bescheiden vorgebrachter Wunsch war, zu den Seinigen zurückkehren zu dürfen. Bis Mai 1883 trat in diesem Zustande keine Aenderung ein.

Fall 5.

H. W., Droschkenkutscher, 44 J. Der Vater soll sich erschossen haben, die Mutter starb an Apoplexie. Als Knabe besuchte er das Gymnasium bis Quinta, kam dann bei einem Kaufmann in die Lehre, entlief aus derselben, wurde Bäcker, Conditior, Sandfuhrmann und Kutscher. Zweimal fing er ein selbstständiges Haudererergeschäft an, vertrank aber jeden Verdienst und kam keinen Tag nüchtern nach Hause, so dass ihm sein Besitzthum verkauft wurde. Sexuell scheint er früher extravagirt zu haben, auch soll er, was nicht genau nachweisbar ist, vor 17 Jahren luetisch inficirt worden sein. Vier seiner Kinder wurden todt geboren, drei starben in den ersten Lebensmonaten an Krämpfen und ausserdem abortirte seine Frau noch zweimal. Mehrere Kinder seines Bruders gingen ebenfalls an Convulsionen zu Grunde. Zwei Monate vor der Aufnahme wurde eine Veränderung des Wesens bei Patient bemerkbar, er ass gierig, trank noch mehr wie zuvor und war sexuell erregt. In seiner Trunkenheit gerieth er einmal unter einen Wagen und kam mit Schutzleuten in's Handgemenge, wobei er einen Schlag auf den Kopf erhielt. Von dieser Zeit an producirte er Grössenideen, zog die besten Kleider an, behauptete in einer Commode 1500 Thaler zu haben, glaubte, die Schutzleute hätten ihm eine goldene Uhr gestohlen, und war sexuell noch mehr erregt. Er schimpfte auf die gemeinste Weise, lief entblösst durch's Zimmer, stahl zweimal aus

einem Metzgerladen Fleischwaaren. Im October 82 wurde er wegen Delirium tremens in's Hospital gebracht, wofür er bei seiner Entlassung am anderen Morgen 1500 Mark Schadenersatz verlangte. Gegen seine Frau wurde er zuletzt aggressiv, bedrohte sie mit einem Messer, setzte sich eines Abends in dem Circus auf den ersten Platz, von dem er mit Prügeln entfernt wurde, versuchte einen Stall in Brand zu stecken und wurde erst, als er auf der Strasse den Anstand verletzte, von der Polizei aufgegriffen, einem Hospitale und nach 5 Tagen der hiesigen Anstalt zugeführt. In dem Hospitale waren dieselben Erscheinungen wie hier bemerkbar, jedoch die Sprache war dort sehr behindert, was seine Frau schon einige Wochen vorher wahrgenommen hatte.

Bei der Aufnahme am 24. X. 82 war sein Aussehen stark congestionirt, die linke Pupille war enorm weiter, der linke Mundwinkel stand tief, die Zunge wich nach rechts ab und zitterte, die Sprache aber war kaum behindert. der Tremor der Hände stark entwickelt, der Körper hing nach rechts, die Herztöne waren rein, aber schwach und die Arterien waren atheromatös. Patient war in exaltirter Stimmung, gab an, viel Geld verdient zu haben, in drei Feldzügen stets in der Avantgarde gewesen zu sein, ohne einen Schuss erhalten zu haben. Er habe studiren wollen „geistig“, „auf Jura“ u. s. w. Auf Nadelstiche zeigte er sich empfindlich. Das Gewicht betrug 155 Pfund.

In seinem Verhalten nach der Aufnahme war er zuerst spötelnd, lärmend, misshandelte andere Patienten, nahm ihnen ihr Essen und war unreinlich. Das Grössendelir blieb bestehen und hatte den Besitz von Geld, Pferden, Hühnern etc. zum Gegenstand. Am 14. XI. wie auch am 23. XI. schlug seine Stimmung um, er war gedrückt, in Thränen und sagte, er sei ein armer Mann. Aber schon an den folgenden Tagen kehrte die gehobene Stimmung zurück. Die motorischen Störungen schwanden im Laufe des Jahres, die Erregung mässigte sich und Patient ging zur Arbeit. Ende Januar 83 war von den motorischen Abnormitäten nichts mehr zu constatiren als eine Erweiterung der linken Pupille. Das Grössendelirium bestand noch. Der Kranke war freundlich, sein Verhalten gemessen; der ganze Eindruck, den er machte, war ein relativ günstiger. Das Körpergewicht war nicht viel von dem Eintrittsgewicht verschieden. Von Anfang April an wurde der oben erwähnte Stimmungswechsel häufiger beobachtet. Im Mai erschien der Patient noch reizbar, jedoch aussserordentlich leicht wechselnd; denn indem man seinem Drängen nach Entlassung widersprach, entflamte man ihn zum

grössten Zorne, so dass man glauben sollte, er würde aggressiv werden. Aber in dem nämlichen Augenblicke konnte man ihn zu einer so weichen Stimmung überführen, dass ihm die Thränen in die Augen traten. Grössenideen waren vorhanden, schienen aber mehr einer gewissen Prahsucht zu entspringen, so dass der Patient selbst sie aufgab, wenn man ihm zuredete. Die rechte Pupille war enger wie die linke.

Fall 6.

H. R., Steuermann, 53 J., hat eine seit mehreren Jahren geistesranke Schwester. Patient trank nach der Aussage seiner Angehörigen seit vielen Jahren stark. Seit October 78 fiel sein verändertes Wesen auf, er war ruhiger wie früher, in sich gekehrt und gedächtnisschwach. Im Juni 79 verlor er auf einer Fahrt über den Rhein plötzlich jegliches Orientirungsvermögen. Im October desselben Jahres wurde er unruhig, schrie, wollte des Nachts hinaus zum Wasser, machte im Bett Ruderbewegungen, bekam Zuckungen an beiden Armen und kannte befreundete Personen nicht mehr.

Bei der Aufnahme in eine Irrenanstalt am 22. X. 79 fiel der blöde Ausdruck und die Schläffheit der linken Gesichtshälfte auf. Pupillen mittelweit, ohne Grössendifferenzen, leichtes Zittern der Zunge und Abweichen derselben nach links, wie auch der Uvula, schleppende Sprache, schwankender Gang, Nachschleifen des rechten Beines, Stolpern beim Stehen mit geschlossenen Augen. Keine Sinnestäuschungen noch Grössendelinirien; jedoch grosse Unbesinnlichkeit. Eintrittsgewicht 159 Pfund.

Nach seiner Aufnahme war Patient unruhig, gewalthätig, vergesslich und unreinlich, verkannte seine Angehörigen, hielt sich aber körperlich gut. Dieser Zustand blieb unverändert bis zum Ende des Jahres 81, während welcher Zeit das Gewicht bis auf 140 Pfund sank. Am 24. I. 82 kam er in hiesiger Anstalt zur Untersuchung, bei welcher die körperlichen Störungen dieselben wie früher waren, nur die linke Pupille war grösser wie die rechte. Das ganze Jahr 82 war er reizbar, heftig, dabei wechselnd, bald freundlich, bald wieder mürrisch. Langsam nahmen alle Erscheinungen zu, wie das Hängen des Körpers nach rechts und der geistige Verfall und die Verblödung; das Gewicht verringerte sich auf 124 Pfund und fiel nach und nach immer mehr. Im Februar hatte der Patient einen ohnmachtsähnlichen Anfall, nach dem er sehr heftig wurde, so dass er von den übrigen Kranken entfernt werden musste. Ende April wurde Patient, nur noch 109 Pfund schwer, bettlägerig;

die Sprache war damals kaum verständlich, der Sehnenreflex erhöht, die Sensibilität unverändert; der Kranke war ganz blödsinnig. Die Kräfte des Patienten nahmen sichtlich ab, und am 8. VI. 83 trat der Tod ein.

Die von Herrn Professor Dr. Köster gemachte Section ergab: Schädel klein, der rechte Theil der Coronarnaht verstrichen. Im Stirnthheil der Dura rechts innen ein kleiner bräunlicher Fleck mit kleinem Blutextravasat; an der Basis ist die Dura der beiden hinteren Gruben mit einer ziemlich dicken, ungleichmässig mit Gefässen versehenen Membran bedeckt. Pia auf der convexen Seite stark ödematös, weisslich verdickt und fleckig getrübt; die der Basis stark injicirt, schmutzig bräunlich. Die sehr zähe Pia adhärirt an der Oberfläche der Windungen, rechts stärker wie links, so dass beim Abziehen Theile des Gehirns mitabreissen. Die Bulbi olfactorii ganz derb. Der linke Seitenventrikel weit, mit viel klarer Flüssigkeit ausgefüllt, sein Ependym mit zahlreichen punktförmigen Hämorrhagien besetzt; im rechten Seitenventrikel sind letztere spärlicher. Im dritten Ventrikel das Ependym stark injicirt. Im vierten Ventrikel sandkornförmige Verdickungen. Im Calamus scriptorius ist das Ependym röthlich gallertig. Die Grosshirnrinde beiderseits röthlich grau, ziemlich derb; weisse Substanz röthlich.

Im Rückenmarkskanal ist die Dura auf der Innenfläche etwas grau; Pia etwas verdickt und trübe. Das Mark gleichmässig fest, besonders im Brusttheil. Der Blutgehalt oben gering, in der unteren Hälfte stärker. Im oberen Halsmark die Hinterstränge röthlich grau; dann folgt nach unten eine graue Stelle im linken Seitenstrang, während die hinteren Stränge wieder klarer sind. Im oberen Theile des blutreichen Brustmarks sind die grauen Stellen nicht vorhanden, dieselben treten jedoch nach abwärts wieder auf. Dann folgt ein grauer Fleck in der Peripherie des rechten Seitenstranges, nach unten zunehmend; die Verfärbung des Stranges geht bis in's Lendenmark, an Stärke wechselnd. Das Lendenmark hat etwas grössere Consistenz, um das linke Hinterhorn herum etwas trübe Verfärbung.

Geringe pleuritische Verwachsungen; an der Spitze der linken Lunge eine kleine schiefrige Induration. Die rechte und die vordere Aortenklappe verwachsen durch eine derbe röthlich graue, in der Tiefe kalkige Masse; die Klappen verdickt. Im Anfangstheil der Aorta wenig Verdickungen. An der Rückseite des linken Ventrikels ein kleiner sehniger myocarditischer Herd. Im Fundus ventriculi eine strahlige Narbe, an der kleinen Curvatur ein gelblich gefärbtes Ulcus. Auf der Oberfläche und auf der Schnittfläche der beiden Nieren treten zahlreiche Höckerchen zu Tage.

Epicrise: In allen angeführten Beispielen ist, was ich besonders betonen möchte, die alkoholistische Aetiologie als diejenige zu betrachten, welche für die Entstehung der Krankheit allein oder wenigstens hauptsächlich verantwortlich gemacht werden muss, wobei nicht gelehrt werden soll, dass nicht auch andere Momente den Ausbruch des Leidens gefördert haben können. Die drei ersten Kranken sowie der letzte waren frei von Grössenideen; im Fall 1 und 2 waren Sinnestäuschungen vorhanden, ebenso, wenn auch weniger deutlich, bei Fall 4. Die Besserung bei dem ersten Patienten dürfte einer Genesung nahe kommen; der zweite kam eher zur Entlassung, als man es für gut fand. Bei Fall 3 und 4 trat nur relative Besserung ein, ein psychischer Schwächezustand, bei Fall 4 von einem Zwischenstadium scheinbar vollkommener Genesung unterbrochen. Bei Fall 5 besserten sich fast alle motorischen Erscheinungen; bei Fall 6 ist der Ausgang vollständige Verblödung. Alle sechs Fälle besitzen einen Verlauf, wie ihn, was noch genauer gezeigt werden soll, die gewöhnliche Paralyse nicht besitzt.

Es mögen sich an dieser Stelle noch einige Fälle von alkoholischer Paralyse anreihen, die ich abgekürzt der Literatur entnehme.

Fall 7.

(von Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatric. III, p. 189.)

Psenicnigg. Fabrikarbeiter, 44 J., stammt von dem Trunk ergebenden Eltern und war seit einigen Jahren selbst Säufer geworden. Vier Monate vor der Aufnahme wurde Patient sehr reizbar, brutal gegen seine Frau, der er eheliche Untreue vorwarf, zugleich vergesslich, arbeitsscheu und ergab sich noch mehr wie früher Alkohol-excessen. Vor 6 Wochen wurde er aufgereggt, schlaflos, ängstlich, sah Verfolger, Hunde, Katzen, hörte ihr Geschrei und entfloht oft vor Angst. Dazu kamen Kopfwach, Schwindel und in der letzten Zeit Vergiftungswahn.

Bei der Aufnahme 20. II. 76 ist Patient im Bewusstsein sehr gestört und dämmert herum. Er klagt über Untreue seiner Frau, erinnert sich nur dämmerhaft der Jüngstvergangenheit, bietet incohärenten Gedankengang und verworrene Mienc. Blöder, verschla-

ferner Gesichtsausdruck, linke Pupille weiter als rechte und von träger Reaction, starkes Zittern an Zunge, Lippen und Händen. Cutane Hyperästhesie der unteren Extremitäten und gesteigerte Reflexerregbarkeit; unsicherer Gang, langsame, durch Lippenataxie gestörte, jedoch gut articulirte Sprache.

Patient wird ruhig, schläft mit Hülfe von Opiaten, sieht ab und zu noch Thiere, Verfolger, wird zusehends dementer. Von Ende März an kommt es zu häufigen epileptiformen Anfällen, nach denen Sprache und Schlucken jeweils einige Tage sehr erschwert sind. Der Gang wird nach links überhängend, es stellt sich heftiges Zucken und Beben der Gesichtsmuskeln ein, die Sprache wird leise, näselnd. Anfang November verfällt Patient sehr und geht an Decubitus und unstillbaren Diarrhöen zu Grunde, 14. XI.

Section: Pia, ausgenommen über den Occipitallappen, diffus getrübt und verdickt und nicht ohne Substanzverlust der Corticalis abziehbar. Die Windungen des Stirn- und Scheitelhirns bedeutend verschmälert. Hydrocephalus externus und internus. Nirgends Ependymgranulationen. Gehirn blutarm, ödematös. Beginnende Atherose der Basalgefässe.

Fall 8.

(v. Krafft-Ebing's Lehrbuch. III, p. 188.)

Schrottner, 31 J., Müllerbursche, aufgenommen am 18./I. 76. Vater war Potator, Mutter litt an Krämpfen. Patient ergab sich früh dem Trunk, war seit Jahren sehr reizbar geworden, litt oft an Kopfschmerzen, Schwindel, schlechtem Schlaf. Seit einigen Monaten war er vergesslich, nachlässig im Dienst geworden. Seit einigen Tagen war er aufgereggt, schlaflos, dämmerte herum, äusserte Grössenwahn. Bei der Aufnahme grosse Bewusstseinsstörung, über Zeit und Ort nicht orientirt, verworren, erklärt sich für den Eigenthümer der Mühle, wird die verwittwete Müllerin heirathen, hat grosses Vermögen. Die rechte Gesichtshälfte weniger innervirt als die linke, fibrilläres Zucken der Gesichtsmuskeln, Tremor der Lippen und Zunge, Sprache durch bedeutende Labialataxie gestört, jedoch nicht silbenstolpernd, Gang unsicher, leicht schwankend. Puls sehr tard, 68, linke Pupille träger reagirend als die rechte. Die Sensibilität ohne Veränderungen. Patient faselt von sinnlosen Grössenwahnprojecten, will das Spital ankaufen, umbauen, erwartet seine Müllerin, die in ihn verliebt sei, weil er ein so schöner, starker Mann sei. Die motorischen Störungen wechselnd, im Grossen und Ganzen fortschreitend. Am 24. und 28. I. epileptiformer Anfall, zunehmende Demen-

tia mit intercurrenten Aufregungszuständen. Der Schlaf bessert sich auf Bäder und Chloral. Am 20. IV. neuer epileptiformer Anfall. Im Lauf des Mai klärt sich das Bewusstsein, die motorischen Störungen verlieren sich bis auf Erweiterung der linken Pupille und Zucken der linken Wangenmuskulatur bei articulatorischen und mimischen Impulsen. Patient gewinnt Krankheitseinsicht. Auch seine geistige Schwäche verliert sich, Patient wird vollkommen wieder leistungsfähig und, da bis zum 13. I. 77 keine Störungen mehr auftreten, entlassen.

Fall 9.

(Morcaux. op. cit., Observat. IV.)

T., Knopfmacher, tritt in das Asyl Bicêtre ein am 31. I. 74, hat wiederholt alkoholische Excesse begangen. Die psychischen und somatischen Störungen lassen keinen Zweifel an der Existenz der Paralyse. Seine intellectuelle Schwäche verbindet sich mit Verfolgungs- und Grössenwahn; er ist General, Kaiser, hat vornehme Bekanntschaften u. s. w. Dazu kommen Gehörshallucinationen und Vergiftungsfurcht. Die ersteren verschwinden eine Zeit lang, treten jedoch im September wieder auf. Dieser Zustand dauert drei Jahre, bis zum Januar 77, von welcher Zeit an sich eine langsame, aber fortschreitende Besserung in allen Symptomen bemerklich macht. Im Januar 78 geht T. ganz gut, kann arbeiten und ist frei von jedem Wahn. Am 18. XI. 79 bewilligt man ihm, da er zu dieser Zeit keine geistige Störung mehr zeigt, seine Entlassung, bei welcher man nur mit Mühe ein leichtes Zittern der Zunge und zuweilen einige Hindernisse in der Sprache wahrnimmt. Im April 81 bestand die Besserung noch immer fort.

Fall 10.

(Leçons cliniques par A. Voisin. p. 269.)

Legr., Weinbändler, 28 J., tritt zu Bicêtre ein am 22. I. 61. hat seit 10 Jahren alkoholischen Missbrauch getrieben, besonders in Wein. Nach dem Bericht seiner Frau hat er sich seit etwa einem Jahre vollständig geändert, ist wunderlich und heftig geworden; seit einigen Tagen hat er unsinnige Dinge auf der Landstrasse und in seinem Geschäft gemacht. Bei der Aufnahme Zittern an allen Gliedern, an Lippen, Zunge und im Gesicht, zitternde Sprache, un-aufhörliches Bewegen des Unterkiefers von unten nach oben und von oben nach unten, vollständige Gedankenincohärenz, Aeusserung von Grössenwahn. „Ich kann Wein haben, so viel wie ich will; und auf meine Unterschrift würde ich augenblicklich 100,000 Francs

bekommen“. Er ist im Stande richtige Auskunft über seinen Namen zu geben und über die Lage seiner Strasse. Am 1. Februar fängt der Kranke an spazieren zu gehen, sich mit anderen Kranken zu beschäftigen, zur Arbeit zu gehen, und zeigt viel weniger Mangel an Zusammenhang in seinen Gedanken. Am 25. II. ist der Zustand fast normal; keine Grössenideen mehr, kein Zittern der Hände und der Lippen und keine Sprachstörung. Am 15. III. verlässt Legr. die Anstalt mit keiner Folge seiner Krankheit als mit geringer Gedächtnisschwäche und stumpfem Gesichtsausdruck.

Als letzter Fall werde ein von Régis ¹⁾ veröffentlichter aufgeführt, der leider nach dem Originale nicht ausführlicher mitgetheilt werden kann, den ich daher nach dem von Tuczek ²⁾ gelieferten Berichte wörtlich folgen lasse.

Fall 11.

„Ein 40jähriger hereditär für Neurosen belasteter Mann, der seit seinem 14. Lebensjahre trank, dabei den Alkohol sehr schlecht vertrug, wurde innerhalb 12 Jahren 16mal mit allen Zeichen der Dementia paralytica in Irrenanstalten aufgenommen und jedesmal nach kurzer Zeit wieder genesen entlassen. Die namhaftesten Pariser Psychiater erklärten ihn, wie die wörtlich angeführten Gutachten zeigen, wiederholt für einen Paralytiker in vorgeschrittenem Stadium und modificirten erst später ihre Diagnose auf „chronischen Alkoholismus unter der Form oder mit Neigung zu der paralytischen Seelenstörung.“ In der That glich der Kranke in jedem Anfall, und so auch bei der letzten durch den Verf. erfolgten Aufnahme, einem blödsinnigen, euphorischen, süßenstolpernden, motorisch geschwächten, unreinen Paralytiker mit Verfolgungs- und Grössenideen, Sinnestäuschungen, Bewusstseinsstörungen, partiellen Krämpfen und epileptischen Anfällen. Alle diese Erscheinungen schwanden binnen Kurzem vollständig und es blieb nur eine leichte motorische rechtsseitige Schwäche zurück, die von einem von Aphasie vorübergehend gefolgtten apoplectischen Insult herrührte, den Patient vor einem Jahre erlitten hatte.“

Im Anschluss an diese Fälle will ich in Folgendem versuchen, kurz das Krankheitsbild der alkoholischen Paralyse

1) Un cas remarquable de pseudo-paralyse générale alcoolique par Régis. L'Encéphale. 1883. Nr. 1. p. 91—103.

2) Neurologisches Centralblatt 1883. Nr. 8. p. 186.

zu schildern mit Hervorhebung derjenigen Unterschiede, welche, wie ich glaube, dazu nöthigen, dieses Leiden gewissermassen als eine Krankheit sui generis aufzufassen und es von der gewöhnlichen Paralyse zu trennen. Es wird hierbei nothwendig sein, die letztere mit in den Bereich der Betrachtung zu ziehen, um durch eine Parallele zwischen beiden Formen die Richtigkeit des Gesagten augenscheinlich zu machen.

Es ist eine Thatsache, dass keine Krankheit psychischer Art in ihren Anfangsstadien so leicht übersehen wird wie die paralytische Geistesstörung und dass grade das sogenannte Prodromalstadium in dieser Hinsicht Schwierigkeiten bietet, die von dem praktischen Arzte, dem noch vielfach psychiatrische Erfahrungen mangeln, oft kaum überwunden werden. Hier sind die minutiösesten Veränderungen in dem Gemüths- und Seelenleben der Betreffenden von Belang, Veränderungen, die selbst lange dem Blicke der nächsten Angehörigen entgehen oder von ihnen wenigstens nicht als krankhaft gedeutet werden und über deren schon langes Bestehen in vielen Fällen erst nach Ausbruch der typischen Krankheit Gewissheit erlangt wird. Gleichwohl treten schon in dem Prodromalstadium die psychischen und motorischen Störungen mit mehr oder weniger grosser Deutlichkeit zu Tage. Meiner Ansicht nach ist das auch bei der alkoholischen Paralyse der Fall, entgegen der Behauptung von Moreaux¹⁾, welcher derselben ein Prodromalstadium abspricht: „Chèz les alcooliques, le début de la maladie diffère absolument du tableau que nous venons de tracer (de la paralysie ordinaire); on n'y trouve aucun des prodromes de la paralysie générale classique.“ und weiter: „Ainsi chèz les alcooliques, et c'est là un point très-important, le début de la maladie est brusque, la scène s'ouvre avec fracas; d'emblée, les accidents de la paralysie générale semblent vouloir atteindre leur summum.“ Demgegenüber dürfte wohl darauf aufmerksam gemacht

1) Op. cit. p. 11 u. 13.

werden, dass bei habituellen Trinkern, die unter der vernichtenden Gewalt eines alle Sphären des äusseren und inneren Lebens beeinflussenden Giftes stehen, es besonders schwer sein wird, eine Veränderung des Wesens zu bemerken. In dem unregelmässigen, unstäten Lebenswandel dieser Leute, in der bei den meisten von ihnen obwaltenden Dürftigkeit der Lebensverhältnisse, in der bei der Klasse von Menschen, der sie entstammen, mangelhaften Beobachtungsschärfe, liegen genug Momente, die es verständlich machen, wie leicht grade bei ihnen die Anfänge einer psychischen Alteration unbemerkt bleiben können. Wenn ferner Moreaux meint, dass etwa vorhergehende psychische und physische Störungen der „Domäne des Alkoholismus“ zufielen, so lässt sich darauf erwidern, dass es freilich richtig ist, dass bereits lange Zeit vor der eigentlichen nach ihm plötzlich zum Vorschein kommenden Paralyse allein dem chronischen Missbrauch der Spirituosa angehörige Schädlichkeiten sich entwickeln können, wie Delirium tremens, Convulsionen, Wuthausbrüche (F. 2 u. 5). Aber man muss doch erwägen, dass die allgemeinen prodromalen Symptomengruppen eines einfachen Alkoholismus und eines paralytischen Irreseins überhaupt nicht so scharf trennbar sind, wie Moreaux wohl denkt, und jedenfalls nur äusserst schwer diagnostisch feststellbar sind. Meines Erachtens gehen, wie ja auch Magnan annimmt, erstere meist allmählich in letztere über, unter Hinzukommen spezifisch paralytischer Symptome bis zum vollendeten Krankheitsbilde. Jedenfalls aber darf man den Beginn der Krankheit nicht in allen Fällen so stürmisch hinstellen, wie es Moreaux als Unterscheidung von der gewöhnlichen Form will, und auch aus den Krankheitsgeschichten von Moreaux kann ich die Bestätigung seiner Ansicht nicht finden. Meine Beispiele sowie die von Nasse und v. Krafft-Ebing veröffentlichten beweisen es klar, dass die paralytische Geistesstörung auch bei Alkoholikern sich nach und nach entwickelt. Vergesslichkeit, Nachlässigkeit im Dienst, Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen und, wie wohl

anzunehmen ist, die Anfänge der motorischen Defecte können schon Monate vorher bestehen und steigern sich progressiv unter Hinzutreten von etwaigen Delirien und Sinnestäuschungen bis zum völligen Ausbruch der Krankheit. Dieser kann allerdings dann durch ein mehr zufälliges Ereigniss befördert werden, wie durch eine Todesnachricht oder durch einen Conflict mit der Behörde. Aber auch ohne das können die vorläufigen Symptome von selbst exacerbiren. Der Kranke wird erregt, scheu, ängstlich, stiehlt im Gegensatz hierzu offenkundig an hellem Tage, verletzt die gute Sitte und setzt oft noch geraume Zeit sein mit dem Stempel des Krankhaften gezeichnetes Unwesen fort, ehe dieses erkannt und er der ihm so nöthigen Anstalt überliefert wird. Uebrigens soll die Möglichkeit eines mehr plötzlichen Beginnes der Krankheit nicht bestritten werden; aber sicherlich findet dieser nicht in der Allgemeinheit statt, mit welcher Moreaux es will.

Werden die Kranken bei vollendetem Leiden einer genaueren ärztlichen Untersuchung zugewiesen, so werden dieselben wohl meistens der Rubrik der Paralytiker schlechtweg zugetheilt, indem man zunächst, da die rein alkoholistische Entstehungsursache nicht genügend berücksichtigt zu werden pflegt und anfangs auch schwerlich in ihrer diagnostischen Bedeutung gewürdigt werden kann, keinen Grund zu haben glaubte, diese Kranken von einer Kategorie zu trennen, deren Hauptsymptome sie zuerst zur Schau tragen. Und doch lassen diese Kranken schon bei der Aufnahme oder kurz darnach meist mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit erkennen, dass sie sich von den gewöhnlichen Paralytikern unterscheiden. Wir erwähnten bereits im geschichtlichen Ueberblick, dass nach Hoffmann die sogenannte pseudo-paralytische Geisteskrankheit der Alkoholiker die bekannten psychischen und sogar einen Theil der gefürchteten körperlichen Erscheinungen der gewöhnlichen Form darbietet. Nasse¹⁾

1) Irrenfreund. 1870. Nr. 7. p. 102.

stimmt ihm nach seinen Erfahrungen im Grossen und Ganzen bei, jedoch, wie er sagt, mit der Modification, dass nicht bloss ein Theil, sondern die Gesammtheit der körperlichen Lähmungssymptome in dieser Form sich darzustellen pflegen, dagegen die psychischen Erscheinungen nicht unwesentliche Abweichungen von denen der wahren Paralyse zeigen. Nach den mir vorliegenden Fällen glaube ich, dass diese Ansicht Nasse's den Verhältnissen am meisten entspricht und daher als die richtige zu betrachten ist.

Was die motorischen Störungen betrifft, die man bei Alkoholparalytikern findet, so tritt uns in ihnen so ziemlich das Bild der klassischen Paralyse entgegen und zwar nach dem letztgenannten Autor in einer Vollständigkeit, dass man bei der Aufnahme zu einem Zweifel an der Diagnose der gewöhnlichen Form nicht berechtigt zu sein glaubt. Die Pupillen zeigen die bekannten Innervationsstörungen, sind bald enge, gleichen Umfanges, bald weit und weisen Verschiedenheiten auf, indem entweder die eine constant an Weite überwiegt oder indem zeitweise die eine, zeitweise die andere grössere Dimensionen besitzt. Die Zunge weicht beim Vorstrecken von der graden Richtung ab, geräth dabei in Zuckungen und fibrilläre Bewegungen. Die Sprache zeigt Veränderungen von der Norm, ist bald langsam und schwerfällig, als mache es dem Krauken Mühe zu sprechen, was theilweise wohl auch in der Amnesie derselben begründet sein mag, bald heftig und rasch, in beiden Möglichkeiten dabei zuweilen anstossend und stockend, bei anderen Kranken dagegen bis auf geringe Anstösse flüssig. Nach v. Krafft-Ebing soll die Sprachstörung in der alkoholischen Paralyse geringer hervortreten und vorwiegend auf Labialataxie, weniger auf Silbenstolpern beruhen. Beim Sprechen gerathen die Gesichtsmuskeln in Zuckungen, und namentlich um den Mundwinkel kann man das verrätherische eigenthümliche Beben der Lippen beobachten. Der Gesichtsausdruck ist meist leer und nichtssagend, eine ganze Gesichtshälfte ist oft schlaffer wie die andere und der Mundwinkel der paretischen

Seite steht tiefer. Der erste meiner Kranken hatte gut wahrnehmbare Ptosis beider Augenlider. Weiss¹⁾ gibt an, dieselbe nie bei der ächten Paralyse gesehen zu haben und verweist sie zu der Lues cerebri, während v. Krafft-Ebing²⁾ bemerkt, dass sie vorübergehend auftreten könne. In meinem Falle war Lues ganz bestimmt auszuschliessen. Ob die Angabe von Weiss richtig ist und ob daher in gegebenem Falle die Ptosis als ein Trennungszeichen von der gewöhnlichen Paralyse von Werth sein kann, muss ich dahingestellt sein lassen. Ein Hauptkriterium der alkoholistischen Form liegt nach Schüle in dem hochgradigen, spezifischen d. i. durch Willensintention gesteigerten Tremor, der nicht selten universell zu sein pflegt. In allen meinen Fällen trat anfänglich der Tremor mit grosser Deutlichkeit auf, in einem (F. 2; vergl. auch F. 10) war er universell. Der Gang der Kranken ist unsicher, steif und plump, sie schleifen mehr die Füsse über den Boden, als dass sie gehen, stolpern bei geringen Hindernissen und schwanken beim Gehen, wobei der Oberkörper nach einer Seite überhängen kann. Die Schwierigkeit im Gang fällt besonders auf, wenn man die Patienten auffordert, einige Schritte mit geschlossenen Augen zu machen; sie sind in der Regel nicht im Stande es auszuführen, ebensowenig wie sie es vermögen, bei geschlossenen Augen und aneinandergesetzten Füssen stehen zu bleiben, sondern sie gerathen sofort in's Wanken.

Vasomotorischerseits belästigt häufig der intensive Kopfschmerz unsere Patienten, der schon in dem Prodromalstadium heftiger wie bei der gewöhnlichen Form auftreten konnte (F. 1 u. 8) und auch später noch eine Zeit lang verbleiben kann. Er dürfte grade hier auf fluxioneller Hyperämie nach dem Kopfe beruhen und soll manchmal so stark sein, dass man ihn für die Diagnose der alkoholistischen Form der paralytischen Seelenstörung gebrauchen kann.

1) Weiss. Compendium p. 139.

2) v. Krafft-Ebing's Lehrbuch p. 153.

v. Krafft-Ebing und Schüle geben an, dass in letzterer die apoplectischen und epileptiformen Anfälle häufiger als in der typischen Paralyse seien, was sich in meinen Fällen nicht bekundete; doch scheint es bei dem Pat. Nr. 11 so gewesen zu sein. Es bewirkt ja auch im Allgemeinen der chronische Missbrauch des Branntweins eine Convulsibilität, welche recht wohl die Ursache besonders häufiger Insulte der genannten Art werden kann, die übrigens mit denen der gewöhnlichen Form die relative Unschädlichkeit gemein haben. Die Anfälle können jedoch auch ganz fehlen, was aber meiner Ansicht nach keinen Grund abgibt, derartige Krankheitsbilder aus dem Rahmen einer paralytischen Geisteskrankheit zu streichen, wie Weiss ¹⁾ es verlangt.

Störungen der sensiblen Sphäre sollen nach Schüle und v. Krafft-Ebing oft in ausgiebiger Weise bei der alkoholischen Paralyse zur Beobachtung kommen in Gestalt von Anästhesien, Hyperästhesien u. s. w. Von meinen Kranken fand ich nur bei Nr. 3 im Prodromalstadium Dysästhesie; wie es sich damit später gestaltet hat, kann ich nicht angeben; zur Zeit ist bei betreffendem Patient nichts dergleichen zu bemerken. Bekanntlich ist die Sensibilität in der gewöhnlichen Paralyse im Anfange unverändert und erst bei weiterem Fortschreiten tritt Anästhesie ein, die sich bis zur vollständigen Analgesie steigern kann, in einem Stadium freilich, in welchem die Untersuchung durch die bestehende Demenz sehr erschwert wird. Dem chronischen Alkoholmissbrauch dagegen ist es eigen, sensible Störungen frühzeitig hervorzurufen, die gewöhnlich auf den unteren Theil der Extremitäten beschränkt sind. Ist man daher in der Lage, bei der Untersuchung eines paralytischen Irren Sensibilitätsveränderungen zu constatiren, so wird diese Krankheitsäusserung, wofern das Leiden noch im Beginne ist, mit Fug und Recht verwandt werden können, die Krankheit auf ihre alkoholische Natur zurückzuführen.

1) Compendium, p. 180.

Sind motorischerseits, wenn überhaupt, so nur geringe Abweichungen von der gewöhnlichen Form mitunter vorhanden, treten solche auf vasomotorischem und sensiblem Gebiet manchmal schon deutlicher hervor, so bieten die psychischen Symptome mehr Anhaltspunkte zu einer Unterscheidung. Hier grade ist das „Mixtum zwischen alkoholistischen und paralytischen Symptomen“, wie Schüle es nennt, meiner Ansicht nach das Bezeichnende, und ich kann mich daher der Meinung von Moreaux ¹⁾ nicht anschliessen, der glaubt, dass immer, wenn auch für kurze Zeit die dem Alkoholismus angehörigsten Symptome bestanden hätten und das Bild der allgemeinen Form verschleierten, doch bald die Zeichen der letzteren klar zum Vorschein kämen. Meines Erachtens congruirt hierin die alkoholistische Form mit der typischen durchaus nicht, wie ich überhaupt nicht zugeben kann, dass die paralytische Geistesstörung bei ausgesprochenen Alkoholikern eine ächte allgemeine Paralyse sei. Die alkoholistischen Beimengungen, welche der Krankheit das Eigenartige verleihen, lassen sich übrigens auch durch manche der Krankengeschichten Moreaux's bis zum Ende hin verfolgen.

Die alkoholistische Färbung der Krankheit zeigt sich zunächst in der Art und Weise, wie der Grössenwahn sich verhält. Nachdem man die frühere einseitige Anschauung verlassen hat, dass Grössendelirium und Paralyse gleichsam identisch seien, weiss man, dass der Grössenwahn in seinen verschiedenen Gestalten zwar für die progr. Paralyse ein häufiges Symptom ist, dass diese aber auch ohne denselben bestehen kann. Nichtsdestoweniger bleibt der Grössenwahn eines der hervorstechendsten Symptome der gewöhnlichen Paralyse, welches die Diagnose wesentlich stützt und selten vermisst wird. In der Paralyse der Alkoholiker nun ist häufig gar keine Spur von Grössenideen vorhanden, eine gewiss zu

1) Op. cit. p. 13 u. 91.

dem Vorkommen in jener recht bemerkenswerthe Thatsache, deren auch v. Krafft-Ebing gedenkt. Bei F. 1—3 sowie bei F. 6 und 7 war dies der Fall, fast als ob die alkoholische Basis diese sonst doch charakteristische Aeusserung nicht aufkommen liess. Die Grundstimmung kann dabei mehr depressiver Art sein (F. 1) oder sie ist, was wohl öfter geschehen mag, eine gehobene, heitere und renommirende. Manchmal sind bloss Rudera von Grössenwahn zu constatiren, so dass auch hier die Einwirkung des Alkohols nicht zu verkennen ist. Es will mir scheinen, dass dieses auch stattfindet, wenn das Grössendelirium sich deutlicher zeigt. Es scheint mir der Wahn nicht so zügellos und extravagant zu sein wie in der gewöhnlichen Form, nicht so die Grenze der Möglichkeit überschreitend, nicht so zusammenhanglos, märchenhaft und barock, mehr an die früheren Lebensverhältnisse anknüpfend. Auch dünkt er mir, was ich aus mehreren Beispielen der Casuistik entnehme und was sich in meinen beiden Fällen (F. 4 und 5) entschieden zeigte, stabiler in seinen Aeusserungen zu sein, nicht so leicht wechselnd. Man muss nur, um die Wahrheit des Gesagten einzusehen, einen Alkoholparalytiker mit einem gewöhnlichen vergleichen. Während dieser, so lange sein krankes und einem raschen Verfall zueilendes Gehirn überhaupt noch diese Productivität besitzt, sich zu Regionen aufschwingt, in die ihm keiner nachfolgen kann, ist das bei jenem nicht so; es fehlt ihm die sich überstürzende Mannigfaltigkeit des Wahns, derselbe ist, möchte ich sagen, bescheidener, das Bild an Farbe blässer und ärmer.

Die alkoholische Natur des Krankheitscharacters macht sich besonders in der Beimengung von Hallucinationen und Illusionen alkoholischer Art geltend. Ueber das Vorkommen von Hallucinationen in der allgemeinen progr. Paralyse der Irren gehen die Ansichten der Forscher zur Zeit in einer kaum verständlichen Weise noch auseinander. Die einen halten dieselben für ausserordentlich selten. So spricht

Weiss¹⁾ sich folgendermassen darüber aus: „Hallucinationen sind nach den uns zu Gebote stehenden Erfahrungen ungemein selten im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung. In der grossen Reihe der paralytisch Geisteskranken unserer Beobachtung konnten wir nur in ganz vereinzelt Fällen wirkliche und unzweifelhafte Sinnesdelirien constatiren. Doch haben wir gefunden, dass jene Erscheinungen, welche man als wirkliche Delirien der Sinne bezeichnet, häufiger in der Form der chronischen Alkoholintoxikation auftreten, die oft genug unter den Symptomen der paralytischen Geistesstörung verläuft.“ Auch nach Schüle²⁾ sind ächte Hallucinationen, wenn überhaupt in der klassischen Paralyse vorkommend, äusserst selten. v. Krafft-Ebing erwähnt Sinnestäuschungen bei der Paralyse gar nicht. Demgegenüber haben aber andere Autoren auf das nicht seltene Vorkommen von Hallucinationen in der allgemeinen Paralyse hingewiesen, zuerst, meines Wissens, Claus³⁾, der in einer Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin an einer Reihe von Fällen das Auftreten von ächten Hallucinationen besonders des Gesichts und des Gehörs zeigte. Sehr scharf tritt J. Mickle⁴⁾ für dieselben ein, indem er sagt: „That hallucinations and illusions are more frequent and important in general paralysis than is generally recognised; that in general characters the hallucinations of general paralysis are often of short duration, recurring, variable, non systematized, numerous, absurd, crude,

1) Weiss. Compendium. p. 112.

2) Schüle's Handbuch. p. 517.

3) Claus. Ueber das Vorkommen von Hallucinationen bei der Dementia paralytica. Vortrag, gehalten in der 32. ordentl. Vers. des psych. Vereins zu Berlin 15. Juli 1878, siehe in Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Band XXXV. 1879. p. 551.

4) J. Mickle. Hallucinations in General Paralysis of the Insane, in The Journal of Mental Science. London. Nr. C. XXI. April 1882. Vergl. auch desselben Autors Werk: General Paralysis of the Insane. 1880. p. 16 u. 19.

and, sometimes, disconnected, contradictory inter se, inobtrusive, and extremely pleasurable or painful.“ Die in Bonn gemachten Erfahrungen bestätigen es durchaus, dass Hallucinationen bei ächten Paralytikern häufig beobachtet werden. Das Besondere der alkoholischen Paralyse liegt nun, wie ich glaube, bezüglich der Hallucinationen und Illusionen darin, dass dieselben, und zwar vorzugsweise solche des Gesichts, immer deutlich den alkoholischen Character an sich tragen, also schreckhafter und peinlicher Art sind. Die Kranken sehen Verfolger, oft in der Form von Thieren, schwarzen Gestalten und Teufeln, hören dann wohl auch über sich sprechen, sich beschimpfen, verdächtigen, kommen dadurch zu Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, wie z. B. dass sie vergiftet oder wegen begangener Verbrechen bestraft würden, und gerathen dadurch in ängstliche Aufregung, in welcher sie ihrer Umgebung durch aggressives Vorgehen gefährlich werden können. Die Hallucinationen und Wahnideen zeigen sich nicht nur dann, wenn kein Grössenwahn zu Stande kommt, sondern auch neben diesem, so dass die Krankheit dadurch ein eigenthümliches Gepräge erhält. Häufig sind die Sinnestäuschungen und Illusionen auch dadurch alkoholisch angehaucht, dass sie sich auf sexuelle Dinge beziehen. Die Untreue der Frau spielt in dem Wahn eine grosse Rolle. (F. 7). Auch Ideler erklärte in der oben erwähnten Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin, dass man bei Paralyse auf alkoholischer Grundlage oft Hallucinationen geschlechtlichen Inhalts finde. Es sei jedoch bemerkt, dass, was ja auch aus den mitgetheilten Krankengeschichten erhellt, die Hallucinationen ganz fehlen können (F. 4—6).

Uebereinstimmend mit der progressiven Form wird in der Alkoholparalyse bei der Aufnahme in der Regel eine tiefe Störung des Bewusstseins wahrgenommen, eine grosse Verwirrenheit und psychische Verwirrung, eine intensive Gedächtnisschwäche, so dass die Kranken sich in einem gewissen Dämmerzustand befinden. Ihre Erinnerung an die Jüngst-

vergangenheit ist geschwunden, seltner die an ihr früheres Leben, welche aber auch mangelhaft sein kann.

Wie in der Aeusserung der ersten Symptome eine Differenz zwischen der alkoholischen und der gewöhnlichen Paralyse erkennbar ist, so leuchtet eine solche besonders in dem weiteren Verlaufe hervor. Werfen wir, um uns von der Wahrheit dieser Behauptung besser überzeugen zu können, einen Blick auf die Verlaufsweise der gewöhnlichen Form. Es ist dieser Krankheit eigen, dass der Krankheitszustand, nachdem die ersten Zeichen desselben bis zu der Möglichkeit einer bestimmten Diagnose sich etablirt haben, allmählig immer auffallender wird, dass alle Symptome unter der Mitwirkung von eingeschobenen Exaltationszuständen prägnanter werden und schärfer zu Tage treten, trotz der Aufnahme in die Anstalt, welche ja nur einen wohlthätigen Einfluss ausüben kann. Die Articulation der Sprache wird schwieriger, mitunter bis zur vollständigen Unverständlichkeit, die Bewegungen werden noch unsicherer, das Gedächtniss wird, wenn aus den gesunden Tagen ein Bruchstück zunächst gerettet war, noch schlechter, die Sinne werden stumpf und erlöschen unter Verschwinden des Grössendeliriums, und der Verfall der motorischen und psychischen Funktionen schreitet von Monat zu Monat sichtbarer fort bis zur vollständigsten Hilfslosigkeit und Demenz, in welcher von einem individuellen Leben nicht mehr die Rede ist, das Dasein vielmehr nur einer bedauernswerthen Vegetation gleicht. In der kurzen Zeit von 2—3 Jahren ist gewöhnlich diese mit unerbittlicher Sicherheit zum tödtlichen Finale eilende Tragödie ausgespielt. Das Characteristische der Krankheit ist also das stets Progressive, die Zunahme aller Erscheinungen von Anfang an, welche in dem in sehr kurzer Zeit eintretenden und vollkommenen Verfall der geistigen Kräfte sowie der ganzen Persönlichkeit gipfelt. Dieser in so hohem Grade progressive Krankheitscharakter wird nur dadurch etwas verwischt und in seiner Reinheit getrübt, dass die sog. Remissionen sich einschieben, Zeiten, die eine wirkliche Genesung nur zu leicht

vortäuschen können. Hierüber sagt Schüle: „Wesentlich gehören in das Verlaufsbild der klassischen Paralyse die selten ganz fehlenden lucida intervalla, in welchen der Kranke nicht bloss eine leidliche, sondern nicht selten eine anscheinend so vollständige Befreiung von seiner Krankheit darbietet, dass derselbe als genesen imponirt. Es kommen zwar zweifelloose Genesungen vor, aber sie sind verschwindend selten. In weitaus der grössten Mehrzahl der Fälle handelt es sich aber um diese freien Zwischenräume, welche wunderbarer Weise selbst in weitgediehener Krankheitsentwicklung eintreten und Wochen und selbst Monate dauern und namentlich in forenser Beziehung bezüglich etwaiger Rechtshandlungen des Kranken eine sehr grosse Wichtigkeit erlangen können. Im Allgemeinen muss hier der Grundsatz gelten, dass die Kranken auch im declarirten lucidum intervallum nicht genesen sind, sondern nur in einer Remission der Krankheit sich befinden.“ In Betreff des letzteren Gesichtspunktes dürfte wohl wahr sein, was v. Krafft-Ebing bemerkt: „Immer zeigen die Remissionen indessen Züge von geistiger Schwäche, gelockertes Vorstellen, leichtere Bestimmbarkeit, grössere Reizbarkeit, allerlei Charakteranomalien. Dabei ist die Einsicht für das Krankhafte der überstandenen Krankheitsperiode meist eine unvollkommene. Auch die Physiognomie bleibt meist pathologisch verändert. Motorische Störungen, leichte Schwindel- und Congestivanfälle zeigen sich ab und zu und verrathen das Fortbestehen schwerer Hirnveränderungen.“ Man darf daher sagen, dass die Remissionen an der schnellen progressiven Natur der *Dementia paralytica* nicht viel ändern.

Diesem Bilde gegenüber besteht in der paralytischen Geistesstörung der Alkoholiker der grosse Unterschied, dass ihr, wie Nasse¹⁾ hervorhebt, der stets fortschreitende Typus der Symptome abgeht. Er fasst das Resultat der Zusammenstellung seiner 9 Fälle dahin zusammen: „In auf-

1) Irrenfreund 1870, Nr. 7. pag. 105.

fälliger Weise schwinden oder ändern sich nun beide Symptomenreihen (die motorische und psychische) gewöhnlich rasch nach der Aufnahme, und was im Laufe der fortschreitenden Besserung von jenen zurückbleibt, ist höchstens ein leichtes Beben des Gesichts, eine etwas gehobene, aber weiche, leicht zur Rührung geneigte Stimmung und eine gewisse Energielosigkeit der Affecte, sämmtlich Erscheinungen, wie wir sie auch bei habituellen Trinkern als gewöhnliche beobachten. Es fehlt also diesen Fällen vor Allem die Beständigkeit der körperlichen und geistigen Symptome, und in letzter Hinsicht besonders der der Paralyse eigene rasche Zerfall des Ichs, so dass man sie überhaupt besser als Exaltation mit geistiger Schwächung bezeichnen könnte.“ Es lässt sich das Gesagte bei allen trunksüchtigen Paralytikern erkennen. Sehen wir zu, wie sich bei ihnen im Einzelnen die Krankheit weiter gestaltet.

Fast alle Patienten dieser Art kommen in grosser Erregung zur Aufnahme, was sich auch äusserlich an ihrem congestionirten Aussehen verräth, so dass sie nicht selten direkt isolirt werden müssen. Wenige Tage des Aufenthaltes in der Anstalt genügen in der Regel, um diese Exaltation in etwa zu mässigen. In einer Anzahl von Fällen nehmen nun in verhältnissmässig kurzer Zeit, von Tagen bis zu Wochen, bald plötzlich, bald mehr allmählich, unter Wiederkehr einer mehr ruhigen gleichartigen Stimmung die Lähmungssymptome und Hand in Hand damit die psychischen Störungen an Intensität ab, was so schnell bei der gewöhnlichen Paralyse nie geschieht und auch nie in so vollständiger Weise. Das zeigt sich z. B. in Fall 1. Der Kranke wird bald weniger congestionirt, die Kopfschmerzen werden weniger stark, alle motorischen Beschwerden verringern sich, der Schlaf kehrt zurück, Patient fühlt selbst, dass es ihm wohler wird und hegt Genesungszuversicht. Die Hallucinationen und Illusionen mit den durch sie bewirkten ängstlichen Affecten hören auf, das Bewusstsein klärt sich, es stellt sich Krankheitseinsicht ein. Wo Grössendelirium vorhanden ist, lässt

dieses nach. So ist bei vielen Kranken schon nach relativ kurzer Zeit, nach wenigen Monaten oder gar Wochen (Fall 10), ein Zustand erreicht, der die Schwere der überstandenen Krankheit kaum mehr ahnen lässt, und der dem Arzte die Berechtigung gibt, dieselben ihrer Familie zurückzuerstatten, ein Effekt, wie er bei der Paralyse schlechtweg nie so vollständig, total und rasch erzielt wird. Manchmal dauert es länger, ehe die Besserung erscheint, wie z. B. in Fall 8, wo die Höhe der Krankheit erst durch das Auftreten epileptiformer Insulte etc. erstiegen werden muss, ehe der günstige Ausgang zum Vorschein kommt. Erwähnt werde noch, dass die Abnahme namentlich der körperlichen Symptome nach Entziehung des Alkohols oft so schnell eintritt, dass man in der Anstalt nicht genau dieselben Veränderungen findet, wie sie etwa wenige Tage vorher bei der ersten Untersuchung sich zeigten. (Fall 1 u. 5.)

In anderen Fällen ist die Besserung aller Symptome nur eine unvollständige, eine relative (Fall 3—5). Die Kranken bleiben zunächst unruhig, erregt, streitsüchtig und unreinlich, und es kann selbst zu bedenklichen trophischen Störungen kommen. Zwar nimmt auch hier die Stärke der Krankheitszeichen in etwa ab, aber erst später wird es klar, dass man es, abgesehen von der Differenz der Symptome, nicht mit dem Verlaufe einer typischen Paralyse zu thun hat, da weder der somatische noch der psychische und intellectuelle Verfall so gross und schnell ist, wie bei dieser. Kurz, es ist ein psychischer Schwächezustand, der sich ausbildet, der nicht so schnell einem ominösen Ende zueilt, sondern der längere Zeit stationär bleibt. So ist z. B. der Eindruck, den die Kranken Nr. 3 u. 4 machen, nicht der eines gewöhnlichen Paralytikers. Der erste derselben bot einmal durch die Hochgradigkeit, mit welcher trophische Störungen sich zeigten, eine selbst quo ad vitam ungünstige Prognose und doch erholte er sich so, dass er wieder arbeitsfähig wurde und in geistiger Beziehung kommt er auch nicht einem gewöhnlichen Paralytiker gleich. Bei Nr. 4 ist der Zustand zur Zeit

(Mitte Juni) ein durchaus befriedigender; der Grössenwahn ist, selbst als sich die so auffallend gute Besserung im vorigen Jahre nicht bewährte, nicht zurückgekehrt, das Gedächtniss ist augenblicklich ein ziemliches, der Kranke ist bescheiden, still und ruhig, und, wenn er auch in geistiger Beziehung nicht ganz zur Norm zurückgekehrt ist, so ist doch das Maass des ihm verbliebenen geistigen Besitzthums ein verhältnissmässig grosses. Auch bei Pat. 5 darf man nicht einwenden, dass, weil das Grössendelirium und die Erweiterung der Pupille geblieben sei, der Fall nicht weit von dem einer gewöhnlichen Paralyse entfernt sei. Man muss einen solchen Kranken selbst sehen, ihn nach der noch vorhandenen Grösse seiner geistigen und intellectuellen Fähigkeiten prüfen, wahrnehmen, wie viel Selbstständigkeit er noch besitzt, und man wird sich überzeugen, dass eine geistige Abschwächung wohl vorhanden ist, dass aber der Krankheitszustand demjenigen eines in gleicher Krankheitsperiode befindlichen gewöhnlichen Paralytikers nicht entspricht, sondern ein qualitativ verschiedener ist. In einer Reihe von Fällen steigert sich der psychische Schwächezustand dann allerdings bis zur gänzlichen Demenz (Fall 6), aber es geschieht das langsamer, nicht so progressiv wie bei der gewöhnlichen Form, indem das Befinden sich längere Zeit auf einer gewissen Stufe behauptet, dann ein leidliches ist und erst allmählich zum vollständigen Blödsinn übergeht, in welchem der Tod erfolgen kann.

Dass dieses Bild im Ganzen der einen von Weiss aufgestellten Form des chronischen Alkoholismus entspricht, ist ersichtlich, nur fassen wir dasselbe als ein paralytisches auf, dem im Vergleich zu der typischen Form eine Sonderstellung gebührt.

Das Gemeinsame in allen zur alkoholischen Paralyse gehörigen Fällen ist, was wir im Anschluss an das Ergebniss Nasse's noch einmal besonders betonen wollen und worauf wir differentiell-diagnostisch den grössten Werth legen, die Thatsache, dass unserer Form nicht das stets und unaufhörlich Progressive in allen Symptomen in dem Grade

zukommt, wie der gewöhnlichen Paralyse, und dass insbesondere auch der geistige Verfall nicht so gross ist und so schnell eintritt wie bei der letzteren. Wir sehen, dass unsere Patienten, nachdem sie durch die Aufnahme in die Anstalt von dem schädlichen Einflusse der bis zuletzt noch wirksamen Krankheitsursache, von dem Einflusse des Alkohols, entfernt worden sind, sich allmählich beruhigen, bald nach kürzerer Zeit, wenn die Krankheit bereits die Höhe erreicht hatte, bald nach längerer, wenn das nicht der Fall war. Es werden dann nicht wie in der Paralyse schlechtweg die Krankheitserscheinungen auch unabhängig von dem Aufenthalt in der Anstalt von Tag zu Tag auffallender, sondern sie treten im Gegentheil zurück, indem bei vielen Kranken ein fast normales Befinden zurückkehrt, während sich bei anderen ein Schwächezustand ausbildet, der, wenn auch schlimmsten Falls mit der Zeit zur vollkommensten Demenz führend, doch nicht die schnell progressive Natur der gewöhnlichen Paralyse besitzt, sondern der längere Zeit dauernd und stationär bleibt. Es sei ferner besonders darauf aufmerksam gemacht, dass unseren Kranken, wenn die Höhe der Krankheitssymptome abgeklungen ist, ein grösseres Maass geistiger und intellectueller Fähigkeiten verblieben ist, wie den gewöhnlichen Paralytikern, mag nun der Ausgang Genesung oder nur relative Besserung sein. Denn auch in letzterem Falle ist der Zerfall des Ichs, der ganzen Persönlichkeit kein so hochgradiger, die intellectuelle geistige Schwächung keine so bedeutende und tritt nicht so schnell ein wie bei einem typischen Paralytiker.

Aus den Krankengeschichten ergibt sich, dass die paralytische Geistesstörung bei Alkoholikern auf verschiedene Weise endigen kann, in Genesung, in relative Besserung und Tod. Nach Nasse ist der Uebergang in Genesung zwar nicht selten, der gewöhnliche Ausgang aber nur relative Genesung mit psychischer Schwäche. Wie vollständig die Wiederherstellung sein kann, geht aus einigen Beobachtungen hervor, die zeigen, dass die betreffenden Patienten wieder

im Stande waren, ihren früheren Geschäften mit Erfolg sich zu widmen, sich anstrengender geistiger Arbeit zu befeissigen und an den öffentlichen Angelegenheiten durch Jahre sich zu betheiligen. Auf jeden Fall, so dürfen wir wohl behaupten, kommt der alkoholischen Paralyse ein günstigerer Verlauf zu als der gewöhnlichen Form, ein Verlauf, der eine gewisse Besserung nicht ausschliesst, der aber auch manchmal dauernde Heilung mit sich bringt. Nach Schüle und v. Krafft-Ebing, welcher Letzterer auch zugibt, dass die alkoholische Paralyse sich gänzlich zurückbilden oder doch mit Defect heilen kann, liegt ein Hauptunterschied zwischen der alkoholischen und der gewöhnlichen Paralyse in dem acuten, meist nur Monate betragenden Verlauf. Es dürften damit wesentlich die Fälle gemeint sein, in welchen nach kurzer Dauer der Krankheitshöhe eine ziemlich ausgesprochene oder mehr unvollständige Besserung sich geltend macht, offenbar dadurch, dass der Alkohol nach der Aufnahme nicht mehr direct wirksam ist und aufhört die Erscheinungen zu steigern. Nach der von Moreaux gelieferten Statistik über 100 Fälle alkoholischer Paralyse trat diese Besserung von allen Krankheitssymptomen bei 80 innerhalb der ersten 6 Monate vom Beginn angerechnet ein, bei 12 innerhalb eines Jahres, bei den übrigen in 1—3 Jahren. Es wäre daher die Angabe von Schüle und Krafft-Ebing den wirklichen Verhältnissen im Ganzen entsprechend, wenn man, worüber sogleich die Rede sein wird, mit dieser Besserung den Krankheitsverlauf für abgeschlossen ansieht, es würde dieselbe aber einer Correctur bedürfen, wenn man, wie ich es thue, mit Moreaux die Besserung nur als eine allerdings sehr ausgeprägte Remission betrachten will.

Denn, so müssen wir uns fragen, ist das Stadium der Besserung resp. Genesung nicht doch am Ende nur eine besonders deutliche Remission, hängt nicht auch über unseren Kranken wie ein Damoclesschwert beständig das traurige Schicksal, früher oder später einem ähnlichen Ende anheimzufallen, wie es in der gewöhnlichen Paralyse die Regel ist?

Wenn man die von Moreaux¹⁾ gelieferten Zahlenangaben liest, welche lehren, dass von 78 alkoholischen Paralytikern bei 22 die Besserung 1—6 Monate, bei 26 ungefähr 1 Jahr, bei 10 etwa 18 Monate, bei den übrigen bis zu 10 Jahren dauerte, dass ferner, was auch Fall 11 schön zeigt, oft bei demselben Kranken die Krankheit mit gleichem Typus wie bei der ersten Erkrankung sich wiederholte, so bin ich geneigt, mich seiner Ansicht anzuschliessen, dass es sich auch in der alkoholischen Paralyse um Remissionen handele, die bei Alkoholikern, freier, vollständiger und häufiger seien als bei den Patienten der typischen Form. Man käme dann meines Erachtens zu dem Resultat, dass der Verlauf der alkoholischen Paralyse ein viel langsamerer sei als der gewöhnlichen Paralyse, was sowohl für die Fälle passen würde, in welchen schon bald eine Besserung resp. Remission sich bemerklich macht, als auch für die, in welchen die charakteristischen Symptome einem dauernden Schwächezustand nach längerer oder kürzerer Zeit Platz machen. Die Krankheitsbilder, wie wir sie mitgeteilt haben, würden hiernach nur ein Glied resp. Phase einer einzigen Krankheit darstellen. Dadurch wird dann auch das, was wir oben als das Bezeichnende unserer Form hingestellt haben, der Mangel des schnell Progressiven der gewöhnlichen Form und der verhältnissmässig geringe geistige Zerfall, nicht umgestossen, sondern gradezu gestützt. Aber dass die Krankheit als solche eine Genesung nicht zulasse, dürfen wir aus der Statistik nicht entnehmen. Denn es ist eine ausgemachte Thatsache, dass die meisten, wenn nicht alle, der in die Freiheit zurückgekehrten Patienten später trotz aller guten Vorsätze wieder zu Potatoren werden. Man braucht sich daher nicht darüber zu wundern, wenn bei wiederholter Einwirkung der primären Krankheitsursache ein Recidiv erfolgt, welches heftiger wirken kann, weil es einen geschwächten Körper trifft, und das viel-

1) Op. cit. p. 21, 22 und 91.

leicht die Gehirnveränderungen setzt, welche eine vollkommene Wiederherstellung nicht mehr möglich machen.

Mit den letzterwähnten Fragen in Zusammenhang steht die, welche Stellung der alkoholischen Paralyse in Hinsicht auf die gewöhnliche Form einzuräumen ist. Von Nasse, sowie vorher andeutungsweise von Hoffmann und Brosius wurde dieselbe, wie bereits bemerkt ist, als eine pseudoparalytische Störung aufgefasst und von dem ersten Forscher als Pseudoparalysis e potu bezeichnet. Man muss gestehen, dass die von der gewöhnlichen Form verschiedene Art der Symptome und des Verlaufs für eine derartige Anschauung spricht und dass es, um an den Unterschied von der eigentlichen progr. Paralyse zu erinnern, wohl angezeigt ist, diese Bezeichnung, der wir uns gerne anschliessen, zu wählen. v. Krafft-Ebing lässt die Frage, ob es eine Pseudoparalyse ist, offen. Schüle sieht das Leiden für eine modificirte Paralyse an, womit ja auch der in diesen Zeilen vertretene Standpunkt übereinstimmt, so dass ich, wie bereits gesagt, die Ansicht von Moreaux nicht theile, der behauptet, es stelle sich immer bei Alkoholikern das volle Bild der klassischen Paralyse ein.

Fassen wir das Resultat unserer Betrachtungen zusammen, so ist es das, dass sich die paralytische Geistesstörung bei Alkoholikern als sehr verschieden von der allgemeinen progr. Paralyse erweist, indem die Initial- und Verlaufssymptome spezifisch alkoholistisch gefärbt sind, indem ferner der Krankheit der ausserordentlich progressive Charakter abgeht, der die typische Form kennzeichnet, da die Höhe der Krankheitssymptome in der Regel schnell abblasst, anstatt dass dieselben zunehmen und indem der Verlauf im Vergleich zu denjenigen der gewöhnlichen Form ein langsamerer und verhältnissmässig günstiger ist und der Zerfall der geistigen Kräfte nie so schnell eintritt, wie es in der typischen Paralyse geschieht.

Erwähnt werde endlich noch, dass nach der Ansicht der Autoren die anatomischen Befunde bei der alkoholischen

Paralyse im Allgemeinen mit denjenigen der gewöhnlichen Form in Uebereinstimmung stehen sollen. v. Krafft-Ebing will niemals Ependymgranulationen, wie bei der letzteren, gefunden haben. Allein wir sind über die Beziehung auch der gewöhnlichen Form zu einer bestimmten Art des klinischen Auftretens bis zur Stunde noch nicht genügend unterrichtet. Man darf vielleicht annehmen, dass grade bei der alkoholischen Paralyse die Erscheinungen in den Anfangsstadien auf Congestivzuständen nach dem Gehirn beruhen und dass die zunächst gesetzten pathologischen Veränderungen, wenn die Zufuhr des Alkohols früh genug aufhört, noch einer Rückbildung fähig sind. Man würde deshalb grade bei Patienten dieser Art berechtigt sein, im Anfange eine resorbirende Behandlung mit Jodkalium und ein gelinde ableitendes Verfahren in Anwendung zu ziehen.

* * *

Am Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medicinalrath Prof. Dr. W. Nasse, Director der rheinischen Provinzialirrenanstalt zu Bonn, meinen herzlichsten Dank auszusprechen für die vielfache Unterstützung, welche er mir bei der Anfertigung dieser Arbeit angedeihen liess und für die Erlaubniss der Veröffentlichung vorliegender Fälle. Zu besonderem Danke bin ich auch dem ersten Assistenzarzte der Anstalt, Herrn Dr. Schuchardt, verpflichtet, welcher mir mit stets gleicher Bereitwilligkeit bei der Krankenvisite behülflich war.

V i t a.

Geboren wurde ich, Joh. Theodor Dörr, ev. Confession, am 19. Januar 1860 zu Velbert im Regierungsbezirk Düsseldorf. Vorbereitet in der Elementarschule meines Heimatsortes besuchte ich vom Herbste 1869 an das Gymnasium zu Elberfeld und, nachdem meine Eltern von dort verzogen waren, das Gymnasium zu Bonn, welchem ich vom Herbste 1873 bis Ostern 1879 angehörte. Von demselben mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, begann ich im Sommer des Jahres 1879 mein medicinisches Studium auf der hiesigen Hochschule. Im Februar 1881 bestand ich das Tentamen physicum, genügte im Sommer desselben Jahres meiner militärischen Dienstpflicht zu Freiburg i. Br. und bezog nach dieser Zeit wieder die hiesige Universität.

Dem Examen rigorosum unterzog ich mich am 13. Juli 1883.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Docenten:

Binz, Burger, Busch, Clausius, Doutrelepont, Engesser, Finkler, v. Hanstein, A. Kekulé, Köster, v. Leydig, Madelung, W. Nasse, Nussbaum, Obernier, Pflüger, Ribbert, Rühle, Saemisch, Schaaffhausen, Schulz, Trendelenburg, Troschel, Ungar, von la Valette St. George, Veit, Walb, Wolffberg, Zuntz.

Allen diesen hochverehrten Herren spreche ich hiermit meinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

1. Die Bildung des Ersatzlappens für die durch Lupus ganz oder theilweise zerstörte Nase darf sich zeitlich nicht unmittelbar an die Beseitigung des localen Krankheitsprocesses anschliessen.

2. Die biliöse Pneumonie ist eine Infectionskrankheit.

3. Bei der Typhusdiarrhoe soll Opium nicht in Anwendung gezogen werden.

Opponenten:

Sp. Caracoussi, stud. med.

H. Crone, Dr. med.

J. Katzemich, cand. med.



14705