

I.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik in Kiel
(Prof. Siemerling).

Zur Lehre vom Korsakow'schen Symptomen- complex¹⁾.

Von

Dr. **E. Meyer** und Dr. **J. Raeeke**,

Privatdocent und Oberarzt

I. Assistenzarzt

der psychiatrischen und Nervenlinik zu Kiel.

~~~~~  
Die Mittheilungen Korsakow's über den jetzt nach ihm zumeist benannten Symptomencomplex haben eine Reihe Veröffentlichungen im Gefolge gehabt, die sich besonders in 2 Richtungen erstreckten.

Es handelt sich einmal um die Frage, ob bei allen Fällen von Korsakow'schem Symptomencomplex thatsächlich, wie Korsakow selbst es angenommen hatte, eine Polyneuritis sich findet.

Dieser Punkt ist jedenfalls soweit geklärt<sup>2)</sup>, dass die Mehrzahl der Autoren die Ansicht vertritt, dass zwar Polyneuritis und Korsakow'scher Symptomencomplex sehr häufig zusammen beobachtet werden, dass aber keineswegs ein constanter causaler Zusammenhang besteht, da nicht wenige Fälle von Korsakow ohne Neuritis beobachtet sind. Es besteht vielmehr jetzt die Anschauung, dass, wo sie zusammen vorkommen, beide auf derselben ätiologischen Grundlage beruhen.

Ist man sich somit über diese Frage im Ganzen einig, wenn auch in den Lehrbüchern der Name „Polyneuritische Psychose“ sich noch findet, so sind darüber die Ansichten noch getheilt, ob der Korsakow'sche Symptomencomplex auf eine bestimmte ätiologische Grundlage beschränkt ist, oder ob er bei verschiedenen ursächlichen Momenten vorkommt.

---

1) Vergl. E. Meyer, Der Korsakow'sche Symptomencomplex. Münch. med. Woch. S. 1591 und Ders., Ebenda. S. 1685. (Physiolog. Verein in Kiel.)

2) Ganz besonders hat Jolly (Ueber die psychischen Störungen bei Polyneuritis. Charité-Ann. 22. Jahrg.) zur Lösung dieser Frage beigetragen.

Die Veröffentlichungen der letzten Jahre scheinen entschieden für letztere Annahme zu sprechen, denn wir finden den Korsakow'schen Symptomencomplex nach Infectionskrankheiten verschiedener Art, Typhus, Influenza, Erysipel u. a. beschrieben, ferner nach Traumen, bei Hirntumoren, als Form der senilen Geistesstörung, bei Intoxicationen u. s. w., wenn auch alle Autoren darin einig sind, dass die bei weitem häufigste und wichtigste Ursache der chronische Alkoholismus ist.

Dem gegenüber kommt Bonhoeffer, der sich in seiner Monographie „Die acuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker“ eingehend mit der Korsakow'schen Psychose beschäftigt, zu dem Schluss, dass diese eigentlich ein chronisches Delirium tremens sei, dass man jedenfalls genöthigt sei, die Korsakow'sche Psychose als alkoholistische Psychose aufzufassen. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Behauptung führt Bonhoeffer vor allem an, dass die typische Form der Erkrankung stets ein Vorstadium habe, dass durchaus dem Delirium tremens entspreche, und dass bei dieser Verlaufsart nach seiner Beobachtung stets der chronische Alkoholismus als Grundlage nachweisbar sei. Dasselbe gelte für die Fälle von Korsakow'scher Psychose, die sich aus einem „stuporösen“ Zustande herausbilden, in dem die Kranken schlafsüchtig und benommen erscheinen. Zwei weitere Arten der Entwicklung, die „epileptiforme“ und die „langsame“, seien auch bei andern ätiologischen Momenten beschrieben, doch scheint Bonhoeffer die Zugehörigkeit der betreffenden Fälle zu der Korsakow'schen Psychose noch nicht für sicher bewiesen zu halten.

Bei der Durchsicht der hierher gehörigen Fälle — soweit sie uns in extenso zugänglich waren — lässt sich allerdings nicht verkennen, dass früher vielfach Krankheitsbilder der Korsakow'schen Psychose zugezählt sind, die offenbar nichts damit zu thun haben. Es sind ganz besonders wiederholt Fälle von Psychosen bei acuten Infectionskrankheiten, die das Bild traumhafter Verwirrtheit mit Sinnestäuschungen boten — wir nennen hier als Beispiel einen von Gudden<sup>1)</sup> angeführten bei Pneumonie — dahin gerechnet, die, mit dem Ablauf der acuten Infectionskrankheiten ebenfalls sehr bald zurücktraten, und denen der Symptomencomplex von Abnahme der Merkfähigkeit, Unorientirtheit Confabulationen bei durchaus ruhigem, geordnetem Wesen, der ja grade dem Korsakow'schen Krankheitsbilde sein eigenartiges Gepräge giebt, fehlte.

Ausserdem muss besonders betont werden, dass bei dem Korsakow'schen Symptomencomplex Sinnestäuschungen — von dem Anfangs-

---

1) Gudden, Beitrag z. Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis. Arch. f. Psych. 28. S. 642.

stadium natürlich abgesehen — nur zeitweise wieder auftauchen und jedenfalls nicht beständig vorhanden sind.

Es ergibt sich ferner, dass Bonhoeffer damit Recht hat, dass die deliriumartige Anfangsphase fast ausschliesslich bei den alkoholistischen Fällen von Korsakow beschrieben ist. Nur eine von Thomsen<sup>1)</sup> beschriebene psychische Störung nach Kohlenoxydgasvergiftung, die das Bild des Korsakow bot, begann mit einem delirium-ähnlichen Zustande.

Damit ist ja allerdings noch keineswegs der Beweis geliefert, dass nun diejenigen psychischen Störungen bei Gehirntumoren u. s. w., die freilich diese erste deliriöse Phase vermissen liessen, aber sonst das Bild des Korsakow boten, z. B. der von Mönkemöller und Kaplan<sup>2)</sup> beschriebene Fall, keine wahren Korsakow's seien.

Unsere in Folgendem mitgetheilten Fälle werden, abgesehen von ihrem casuistischen Interesse, auch zum Theil zur Lösung dieser Frage beitragen.

### Fall I.

G. E., 45 Jahre alt, Revisionsaufseher. Potus mässigen Grades. Syphilitische Infection fraglich.

1899 neue schwierige Stellung. April 1900 allgemeine Mattigkeit, Gedächtniss nachgelassen. 1. Juni 1900 Blutbrechen. Danach Delirium tremens ähnlicher Zustand. Gleichzeitig angeblich Krampfanfälle. 5. Juni 1900 äusserlich geordnet, aber unorientirt und sehr gedächtnisschwach für die jüngste Vergangenheit. 2. Juli 1900 Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen.

Körperlich ausser allgemeiner Anämie nichts Besonderes, keine Druckempfindlichkeit der Muskulatur und Nervenstämme, keine Zeichen von Alkoholismus chronicus.

Psychisch: Mangelhaft in Ort und Zeit orientirt, Erinnerung für die Jugend gut, für die letzten Jahre, speciell die letzte Zeit schlecht. Merkfähigkeit sehr gestört. Erinnerungstäuschungen und Confabulationen. Im September 1900 Besserung. 2. October 1900 entlassen. Nach Mittheilung der Frau vom 9. April 1902 besteht noch immer erhebliche Vergesslichkeit, während die Störung der Orientirung und die Neigung zu Confabulationen zurückgetreten sind. Ausserdem ist Patient oft verstimmt und leicht aufgeregt.

G. E., 45 Jahre alt, Revisionsaufseher. Unehelich geboren. Mutter gei-

1) Thomsen: Sitzungsbericht. d. Char.-Aerzte. Berl. klin. Woch. 1888.

2) Ztschr. f. Psych. Bd. 56.

steskrank, soll getrunken haben. Trauma negirt. Infection fraglich, doch Verdacht darauf. Potus im mässigen Grade zugestanden. Früher gesund. Seit 1899 in einer neuen sehr anstrengenden Thätigkeit, in der er auch viel Aerger hatte.

Seit Anfang April 1900 Klagen über allgemeine Müdig- und Mattigkeit, auch soll sein Gedächtniss schon etwas gelitten haben. Am 1. Juni 1900 plötzlich wiederholtes Blutbrechen. Abends verwirrt, sprach immer, als sei er im Beruf thätig, hantirte herum, sah Eichhörnchen und Katzen.

Am 5. Juni 1900 äusserlich wieder geordnet, konnte ganz verständlich sprechen, sagte nur oft, er müsse jetzt zum Dienst, drängte fort, behauptete auch, am Morgen schon im Dienst gewesen zu sein, sprach sehr viel vom Dienst.

In diesen Tagen nach Angabe der Frau wiederholt mehrere Minuten „lang Krampfanfälle mit Verlust“ des Bewusstseins, die er früher nie gehabt haben soll.

Seit Ende Juni 1900 meinte er, angeblich nachdem er ein Marsch spielen gehört hatte, er sei Soldat, suchte seine Militärpapiere, er müsse in's Manöver u. s. w. Nachts zuweilen unruhig, wollte fort. Zeichen von Alkoholismus hat der ihn draussen behandelnde Arzt nicht bemerkt.

2. Juli 1900. Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen.

Status somaticus: Anämisch, dürrig genährt. Während der Untersuchung schwitzt Patient, zittert etwas, sonst keine körperlichen Störungen, insbesondere keine auf Alc. chron. hinweisenden. Pupillenreactionen normal, Reflexe vorhanden. Magengegend nicht druckempfindlich. Druck auf Muskulatur und grosse Nervenstämmen nicht schmerzhaft.

2. Juli 1900. Bei der Aufnahme äusserlich ganz ruhig und geordnet. A. B. giebt er jedoch an, es sei jetzt activer Vicefeldwebel.

Einige Zeit später giebt er seine Personalien aber richtig an. Dann wieder sagt er, er sei Schlosser, gelernter Schlosser, im Militärstande Vicefeldwebel, sonst habe er keinen Beruf. (Waren Sie nicht beim Zollamt?) „Ja, Revisionsaufseher seit  $1\frac{1}{2}$  Jahren, also seit — jetzt schreiben wir 9. September 1898 — also 1898, aber bloss provisorisch“. (Was zu thun?) „Revidiren, Waaren vom Ausland, sonst am Krahren“. — Auf Befragen: Vor  $\frac{1}{4}$  Jahr etwa habe er Blutbrechen gehabt. Es habe aber wieder aufgehört. Vor vier Wochen kam es wieder; „ich that weiter Dienst bis vor 14 Tagen, 3 Wochen. Aber es kam mir vor, wie wenn ich auf einem Schranke allerhand Figürchen, die auf dem Schranke aufgestellt waren, tanzen sah“. Nur diese Figürchen tanzten, sonst hatte er keine Erscheinungen. Ab und zu soll es vorgekommen sein, dass er etwas verwirrt war, da er schon oft im Traum gesprochen habe.

3. Juli 1900. Patient schlief gut. Glaubt, er sei seit vorgestern hier, giebt bald an, er sei activer Vicefeldwebel, bald, er sei Revisionsaufseher.

5. Juli 1900. Sagt Morgens, er wolle fort, es sei alles vorbereitet, sein Urlaub sei zu Ende. Seine Frau sei auch hier. Will seine Kleider aus dem Arzneischranke holen, fragt jeden Morgen, ob er fort könne“. (Wie alt?) — Nach Besinnen: „45“. (Wo geboren?) „Bietigheim 29. October 1855“. (Was sind Sie?) „Schlosser“. (Wo?) „Jetzt nicht, weil ich activ? bin, aber ge-

lernt“. (Activ?) „Vicefeldwebel“. (Wo?) „Mergentheim“. (Regiment?) „Regiment 122“. (Wie lange?) „18 Jahre“. (Bleiben Sie noch dabei?) „Bis ich eine Civilstellung bekomme“. (Comp.?) „fünfte“. (Hauptmann?) Wagner, nein Stark“. (Heute Dienst?) „Nein“. (Warum nicht?) „Weil ich krank“. (Was fehlt Ihnen?) „Typhus“. (Seit wann?) „3 Wochen“. (Wer hat es gesagt?) „Der Arzt“. (Welcher?) „Wir haben Reserveärzte, da weiss ich die Namen nicht genau“. (Heute Morgen?) „Spital!“ (Waren Sie nicht auf der Kammer? Ich habe Sie gesehen!) Verlegen: „Ja es fällt mir ein, ich war auf der Kammer, da habe ich nach meinen Kleidern gesehen“. (Wo hier?) „Warum kann ich nur den Namen nicht behalten? Bad Boll!“ (Weshalb hier?) „Weil ich den Typhus haben soll“. (Wer war der Doctor?) „Weiss nicht, es sind 6 fremde Aerzte da“. (Beschwerden?) „Gar keine“. (Warum Typhus?) „Weil ich Nachts Unsinn im Schlaf schwatzte. Dienst habe ich gethan, im Dienst hat man nichts gemerkt, nachher zu Hause ging mir der ganze Dienst im Kopf herum. Ich sprach verwirrt“. (Seit wann?) „Schon in der Jugend“. (Trinken Sie?) „Ich trinke, was ich kriege, mehr nicht“.

Verwirrt sich oft in seinen Aeusserungen, spricht bald von Revisionsaufseher, bald von Feldwebel, deren Functionen er vermengt. Müsse beim Schiessen, Turnen u. s. w. die Aufsicht führen. Giebt dazwischen durchaus gut über seine Jugend Auskunft. Nennt die Schule, den Hauptlehrer, den Pfarrer u. s. w. Nach der Schule ein Jahr zu Hause, dann in die Lehre, später in die Fremde, wo er an verschiedenen Orten, zuletzt 1875 in Augsburg war. Von dort ausgehoben zum Reg. 122 — (Wie lange beim Militär? „18 Jahre“. (Wann eingetreten?) „1875“. (Jetzt) „1898“ (98—75?) = „23“. —

Es wird ihm gesagt: 1900. Trotzdem beantwortet er die gleichen Fragen: Wie lange beim Militär, wann eingetreten und was ist jetzt? mit „18 Jahr“, „1875“ und „1898“. — Patient giebt selbst zu, dass für die jüngste Vergangenheit die Erinnerung sehr schlecht sei: „Gedächtniss sehr kurz“. (Kennen Sie mich?) „So lange ich hier bin, 14 Tage“. (Noch nicht länger?) „Doch, Sie waren ja bei uns eingerückt früher. Dr. Müller nicht wahr? Ich habe es gestern doch gleich gesagt. Haben Sie mir damals schon etwas angemerkt? Wissen Sie, so etwas verwirrt bin ich schon als Kind leicht gewesen“. (Wo hier?) „Untersuchungszimmer“. (Haus?) „Lazareth“. (Stadt?) „Blaubeuren“. (Was machen Sie hier?) „Ich werde auf meine Zurechnungsfähigkeit untersucht“.

Meint, es seien vorne im Saal Soldaten, die krank seien. Eine Zahl (662) hat er über 5 Minuten behalten. Zittert stark. Auf Befragen: Er sehe noch zuweilen kleine Sterne, habe zu Hause an den Blumenstöcken kleine Menschen gesehen. Es seien aber keine da; es sei Schwäche, Krankheit.

20. Juli 1900. Spricht oft von einer Felddienstübung und anderen militärischen Dingen.

Hält jetzt daran fest, der Arzt sei früher als Reservearzt bei seinem Regiment eingezogen gewesen.

27. Juli 1900. Immer unklar; kann sich nicht gut zurechtfinden. (Wie lange hier?) Seit anfangs Juli, 6. oder 7“. (Warum?) „Typhus“. (Jetzt?)

„Gut, aber —. Es ist verschieden mit dem Gehirn, die Gedanken treiben durch einander. Ich kann mich gerade nicht recht ausdrücken. Dass momentan, wenn ich etwas fassen will, es mir nicht so einfällt, wie früher. Ich denke eben an alles Mögliche, daher kommt es. Ich denke an den Dienst als Vicesfeldwebel und dann wieder heim. Mein Bataillon ist so viel ich weiss, abmarschirt zum Regimentsexerciren nach Ludwigsburg“. Auf Befr.: Er könne sich schon länger nicht so recht erinnern und vor allem nicht so schnell.

( $12 \times 13 =$ ) „... 144 ... 156“ ( $48 + 29 =$ ) „77“. (König von Württemberg?) „Wilhelm“. (Hauptstadt von Deutschland?) „Berlin“. (Wo mündet der Rhein?) „Es fällt mir jetzt nicht ein. (Neckar?) „In den Rhein“. (Donau?) „In das schwarze Meer“. — Schulkenntnisse im Ganzen gut.

4. August. (Jahr) „1900“. (Monat) „August“. (Wie vieler?) 3. oder 4. (Wo hier?) „In Tübingen“. (Haus?) „Psychiatrische Klinik“. (Seit wann?) „Seit 10. Juli“. (Nicht richtig!) „Oder 8.“ (Warum hier?) „Typhus“. (Nervös?) „Ein wenig schon“.

(Wie heisst der Oberwärter?) „Ich kann es nicht sagen, na —!“ (Wann heute aufgestanden?) „Wahrscheinlich  $6\frac{1}{2}$  Uhr“. (Ist gegen 9 Uhr angezogen) (Stehen Sie jeden Tag auf?) „Ja“. (Gestern zum 2. Male.) (Gehen Sie immer in den Garten?) „Ja“. (Noch gar nicht Wieder gesund?) „Nein. Namentlich das Gedächtniss ist noch schwach. Und schwach in den Gliedern“.

17. August 1900. Schreibt an seine Frau unter ganz falscher Adresse, wundert sich, dass keine Antwort kommt. Weiss den Wochentag nicht. Ist deprimirt, er habe Heimweh.

31. August 1900. Patient ist den ganzen Tag auf, fühlt sich körperlich frei von Beschwerden.

11. September 1902. Aeusserlich ruhig und geordnet. Klagt über Heimweh. Oertlich orientirt. (Datum?) „10. September 1900“. (Wie lange hier?) „10. Juli“. (Warum?) „Wegen Kopfleidens, wegen Nerven — hauptsächlich wegen — wie soll ich mich ausdrücken — wegen Tripper“. (Hatten Sie einen Tripper?) „Ja, seiner Zeit, ehe ich Soldat wurde, im 19. oder 20. Jahre“. (Wie kommen Sie jetzt auf Tripper?) „Ich weiss nicht — es ist mir so eine Ahnung, ich habe aber keine Beschwerden“. (Was war im Kopf nicht in Ordnung?) „Gedanken nicht fassen, sie waren so kurz“. Schon in Augsburg (1874), als er den Typhus hatte, habe das Gedächtniss gelitten. (Was war jetzt im Kopf?) „Der Herr Doctor haben es vermuthet, es komme vom Trinken. Aber ich bin der Ueberzeugung, dass es von dem Dienst bei den elektrischen Krähen herkommt und als Vicesfeldwebel“. Auf Vorhalt giebt er zu, dass er keinerlei Militärdienst mehr habe. (Wann zuletzt im Dienst?) „Acht Tage, ehe ich herkam. Ich hatte mit den Krähen auszuladen“. (Noch eine andere Krankheit in letzter Zeit?) „Ja, einmal Visionen Nachts“. (Sonst nichts?) „Nein“. A. B. Ja, er habe aus dem Magen geblutet. Wie viel und wie oft er geblutet habe, wisse er nicht. Den Namen des Arztes kennt er nicht. A. B. Er meine, er sei, als er hergekommen, ziemlich klar gewesen. A. B. Er habe zuerst immer zu Bett gelegen. Weiss, wo er gelegen hat. Namen von Kranken weiss er einzelne, die länger da sind, beschreibt auch an-

dere richtig. Den Wärter, der früher da war, kennt er bei Namen. Dass er behauptet hat, er habe noch in letzter Zeit Dienst gethan, weiss er nicht mehr; sagt, dann müsse er doch stark verwirrt gewesen sein. Er erinnert sich, dass er geglaubt hat, der Arzt sei früher bei dem Regiment gewesen; sagt jetzt, er wisse, dass das nicht der Fall sei; vielleicht sei eine gewisse Aehnlichkeit vorhanden. Weiss jetzt den Namen des Arztes richtig. — Die Namen seiner jetzigen Vorgesetzten giebt er an. Er weiss auch, dass er behauptet habe, er sei wegen Typhus hier, doch habe er in letzter Zeit nichts dergleichen gehabt. Den Krahn, an dem er gearbeitet, beschreibt er ganz verständlich. Es habe ihn so erregt, dass Menschenleben in Gefahr seien, wenn die Waaren nicht richtig eingelegt wären und herausfielen.

Schlaf und Appetit gut; keine Magenbeschwerden. Unterhielt sich gut mit den anderen Patienten. Jetzt kann er den Namen seines letzten Hauptmanns angeben. Er habe 12 Jahre Dienstzeit gehabt, dann war er Grenzaufseher, dann provisorischer Revisionsaufseher. Mit den Jahren geht es noch sehr durcheinander.  $7 \times 8 = 56$ ;  $12 \times 13 = 136$ , 144, 146, 156;  $29 + 37 = 66$ ;  $8 \times 14 = 112$ . Sagt selbst, er merke wohl, dass der Kopf noch nicht recht sei, doch hoffe er, sich zu Hause vollends erholen zu können. Während er eben ganz verständlich spricht, sagt er dann, er möchte gern daheim sein, ehe das Bataillon vom Manöver komme. Es fällt ihm jedoch gleich ein, dass er mit dem Militär nichts mehr zu thun habe.

19. September 1900. Erklärt heute, es sei ihm jetzt ganz klar, dass er nicht Vicefeldwebel sei; er sei hier, weil er nicht recht im Kopf gewesen sei. Mit dem Typhus sei es Irrthum von ihm. Hin und wieder noch etwas verwirrt; im Ganzen aber meist orientirt.

24. September 1900. (Wie lange hier?) „Anfang Juli“. (Wo hier?) richtig. (Datum?) „September“. (Anfang?) 20te 1900. (Warum hier?) „Wegen Erkrankung im Kopf“. (Worin äussert sich die?) „Gedächtnisschwäche“. (Beruf?) richtig. (Beim Militär?) „Nein, die fixe Idee kam daher, weil ich lange provisorisch angestellt war“. (Typhus?) „Es war auch eine Meinung, weil ich ihn in Augsburg hatte“. Auf Bef. Er denke noch viel an das Geschäft und dabei merke er, dass das Denken schwerer geht, doch sei es jetzt besser. Wohl komme es vor, dass ihm oft ein Gedanke fehle.

Hat seit mehreren Tagen Besuch von seiner Frau, die selbst findet, das Frühere wisse er gut, aber für die jüngste Vergangenheit fehle die Erinnerung. Ist im Ganzen erheblich besser, wenn er auch hier und da rathlos und verwirrt erscheint.

1. October gebessert entlassen.

Nach Mittheilung der Frau des Patienten vom 9. April 1902 ist Patient noch immer recht vergesslich. Unorientirtheit oder Confabulation sollen nicht oder nur selten vorkommen. Patient hat öfters „Schwermuthsanfälle“ und ist sehr aufgeregt, klagt über grosse Müdigkeit.

Kurz zusammengefasst sehen wir hier aus einem Zustand, der durchaus das Bild des Delirium tremens bot, den Korsakow'schen

Symptomencomplex sich mit allen seinen Hauptzügen entwickeln. Jedoch ist zu bemerken, dass der „deliranten Phase“ schon 2 Monate allgemeine Mattigkeit und Abnahme des Gedächtnisses vorhergingen. Ferner ist bemerkenswerth, dass hier der Korsakow'sche Symptomencomplex direct im Anschluss an eine körperliche Störung, die starken Magenblutungen, aufgetreten ist.

Es ist besonders das Verdienst Mönkemöller's<sup>1)</sup> darauf hingewiesen zu haben, dass nicht selten körperliche Erkrankungen, vor allem acute Infectionskrankheiten, Magenkatarrhe stärkerer Art, kurz alle solche Erkrankungen, die eine mehr weniger grosse Erschöpfung, ein Darniederliegen der vegetativen Functionen bedingen, den Anstoss zum Ausbruch des Korsakow'schen Syndroms geben, wie das beim Delirium tremens ja auch der Fall ist. Zumeist giebt die körperliche Störung nur das auslösende Moment ab bei bestehender Disposition, vor allem bei vorhandenem chronischen Alkoholismus; in einzelnen Fällen von Mönkemöller z. B. war aber eine solche Grundlage nicht vorhanden.

In unserem Falle handelt es sich wohl so gut wie sicher um einen Trinker, wenn auch mässigen Grades, der ausserdem durch die Trunksucht der Mutter belastet ist, und bei dem nun offenbar die starken Magenblutungen, unterstützt noch durch die Anstrengungen seiner neuen Thätigkeit, den Korsakow'schen Symptomencomplex zur Entwicklung gebracht haben. Man muss sich dabei der Thatsache erinnern, dass ja die bei schweren Erschöpfungszuständen — wie sie auch starke Magenblutungen mit sich bringen können —, z. B. bei Carcinom-Cachexien, Tuberculose u. s. w. auftretenden Inanitionsdelirien manche an das Korsakow'sche Syndrom gemahnende Züge enthalten, vor allem die lang anhaltende Unfähigkeit sich in Ort und Zeit zurecht zu finden. — Erscheinungen von Neuritis bestanden bei unserem Kranken nicht.

Der weitere Verlauf verdient in diesem Falle auch einiges Interesse. Körperlich erholte Patient sich sehr gut. Magenblutungen traten nicht wieder auf. Ob den Magenblutungen im Beginne ein Magengeschwür oder etwa Lebercirrhose zu Grunde lag, lassen wir dahin gestellt sein.

Auch auf psychischem Gebiete trat nach etwa 3 Monaten allmählig Besserung ein. Patient war jetzt zumeist über Ort und Zeit orientirt, dagegen noch oft unklar über die Gesamtsituation.

So hören wir ihn noch sagen, er sei wegen Tripper in der Klinik, dann: er wolle daheim sein, wenn das Bataillon zurückkomme, doch

---

1) Mönkemöller, Casuistischer Beitrag zur sog. polyneuritischen Psychose. Ztschr. f. Psych. Bd. 54.



corrigirte er sich meist von selbst. Die Erinnerung für die erste Zeit seiner Krankheit war sehr lückenhaft.

Wie man es öfters bei Kranken mit Korsakow sieht, zeigt auch unser Patient, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, Krankheits-einsicht, vor allem für die Gedächtnisschwäche. Er äussert wiederholt, die Gedanken seien kurz u. a. Dabei behauptet er einmal, sein Gedächtniss sei schon, seitdem er den Typhus in Augsburg gehabt habe, schlechter, doch liegen bestimmte Anhaltspunkte für die Richtigkeit dieser Behauptung nicht vor.

Eine vollständige Wiederherstellung ist auch jetzt (April 1902) noch nicht eingetreten, nicht einmal eine sehr wesentliche Besserung gegenüber dem Zustand bei der Entlassung (1. October 1900). Zuweilen, wenn auch selten, kommt es noch zu Störungen der Orientirung und einzelnen Erinnerungstäuschungen, ferner ist das Gedächtniss für die jüngste Vergangenheit noch immer recht schlecht, auch klagt Patient über allgemeine Mattigkeit und zeigt oft niedergedrückte Stimmung.

## II. Fall.

H. M., 53 jähriger Maurer. Belastet. Potator. Kopft trauma. Wiederholt Delirium tremens. Schwindel- und Krampfanfälle. Keine Erinnerung für die jüngste Vergangenheit. Neigung zum Fabuliren. Keine neuritischen Erscheinungen. Zunehmende geistige Schwäche. Unrein mit Urin. Euphorie. Starke Arteriosklerose mit vereinzelt apoplectischen Insulten. Lues?

H. M., Maurer, 53 Jahre alt, wurde am 15. Februar 1900 in die psychiatrische Klinik zu Tübingen aufgenommen.

Seine Mutter starb durch Schlaganfall, war 10 Jahre lang geistig gestört. Er war begabt, aber von Jugend auf dem Trunke ergeben. Vor 10 Jahren Fall auf den Hinterkopf. In den letzten Jahren nach dem Tode seiner Frau trank er schon Morgens nüchtern Schnaps. Hatte mehrfach Delirium tremens. Er wurde schwach im Kopf, vergass alles gleich, machte alles verkehrt. Hatte öfters heftige Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, Krämpfe mit anschliessender Verwirrtheit.

15. Februar 1900. Bei der Aufnahme ruhig, heiter. Ganz unorientirt; meint, es sei Frühjahr 1871. Sein Alter giebt er bald auf 22 bald auf 40 Jahre an. Gestern sei er hier unten gewesen und habe gearbeitet. Er sei hier in Deggingen. Seine Frau lebe und sei gesund. Er kenne den Vater des Arztes gut.

Status somaticus: Mittelt gross, kräftig gebaut, leidlich genährt. Narbe am Hinterhaupt. Linke Pupille ist mittelweit, reagirt gut. Rechts die Cornea fast ganz von einem Leucom bedeckt. Augenbewegungen frei. Facialis symmetrisch. Zunge zittert, belegt. Nur leichtes Zittern der Finger. Kniephänomene gesteigert. Sohlenreflexe fehlen. Keine neuritischen Erscheinungen.

Puls 84, regelmässig. Arterien nicht rigide. Herztöne rein. Ueber beiden Lungen Pfeifen und Brummen. Urin frei von Eiweiss und Zucker; Narbe am Penis. Die Sensibilität ist nicht näher zu prüfen. Nadelstiche werden empfunden.

Patient fasst die ganze Untersuchung als Scherz auf. Nachher sucht er lange Zeit seine Hose, obwohl er nur mit der Decke in's Untersuchungszimmer gekommen ist. Läuft dann vor die Thür, um nach seinen Stiefeln zu sehen, und fragt, wo denn die Magd hin sei. Sprache nicht gestört.

16. Februar. Hat Nachts geschlafen, glaubt, schon 8 Tage hier zu sein. Er sei im Wirthshaus; sehr heiter.

20. Februar. Lässt sich allerlei suggeriren: Er sei heute mit dem Arzte im Wirthshaus gewesen, habe da 5 Glas Bier getrunken. Er sei hier in Ulm; sein Oberleutnant sei dagewesen.

9. März Morgens. Phlegmone an der Hand incidirt. Abends keine Erinnerung mehr daran. Giebt sein Alter bald auf 25 Jahre, bald auf 45 an.

25. März. Wunde gut geheilt. Vergnügt. Confabulirt.

25. April. Heute erregt, verlangt fort, läuft schimpfend umher.

15. Mai. Anhaltend verwirrt, zunehmend dement, lässt Urin auf den Boden und in's Bett.

1. Juni 1900. Ungeheilt nach einer Staatsanstalt überführt. Frühjahr 1902 nach Mittheilung der Anstalt, wo er sich jetzt aufhält, ganz unverändert. Zeitlich und örtlich unorientirt. Merkfähigkeit hochgradig vermindert. Neigung zum Fabuliren. Euphorische Stimmung. Ab und zu unrein. Vereinzelte apoplectische Insulte mit transitorischen Lähmungen. Temporalis und Radialis geschlängelt und rigide. Puls unregelmässig. Pupillenreaction träge, aber erhalten.

Dieser 2. Fall hat fast ausschliesslich casuistischen Werth als ein weiteres Beispiel für alkoholistischen Korsakow. Bei einem Potator strenuus, der auch ein Kopftrauma erlitten, entwickelt sich, nachdem er im Laufe der Jahre mehrfach Delirium tremens durchgemacht hat, langsam, ohne eigentliche „delirante Phase“ im Beginn, der typische Symptomencomplex, der noch jetzt, nach ca. 2 Jahren, fortbesteht.

### III. Fall.

Hi., M., 61 Jahre. Stark belastet. Seit 5 Jahren (1894) sehr starker Potus. Zuletzt theilnahmlos. 10. März 1899 Aufnahme. Tremor universalis. Pupillen sehr eng, different, starr auf Licht. Kniephänomen links schwach, rechts Null. Keine polyneuritische Erscheinungen. Psychisch: Unorientirtheit, Erinnerungstäuschungen und Confabulationen, Störung der Merkfähigkeit. Im April 1899 Orientirung besser, sonst Zustand unverändert. 13. Mai 1899 gebessert entlassen. Vom Juni 1899 bis Februar 1900 wieder in einer Anstalt, wo nach delirioser Phase im Beginn gestörte Orientirung und Gedächtniss-

schwäche sowie Apathie bei humorvoller Stimmung hervortraten. 16. November 1899 entmündigt; 18. März 1902 Entmündigung aufgehoben, da Patient „gesund“ ist.

Hi., Martin, 61 Jahre, Gerber. Vater und Bruder Potator, eine Tante väterlicherseits beschränkt. Trauma, Infection negirt. Früher gesund, gut gelernt. Früher solide, tüchtig.

Seit 5 Jahren (1894) trinkt Patient Schnaps (Kornbranntwein, Kirschwasser etc.) in steigendem Maasse, zuletzt bis zu einem Liter täglich. Trank von Morgens früh bis spät in die Nacht. Eine sichere Ursache für die Entstehung des Alkoholmissbrauches ist nicht bekannt, angeblich Verleitung.

Seit 2 Jahren (1897) mit einer viel jüngeren Frau verheirathet. Ehe kinderlos und nicht glücklich. Seit 1 Jahr (1898) nicht mehr gearbeitet. In letzter Zeit betrunken oder geschlafen, kümmert sich um nichts mehr. Kein Delirium früher.

10. März 1899 Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen.

Status somaticus: Sehr corpulent, gedunsen, allgemeiner Tremor. Zunge belegt. Linke Nasolobalfalte weniger deutlich als die rechte. Pupillen beide eng, rechts noch enger als links. R./L. bds. 0, R./C. +, A. B. frei. Beginnende Atrophia n. opt. bds.

Lungenemphysem. Leber etwas vergrössert, ebenso Herz. Puls oft klein. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Keine wesentliche Druckempfindlichkeit der Muskeln und grossen Nervenstämmen. Kniephänomen links schwach, rechts Null.

Bei schwierigen Worten zuweilen Anstossen. 11. März 1899. Stumpf, heiterer, jovialer Stimmung. Sucht seine Kleider, die er eben abgelegt habe, will zum Markt. Potus stellt er schmunzelnd in Abrede. Mittags sucht er nach einem Schoppen Wein, den er bestellt habe, glaubt im Wirthshaus zu sein.

12. März 1899. Sei gestern Abend im „Lamm“ gewesen, geht viel umher.

13. März 1899. Ruhiger, weiss, wo er ist.

14. März 1899. Sei im „Bären“, wolle fort, glaubt in den Pflegern alte Bekannte zu sehen.

19. März 1899. Will zur Eisenbahn, sagt, er brauche Bier.

20. März 1899. Lässt Urin unter sich. Sei im „Bären“ oder „Engel“, wohin er mit den Arzt gegangen sei, lässt sich, wenn er Wasser trinkt, einreden, es sei Cognac. Gefragt, warum er im Wirthshaus zu Bett liege, sagt er, das sei eine neue Einrichtung, dass man im Bett seinen Wein bekomme. Patient hatte Oedeme an den Beinen, die Herzaction war schwach.

1. April 1899. Hat sich körperlich erholt, ist klarer, erscheint heute zum ersten Mal örtlich und zeitlich orientirt. Wie er in die Klinik gekommen und was dort passirt sei, wisse er nicht.

A. B., er sei gestern mit Bekannten in Reutlingen gewesen; auf Vorhalten, dass er mit dem Arzt gesprochen und hier geschlafen habe, sagt er, er sei nur Nachmittags auf Urlaub in R. gewesen. 25. April 1899. Aeusserlich ruhig und geordnet, stets heiter gestimmt. Ist örtlich und zeitlich meist orientirt. Vergisst noch immer sehr schnell, was eben passirt ist. Meint, er sei der Augen wegen hier, und weil er etwas schwach im Kopf sei, das bringe

aber das Alter mit sich. Rechnen und Schulkenntnisse mässig. Fabuliren hat nachgelassen. 13. Mai 1899 gebessert entlassen.

Da Patient bald wieder sehr viel trank und immer mehr verkam, wurde er am 26. Juni 1899 in eine Anstalt verbracht. Es bestand dort zuerst ein Delirium tremens ähnlicher Zustand, doch traten Erregung und Sinnes-täuschungen bald zurück. In der nächsten Zeit örtlich orientirt, zeitlich und über seine Verhältnisse nicht. Gedächtniss schlecht. Heitere Stimmung, stumpfes Wesen. 5. Februar 1899 aus der Anstalt entlassen, nachdem er am 16. November 1899 wegen Geisteskrankheit entmündigt war.

Am 18. März 1902 wurde die Entmündigung aufgehoben, da er nach Attest des Arztes geistig gesund erschien. Er trinke nicht mehr so viel, sein Gedächtniss sei für fernere wie nähere Vergangenheit gut, sein Urtheil und seine geistige Leistungsfähigkeit gut. Angeblich keine körperliche Störungen.

Ein vor allem durch Trunksucht in der Familie erheblich belasteter Mann fängt, angeblich in Folge Verleitung, im 56. Lebensjahre an, sehr stark zu trinken. In derselben Zeit verheirathet er sich in unüberlegter Weise, macht einen stumpfen und apathischen Eindruck. Von Delirium tremens ist nichts bei ihm bekannt. Bei seiner Aufnahme (10. März 1899) besteht ausgesprochenes Korsakow'sches Syndrom.

Im April 1899 tritt Besserung der örtlichen und zeitlichen Orientirung ein, während die Unklarheit über seine Lage und Gedächtnisschwäche für Jüngstvergangenes fortbesteht. In diesem Zustande wird er am 13. Mai 1899 entlassen.

Somatisch fand sich geringe Differenz der lichtstarren und mio-tischen Pupillen sowie beginnende Sehnervenatrophie. Das Kniephänomen war links schwach, rechts liess es sich nicht hervorrufen. Neuritische Erscheinungen bestanden nicht, beim Sprechen stiess Patient zuweilen an.

Juni 1899 bis Februar 1900 war Patient wieder in einer Anstalt, wo er ein ähnliches Krankheitsbild bot und wo er November 1899 entmündigt wurde. Diese Entmündigung wurde März 1902 wieder aufgehoben, da er jetzt „gesund“ sei. Jedenfalls besteht eine weitgehende Besserung.

Auf die hier so ungemein wichtige Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse kommen wir zurück.

#### **Fall IV.<sup>1)</sup>**

L., 42 Jahre, Schreiber. Starker Potus. Verkommen. Ende 1901 Abnahme der Leistungsfähigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen. Seit

---

1) E. Meyer, Sitzungsbericht der physiol. Vereins in Kiel. Münchener med. Wochenschr. S. 1685.

Februar 1902 unorientirt. Ohnmachten. Dann ruhig, kramte und erzählte viel. Anscheinend auch Sinnestäuschungen.

24. Februar 1902 Aufnahme. R./L. träge, keine Sprachstörung. Westphal'sches Zeichen. Neuritis? Psychisch: Unklar, wie benommen. Lebhaftes Erinnerungstäuschungen und Confabulationen, Unorientirtheit. Grosse Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit. Bessere Erinnerungen für die Jugend. Schulkenntnisse gut erhalten. Viele körperliche Klagen. Zeitweise sehr ängstlich, erzählt dann fortwährend von Morden etc., die geplant seien, äussert Verfolgungs- und auch Grössen-Ideen. Sinnestäuschungen? Leicht weinerlich, sonst humorvolle Stimmung, die immer durchbricht. Unangeredet schläfrig und apathisch. 9. Mai 1902 epileptiformer Anfall.

L., Paul, 42 Jahre, Schreiber. Heredität. Trauma, Infection negirt. Vielfach wegen Betrugs, Diebstahls u. s. w. bestraft. Verkommen. Soll besonders in der letzten Zeit viel getrunken haben, Bier und Cognac, doch ist genaueres nicht festzustellen. Immer aufgeregt. 3 Jahre verheirathet, 2 gesunde Kinder. Ende 1901 wurden seine Leistungen schlechter, er liess sich wegen „Nervosität“ beurlauben und wurde am 3. December 1901 aus seiner Stellung entlassen, ohne dass in dem Bureau, wo er arbeitete, schon psychische Störungen bemerkt sind. Seiner, übrigens wenig intelligenten, Frau fiel damals (Anfang December 1901) auf, dass er über Kopf- und Rückenschmerzen klagte und meist zu Bett lag. Am 6. Februar 1902 wusste Patient Morgens nicht, wo er war, lag still da, ass und sprach nicht. Seitdem dauernd unklar. Oefters soll er „Ohnmachten“ gehabt haben, er musste sich festhalten, es wurde ihm schwarz vor Augen. Keine Krämpfe. Mitte Februar 1902 unruhiger, beschäftigte sich immer mit seinen Papieren und Büchern, wollte einpacken zur Reise, oder glaubte, von der Reise zu kommen, erzählte, es sei ihm ein Anzug gestohlen u. a. Er war, wie damals der Arzt constatirte, in Ort und Zeit unorientirt, verkannte völlig seine Lage. Er war oft ängstlich, schloss Abends die Thür zu, sagte mehrfach: „Wo ist der Kerl?“ Riss die Thür auf. Schlaf war schlecht. 24. Februar 1902 Aufnahme in die psychiatrische und Nervenklinik zu Kiel.

Körperliche Untersuchung: Mässiger Ernährungszustand. Blasse Earbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute. Links Ptosis (nach Angabe der Frau so lange sie ihn kennt, resp. angeboren). Pupillen mittelweit, gleich, linke queroval. R./L. +, aber träge, besonders links. R./C. +, A. B. frei. Ophthalmoskopisch normal.

Linke Iris unregelmässig gefleckt. Ohrläppchen angewachsen.

R. Nasolabialfalte weniger deutlich als die linke. Zunge kommt gerade, zittert. Gaumen und Rachen frei. Fötör ex ore. Keine Sprachstörung. Kein Tremor. Innere Organe ohne Besonderheiten. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Reflexe d. O. E. +, ebenso die Hautreflexe. Kniephänomene nicht zu erhalten, desgleichen die Achillessehnenphänomene. Kein Romberg. Motilität ohne gröbere Störungen. Gang ohne Besonderheiten. Allgemeine

Hyperästhesie, Muskulatur und grosse Nervenstämmе auf Druck empfindlich. Elektrisch keine wesentliche Herabsetzung der Erregbarkeit, nur bei constantem Strom etwas im N. cruralis und N. peroneus.

Bei der Aufnahme ruhig, macht einen unklaren, wie benommenen Eindruck. Personalien richtig. Spontan sagt er gleich: „Ich habe meine Uhr heute verloren“. (Wo, hier?) „In einer Klinik in Kiel“. (Datum, Monat?) „Kann ich nicht angeben, ich bin ganz verwirrt“. (Warum hier?) „Ich werde die Sachen erzählen. Ich bin Schreiber am Minendepot [richtig]. Da war draussen Markt und da haben sie mir die Uhr gestohlen, das habe ich mir so zu Kopf genommen“. Behauptet, er habe bis vorgestern gearbeitet. (Thatsächlich seit Monaten nicht mehr.) A. B. dann, er sei längere Zeit krank gewesen, habe es in allen Gliedern gehabt. Der Kopf sei erst nicht schwächer gewesen, jetzt natürlich. „Man weiss ja doch, wo man hingehört und wird so bei fremden Leuten einquartiert“.

Spricht immer als ob er in Eckernförde sei, sagt „Nein“? aber der Vorgang spiele dort, es sei in dem Schriftstück eine dahin zielende Bemerkung gemacht. Sucht auf dem Tisch nach dem Schriftstück; „das habe ich vorlesen sollen“. Potus stellt er in Abrede, er trinke nicht einmal täglich einen kleinen Schnaps, mehr möge er nicht. Sagt nun auf die Frage, wie lange er krank sei, er habe seit 8 Tagen Kopfwеh. Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen stellt er in Abrede. Jetzt will er wieder vollkommen gesund sein, er sei zur Untersuchung hergebracht. (Warum?) Lachend: „Das weiss ich nicht“. (Jahr?) „1897“. Auf Vorhalt: „Nein“, lacht. (Krämpfe?) „Nein“. (Schwindel?) „Ja, ich gehe schon ein paar Jahre nach dem Minendepot, da wird einem ja mal schlecht“. Umgefallen sei er nie. Erzählt immerfort vom Minendepot. Spontan: Gestern sei er auf dem Eis bis zum Hals eingebrochen. Als das dictirt wird, sagt er: „Nein, ich bin nicht eingebrochen, ich sass auf einer Bank und schnallte mir die Schlittschuhe an, da fiel mein Portemonnaie auf's Land. Beim Suchen hat einer 2 M. genommen, da wurde ich bis heute arretirt. Es riefen mir 2 Kerle, die sehr zweifelhaft aussahen“. Als dies dictirt wird, sagt er wieder „Ich bin nicht arretirt gewesen“.

„Ich wohne ja hier, ich bin nach Hause gegangen. Schliesslich bin ich noch ein Spitzbube“. Humorvolle Stimmung. (Wo hier?) „Kiel“. (Haus?) „Weiss ich nicht. Ich sah den Wärter stehen, da bin ich hineingegangen, da ich keine genaue Adresse hatte“.

(Wie alt?) „31 Jahre, 59 geboren“. (Wie alt?) Zählt: „60, 70, 80, 90: In den 30er Jahren“.

Ueber sein Vorleben giebt er an, von 76—83 sei er beim 2. Garde-Feld-Art.-Regiment gewesen, nachher als Buchhalter in Brauereien u. a., 5 Jahre sei er im Minendepot. Angeblich nie schlimmer krank. Spontan sagt er dann, der Arzt sei auch am Minendepot. „Es war gestern Krawall auf der Eisbahn, da kam der Schutzmann und ich sollte ein Portemonnaie gestohlen haben“. Eben sei er von einem geheimen Schutzmann aus seiner Wohnung geholt.

Wenn man Patient nicht anredet, so sieht er müde und schläfrig vor sich hin, erst angesprochen, fängt er an, zu erzählen. Fragt „darf ich nicht meine

Hosen anziehen?“ (Hat keine angehabt); dann: „Soll ich in's Krankenhaus? (am Schluss der körperlichen Untersuchung). Streckt dem Arzt die Hand hin und fragt, ob er ihm nicht sein (des Patienten) Portemonnaie geben wolle. In den Saal zurückgeführt, in dem er vorher schon einige Zeit gelegen, sieht er sich rathlos um, sagt, er sei hier gewesen, murmelt etwas, draussen sei ihm sein Portemonnaie genommen, er habe es sicher mitgehabt.

25. Februar 1902. Nachts ruhig. (Wo hier?) „Klinik in Kiel“. (Kennen Sie mich?) „Nein“. (Wer war gestern bei Ihnen?) „Junge Leute“.

Gefragt, wo er gestern gewesen, antwortet er: „In Spandau“, einige Minuten später: „In Hamburg“, dann „in Wedel“, schliesslich wieder „in Berlin“. „Ich bin eine Strecke zu Fuss gegangen, dann mit dem Hofwagen gefahren“, antwortete er auf die Frage, wie er nach Berlin gekommen.

Bestreitet jetzt gesagt zu haben, er sei in Spandau gewesen.

(Gestern im Dienst?) „Gestern war Sonntag, ich war in Berlin, bin spazieren gegangen.

26. Februar 1902. Er rechnet gut, scheint über seine Familienverhältnisse und seine Jugendzeit gut orientirt, nur giebt er abweichende Jahreszahlen nicht selten an. (Wo hier?) „In der Kolonie zu Hamburg“. Er sehe die Barmbecker Kirche. (Wie lange hier?) Sei erst zur Uebung bei seinem Regiment gewesen. Im September sei er losgekommen, jetzt sei December, inzwischen sei er zu Hause gewesen.

3. März 1902. Sagt morgens spontan und lächelnd: „Ich bin schön angeführt, mein Urlaub ist Morgen zu Ende, weil die Sache mit meiner Arretirung dazwischen kam“. — Hat Besuch von seiner Frau, thut, als ob er sie eben erst gesehen, ist gar nicht überrascht, kümmert sich kaum um sie. Als er Abends gefragt wird, wer hier war, sagt er: „Jemand zum Photographiren“, fängt dann von einem Briefe seiner Frau an zu erzählen; dass sie hier war, weiss er nicht mehr. „Das war die Frau meines Bruders Franz“.

6. März 1902. Behauptet, er sei im Theater gewesen, habe ein Stück von Schiller gesehen. Abends, er sei bei einer Beerdigung gewesen, es habe ihn sehr gefroren.

7. März 1902. Sagt morgens, er sei betrunken gewesen, sonst habe er nicht so viel getrunken.

Wird wegen Verdacht der Diphtherie für einige Tage in die innere Klinik verlegt. War dort isolirt. War sehr laut dort, schrie: „Ich bin unschuldig, ich will aus diesem Wirthshaus hinaus!“

11. März 1902. Liegt morgens stöhnend auf der Seite, mit sehr geröthetem Gesicht; Athmung beschleunigt. Klagt, er fühle sich schwach, habe Schmerzen im Kopf, dann im Leib, dann überall. Objectiv nichts nachweisbar.

12. März 1902. Als er in's Arztzimmer geführt wird, wird er sehr ängstlich, sagt auf Befragen, er sei noch nie hier gewesen, betheuert seine Unschuld, er habe nie was gethan, weint, sagt: „Meine unglückliche Mutter“, sie sei so nervenschwach, ob sie noch lebe, wisse er nicht.

Wie Patient von der medicinischen Klinik zurückgebracht ist, und der Arzt zu ihm kommt, sagt er: „Ich bin unschuldig“, schreit dann, indem er

auf einen anderen Patienten zeigt: „Das ist der Mörder, es hat mich gleich, wie ein Blitz durchfahren, als ich ihn sah!“

Es ist mir viel Geld geboten, wenn ich daran (an dem Morde) theilnehmen wollte, ich war dabei, wie es im Keller geschah“.

(Wie heißen Sie?) — richtig. (Was sind Sie?) — „Drogist, später Comtorist“.

(Alter?) — „15. October 1859“.

(Wo geboren?) — „Im neuen Palais in Potsdam, wo meine Eltern die Offizierkantine hatten“.

(Welches Jahr?) — „1900 . . . 1890“.

(Welcher Monat?) — „März“.

(Welcher Tag?) — „Bei dem letzten Protokoll, als ich auf den Jungen geschossen habe, ich traf ihn nicht, er verkroch sich hinter den Tisch, sollte ich . . . .“

(Wie lange hier?) — „Seit gestern“. (Stadt?) — „Hamburg-Vorstadt“, 2 Minuten später: „Altona“.

(Welches Haus?) — „Aerztliche Bauten bei Eimsbüttel“, 2 Minuten später: „Gerichtsgebäude“. (Wer hergebracht?) — „Polizeiwagen“, 2 Minuten später: „Von der Frau ist einer mitgekommen“.

(Wer in Ihrer Umgebung?) — „Meistentheils Barbieri, ich glaube fünf Stück“, 2 Minuten später: „Allerlei Pack, da will ich garnicht mitsprechen“.

(Wo waren Sie vor 8 Tagen?) — „In Hamburg“, zwei Minuten später: „Habe in Hamburg gearbeitet bis zur Uebung“.

(Sind Sie krank?) — „Schmerzen im Nacken, habe einen Schlag in den Nacken bekommen, der Kerl war verrückt“, 2 Minuten später: „Ja, Schmerzen im Nacken“.

Rechnen gut.

(Wo zur Schule?) — Potsdam, Realschule, 3 Minuten später: dto. (Bis zu welcher Klasse?) „Bis zur II.“, 3 Minuten später: „Bis III.“ (Gut gelernt?) — „Ja“.

(Name der Lehrer?) — „Dr. Baumgarten, Prof. Knochenhauer (Pfotenhauer?)“.

(Was später gelernt?) — „Kaufmann“, 3 Minuten später: dto. — (Was dann gemacht?) — „Bis 76, dann beim 2. Garde-Feld-Art.-Regiment“, drei Minuten später: Erzählt lebhaft, dass er nachher in die Welt gegangen sei.

Was später? — „Dann ging die Bummellei los, Mutter hatte kein Geld, Vater wollte nichts herausrücken“.

Wie lange beim Militär? „Bis 1880 . . . 1883“.

Wochentage? richtig.

Monate? richtig.

Wie viel Stunden der Tag? richtig. Wie viel Tage die Woche? richtig. Wann Weihnachten? richtig.

Wo zuletzt gewohnt? „In Altona bin ich ausgezogen. Das Weib war zu frech. Der Kerl soff den ganzen Tag, und Nachmittags sollte ich mit ihm zur Holzauction“. In welcher Stadt? — „In Altona“. Weg von Ihrer Wohnung



zum Bahnhof? — „Ich habe nicht früher abends herumhausirt, abends blieb ich zu Hause“.

Fragen aus Geschichte und Geographie gut beantwortet.

Geld zählt er prompt. Gefragt, das kenne er wohl gut, sagt er, „meistens gehört es nicht mir“.

(Wie lange in diesem Zimmer?) Ziemlich richtig.

(Was sind Sie gefragt worden?) — „Betrifft einen Diebstahl, eine Klage, über die ich etwas wusste“. Sonst sagt er über die gestellten Fragen: Nationale — Wohnung. „Habe keine Rechenaufgaben gehabt“. — Rief nachts plötzlich: „Ich werde bestohlen“. Morgens erklärt er, er wolle mit den Dieben nichts zu thun haben, man habe ihn zum Diebstahl aufgefordert, aber er lasse sich nicht darauf ein.

15. März 1902. Klagt und stöhnt den ganzen Tag. Sagt, er habe schreckliche Schmerzen im Kopf, dann wieder im Leib u. s. w. Hat er eben gegessen, so klagt er über grossen Hunger, er habe noch nichts zu essen bekommen.

16. März. Aeussert wiederholt, er solle ermordet werden, ist ängstlich, weint, athmet schnell. Sagt auch, seine Frau und Kinder seien ermordet, er habe aber keine Schuld daran, weil er in Potsdam gewesen sei.

Im Bad abends sehr erregt, schrie er laut: „Ist das eine Behandlung, zu Essen bekommt man nichts und zwei Stunden sitzt man im kalten Wasser“ (thatsächlich  $\frac{1}{4}$  Stunde und  $35^{\circ}$  C.).

18. März. Steht etwas auf. Bittet mit geheimnissvollem Lächeln, verlegt zu werden, sonst würde er morgen um einen Kopf kürzer gemacht.

Aeussert auch, seine Mutter sei getödtet, weint. Die Ordonnanzen hätten sich darüber unterhalten.

19. März. Erzählt immer wieder, er solle umgebracht werden. Bringt das oft ganz heiter mit Humor vor, andere Male weint er.

Sagt heute, das Brod sei vergiftet, es schmecke eigenthümlich.

Sprang in der Nacht aus dem Bett und schrie: „Hinter dem Fenster stehen sie, die mich morden wollen!“

25. März. Hilft im Saal. Sieht immer rathlos aus, lächelt verlegen, wenn man ihn anredet.

Dauernd örtlich und zeitlich unorientirt, verkennt seine Umgebung, erzählt allerlei Geschichten wie früher.

Sagt heute, in der Nacht sei ein Engel von Gott dagewesen an seinem Bett. Bald darauf war es ein junger Mann mit grünem Kleid, und dann waren es drei. „Dort auf dem Stuhl haben sie gegessen“.

Körperlicher Befund, wie bei der Aufnahme.

27. März. Patient liest fliessend ein Gedicht aus der Fibel vor. Weiss die Ueberschrift, kann aber nach einer halben Minute den Inhalt nicht mehr angeben, sondern bringt einen selbst erfundenen vor.

Asa foetida und Pfefferminz erkennt er nicht und vergisst das erste Mal, schon nach einer Minute, dass er sie schon gerochen hat, obwohl es ihm be-

sonders eingepägt ist. Ein zweites Mal erkennt er, dass er Pfefferminz eben gerochen hat, weiss aber nicht mehr, was es ist; zwei Minuten später meint er, er habe es nie gerochen.

Als man ihm wieder Pfefferminz vorhält, nachdem man es ihm vor zehn Secunden unter ausdrücklicher Benennung hat riechen lassen, erkennt er es richtig, um es nach einer Minute wieder zu vergessen. Carbollösung erkennt er sofort am Geruch.

Nach fünf Minuten hat er überhaupt vergessen, dass ihm etwas zu riechen gegeben ist; erkennt nun auch Carbol nicht mehr.

Die verschiedenen Geschmacksarten unterscheidet er richtig, hat sofort vergessen, dass er etwas zum Schmecken bekommen hat, auch wie ihm dieselbe Lösung wieder auf die Zunge gestrichen wird.

Bilder aus der Fibel erkennt er nach einer Minute wieder; er war inzwischen nicht abgelenkt und sah die Fibel in der Hand des Arztes.

Eine Zahl (442) behält er zwei Minuten, trotz Zwischenfragens ziemlich richtig (422), nach vier Minuten hat er sie vergessen, nachdem er auf Anregung lebhaft fabulirt hat.

Von vorgehaltenen Gegenständen (Uhr, Schlüssel) hat er nach wenigen Minuten vergessen, dass er sie schon einmal gesehen hat.

Zehn Minuten nach dem letzten Zeigen der Bilder erinnert er sich, dass er Bilder durchgesehen hat, weiss aber im Einzelnen nicht mehr Bescheid.

Nach etwa  $\frac{3}{4}$  Stunden weiss er, als er das Gedicht aus der Fibel wieder vorliest, nicht, dass er es heute schon einmal gelesen hat.

30. März. Die Namen „Oberarzt“ und „Oberwärter“ hat sich Patient ziemlich eingepägt.

1. April. Behauptet, in der Nacht Gift bekommen zu haben. „Die ganzen Därme haben sich umgedreht“.

14. April. Schwindelanfall.

21. April. Liegt im Lehnstuhl, antwortet erst gar nicht, sagt dann, er sei vergiftet.

25. April. Sagt, es sei sein Geburtstag. Am Abend finde ein grosser Ball statt, bei welchem der Kaiser den Ehrentanz führe, und er mit einer Prinzessin tanze.

28. April. Versichert, in  $\frac{1}{4}$  Stunde werde sich ein Regenbogen über den ganzen Himmel in 1000 Farben spannen. Dies sei ihm von Gott eingegeben. Am Abend werde Gott selbst erscheinen, die Engel mit Posaunen, und er (Patient) sei der Kapellmeister.

Liegt, wenn man ihn nicht anredet, ruhig da,  $\frac{2}{3}$  und zeigt kein Interesse für seine Umgebung.

9. Mai. Abends ein Anfall, schreit auf, hat Zuckungen in allen Gliedern. Zungenbiss.

In diesem Falle sehen wir bei einem 42jährigen, dem Trunk ergebene Mann den Korsakow'schen Symptomencomplex in der Weise zur Entwicklung kommen, dass zuerst nervöse Beschwerden (Kopf-

schmerzen unter andern) sich bemerkbar machten. Gleichzeitig wurde er aus seinem Dienste entlassen — ob wegen dieser nervösen oder wegen schon bestehender psychischer Störung, liess sich nicht ermitteln — und lag dann dauernd zu Bett. Angeblich erst etwa 5 Wochen später, und zwar, wie es heisst, ganz plötzlich, trat Unorientiertheit bei dem Patienten auf, und zu derselben Zeit wurden mehrfach Schwindelanfälle beobachtet. Nach weiteren 8 Tagen stellte sich grössere Unruhe ein, er hatte zeitweise Angst und auch beunruhigende Sinnestäuschungen, fabulirte viel.

Diese Phase wird man am ersten als delirante bezeichnen können, wenn es sich auch um kein typisches Delirium tremens handelt. Als Patient etwa 10 Tage später, 24. Februar 1902, zur Aufnahme kam, waren die Unruhe und Erregung zurückgetreten, und er bot jetzt in geradezu classischer Weise das Bild des Korsakow. Was den weiteren Verlauf anbetrifft, so war bemerkenswerth, dass er unter seinen massenhaften Confabulationen, auch Ideen der Verfolgung: Er solle ermordet und vergiftet werden, sowie Grössenideen vorbrachte, von denen besonders die ersteren längere Zeit festgehalten wurden und dadurch beinahe den Character von Wahnideen annahmen, um so mehr, da sie entschiedenen Einfluss auf das Verhalten des Kranken ausübten. So lag er einmal wie sterbenskrank da und erklärte, er sei vergiftet. Allerdings zeigte sich sehr bald, dass sie wieder spurlos verschwanden und vergessen wurden. Es sei dabei erwähnt, dass unter andern von Mönkemöller<sup>1)</sup> Fälle von Korsakow mit ähnlichen paranoischen Ideen mitgetheilt sind. Was die Grössenideen anbelangt, deren Dasein ein noch viel kürzeres wie das der Verfolgungsideen ist, so haben sie zum Theil eigenthümliche religiös ekstatische Färbung. Er spricht von göttlichen Eingebungen, von bevorstehendem Erscheinen Gottes und der Engel u. s. w. Auf das Vorkommen solcher phantastischer Confabulationen, die das ganze Krankheitsbild beherrschen können, macht besonders Bonhöffer<sup>2)</sup> aufmerksam.

Schliesslich möchten wir noch die bei unserem Kranken beobachteten Stimmungsanomalien hervorheben. Wenn auch für gewöhnlich seine Stimmungslage in dem leicht weinerlichen, apathischen Wesen der entspricht, wie wir sie bei Korsakow zu sehen gewohnt sind, so tritt doch wiederholt tagelang ängstliche Stimmung und Erregung auf. Bei Mönkemöller<sup>3)</sup> finden wir auch einen Fall mit zeit-

---

1) S. o.

2) S. o.

3) S. o.

weiser depressiver Verstimmung, sonst sind solche Stimmungsanomalien bei Korsakow selten.

In den körperlichen Störungen hat der eben beschriebene Fall IV entschieden Berührungspunkte mit Fall III: Hier in IV sehr träge Pupillenreaction auf Licht, dort starre Pupillen. Hier Fehlen beider Kniephänomene, dort des rechten, während das linke schwach war. Hier aber Andeutungen neuritischer Erscheinungen, die dort ganz fehlten. Dieser körperliche Befund musste uns veranlassen, in beiden Fällen mit der Möglichkeit einer Paralyse zu rechnen. Dazu kam in dem ersten Falle die bemerkenswerthe Thatsache, dass Patient erst mit 56 Jahren Potator geworden war, so dass man an Trinkexcesse im Beginn der Paralyse denken konnte. Jedoch hätte sich dann bei der 5 Jahre später erfolgenden Aufnahme wohl weitgehender psychischer Verfall schon zeigen müssen, und wenn wir jetzt (3 Jahre später) hören, dass Patient „gesund“, also jedenfalls wesentlich gebessert ist, so verliert die Diagnose Paralyse gegenüber der des Alkoholismus chronicus immer mehr an Wahrscheinlichkeit, wenn es ja auch nicht ausgeschlossen ist, dass wir es mit einer Remission zu thun haben. — Was nun die Lichtstarre, resp. sehr träge Reaction der Pupillen und das Fehlen resp. die Abschwächung der Kniephänomene anbelangt, so herrscht noch vielfach die Ansicht, Pupillenstarre komme bei chronischem Alkoholismus nicht vor, sondern nur träge Pupillenreaction. Das entspricht aber nicht den Thatsachen. Es ist vor allem von Autoren, die sich mit der Bearbeitung des Korsakow'schen Symptomencomplexes beschäftigt haben, so von Mönkemöller und Bonhöffer mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass sich Pupillenstarre sowohl wie Westphal'sches Zeichen bei dem Alkoholismus chronicus (Alkoholparalyse) nicht so selten finden. Wir haben selbst in dem letzten halben Jahre allein bei 5 Kranken, die mit Delirum tremens eingeliefert waren und nachher nur die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus boten, Pupillenstarre feststellen können, ein immerhin bemerkenswerther Befund, wenn auch eine später einsetzende Paralyse nicht auszuschliessen ist. Um auf unsere Fälle zurückzukommen, so fehlte deutliche Sprachstörung in beiden. Im 2. Falle sind wiederholt Schwindelanfälle und ein epileptiformer Anfall beobachtet, die ja auch bei Alkoholismus vorkommen, die aber immerhin den Verdacht auf Paralyse nähren. Eine sichere Entscheidung lässt sich in dem 4. Falle nicht treffen, schon wegen der kurzen Beobachtungszeit<sup>1)</sup>.

Die differential-diagnostischen Momente auf psychischem Gebiete

---

1) S. Nachtrag.

haben wir bis jetzt absichtlich vermieden, ins Feld zu führen. Wir kommen auf sie erst nach Besprechung der beiden nächsten Fälle zurück.

### Fall V.

Hu., 50 Jahre alt. Lumpensammler. Heredität negiert, Potus bestritten, 1893 syphilitische Infection. (Iritis später!) Ende Juni 1900 epileptiformer Anfall, danach acht Tage verwirrt. Dann viel Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche. Anfang September 1900 unruhig, verwirrt und auffallend heiter. Ende September 1900 wieder verwirrt und erregt, 29. September 1900 zweiter Anfall. 2. October 1900 Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen. Somatisch: Pupillen different, linke reagiert träge, Reflexe von normaler Stärke, keine Sprachstörung. Geringe Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln. Psychisch: Bei der Aufnahme Delirium tremens ähnlicher Zustand, der sich im Laufe der Beobachtung noch einige Male wiederholte. Weiterhin äusserlich ruhig, apathisch.

Hochgradige dauernde Unorientirtheit in Ort, Zeit und Umgebung, sehr starke Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit und grosse Neigung zu Fabuliren. Seit December 1900 wiederholte epileptiforme Anfälle, die schliesslich am 20. April 1901 zum Tode führten. Die Section ergab diffuse Trübung und Verdickung der weichen Hirnhäute, Verschmälerung der Hirnwindungen, besonders im Stirnlappen, sowie stellenweise Verdickungen an den Gehirnarterien. Mikr.: Gliawucherung mit Bildung grosser Spinnenzellen in der Hirnrinde; ebenda perivascularäre Zellinfiltration. Pia stark verdickt und zellig infiltrirt. An den basalen Gefässen Heubner'sche Endarteriitis. Einzelne Blutungen im centralen Höhlengrau. Im Rückenmark frische und ältere Degeneration in den Hintersträngen wie in den Pyramidenseitensträngen.

Hu., Wilhelm, Lumpensammler, 50 Jahre alt.

Ein Bruder war geisteskrank.

Potus wird von der Frau des Patienten wie von seinen übrigen Angehörigen entschieden in Abrede gestellt. 1893 wegen syphilitischen Exanthems und Iritis in Behandlung. Eine eingeleitete Schmiercur wurde nur lässig durchgeführt. Von Trauma nichts bekannt. Früher angeblich stets gesund, hat gut gelernt, immer etwas aufgeregt.

Seit 23 Jahren kinderlos verheirathet, angeblich nie Abort oder Frühgeburt.

Ende Juni 1900 zum 1. Male ein Anfall: hatte Zuckungen im ganzen Körper, Schaum vor dem Munde, war mehrere Stunden bewusstlos. Keine Lähmung. Danach etwa 8 Tage verwirrt. Dann wieder gearbeitet, klagte aber beständig über Kopfweh und war gedächtnisschwach.

Anfang September 1900 klagte Patient über Beschwerden im Unterleib,

war auffallend unruhig, sprach viel durcheinander, war dabei ohne Grund sehr aufgeräumt. Die damals vorgenommene ärztliche Untersuchung ergab nichts Abnormes. Bis zum 28. September 1900 ist Patient noch seinem Geschäft nachgegangen. An diesem Tage wieder verwirrt, machte verkehrte Dinge. Gegen Abend wurde er sehr unruhig, lief im Hemde im Zimmer auf und ab, klagte über Schmerzen im Leib, behauptete, er müsse sterben, wolle sich erhängen.

Am 29. September schlief er viel, bekam Abends einen Anfall in der gleichen Weise wie das 1. Mal. Mehrere Stunden bewusstlos. Wurde dann unruhig, entkleidete sich, schrie laut aus dem Fenster, drohte seiner Frau.

Diese Verwirrtheit und Erregung hielt mit zeitweisem Nachlassen bis zur Aufnahme am 2. October 1900 an.

Bei der Aufnahme sehr unruhig, spricht fortwährend, besonders von Mäusen, die er überall zu sehen glaubt. In's Bett gebracht, kramt und sucht er fast unausgesetzt umher, will sich ausziehen.

Name und Alter giebt er auf Befragen richtig an.

(Woher?) „Ich bin noch nicht so alt. Das Hemd soll sie hergeben“.

(Wo hier?) „Ich bin auf der Strasse Herr Doctor“ (hat vorher den Arzt als Lehrer bezeichnet).

(Krank?) „Ich bin krank gewesen, habe böse Augen gehabt und habe es im Bauch“.

(Im Kopf krank?) „Nein, dem fehlt nichts“.

(Wo hier?) „Am Kanzleiplatz“.

(Was sind Sie?) „Rothgerber“.

(Nicht Lumpensammler?) „Ich bin der H.“

Von seinen Anfällen will Patient nichts wissen. Vorgehaltene Gegenstände erkennt er.

(Wie heisst Ihr Arzt?) „Noth bricht Eisen“.

(Warum zum Arzt?) „Meine Frau war krank“.

(Wer hergebracht?) „Herr St.“

Patient fasst vielfach die Fragen nicht auf, ist sehr schwer zu fixiren, spricht unausgesetzt in verwirrter Weise vor sich hin, redet viel von häuslichen Verrichtungen.

(Warum hier?) „Von H.; er hat schlechtes Vieh im Stall und seine Kuh kann er nicht melken“.

Die körperliche Untersuchung ergibt: Allgemeiner Ernährungszustand dürrig, sehr blasse, gelbliche Farbe der Haut und sichtbaren Schleimhäute.

In der Mittellinie des Schädels, etwas hinter der Mitte eine 3—4 cm lange, quer verlaufende Narbe (angeblich ist dem Patienten etwas auf den Kopf gefallen, sei nicht bewusstlos gewesen). Kopfpertussion nicht schmerzhaft.

Sehr starke Cornealtrübungen.

Linke Pupille < rechte. Pupille verzogen.

R./L. beiderseits vorhanden, links träger.

R./C. + A. B. frei, ebenso Augenhintergrund.

Conjunctivitis und Blepharitis.

Zunge kommt gerade, zittert etwas. Gaumen und Rachen frei.

VII frei. Keine Sprachstörung.

Innere Organen ohne Besonderheiten. Reflexe an den Oberextremitäten nicht deutlich. Abdominal- und Cremasterreflex vorhanden, Kniephänomene mittelstark, Achphn. nicht zu erzielen.

Motilität und Sensibilität ohne gröbere Störung.

Am Penis deutliche Narbe.

Muskulatur, besonders der Waden, auf Druck empfindlich, ebenso in geringerem Grade die grossen Nervenstämmе.

Die elektrische Untersuchung ergibt eine ganz leichte Herabsetzung für beide Stromesarten, keine Entartungsreaction.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Abends sehr unruhig, reibt sich am ganzen Körper, spricht von Würmern. Nachts ängstlich, glaubt es komme jemand.

3. October 1900. Läuft und kramt unausgesetzt umher, nennt den Arzt bald Herr Doctor, bald „Du“, meint die Aerzte in weissen Mänteln seien Metzger.

4. October. Glaubte, in seiner Heimath zu sein, sei in seinem Bett zu Hause, hält die Bettdecke für seinen Lumpensack, glaubt schon 14 Tage hier zu sein, weiss vorübergehend, dass er im Krankenhaus ist.

(Wie geht es?) Soweit ganz ordentlich. (Krank?) Ja, es ist nicht gerade am besten. (Wo fehlt es?) Kopfweh und verschiedenes,

10. October. Patient erkennt dauernd seine Umgebung, findet sich nicht im Saal zurecht, lässt öfters unter sich. Von vorne herein fiel die joviale Stimmung des Patienten auf, der stets zu Scherzen aufgelegt, vorwiegend heiter und vergnügt ist.

(Wo gestern Abend?) „Ich war in Meiringen und anderen Dörfern, hab' angesehen, was ich machen kann“.

Im „Lamm“ bin ich eingekehrt, habe Bier getrunken und eine Wurst gegessen, habe etwa 50 Pf. bezahlt. Auf Befragen: den Doctor habe er nicht gesehen, habe aber gehört, dass er da gewesen sei.

(Wo hier?) „In Meiringen“. Auf Vorhalt, dass hier die Klinik sei, sagt er: „Ach was, das ist kein Krankenhaus, sondern eine Wirthschaft. Wir sind im „Lamm“ jetzt, da kann man auch übernachten“. Patient lädt den Arzt ein, die Nacht da zu bleiben, sich nicht zu genieren und ganz so zu thun, „als sei er zu Hause“, fragt auch: „Habt Ihr Euer Fuhrwerk da? Dann hält er eine lange Lobrede auf die Wirthsleute im „Lamm“.

11. October. Stets sehr gehobener heiterer Stimmung, kordial.

(Wo hier?) „In R., sogar beim Herrn Doctor“. (Wer Arzt?) „Sie sind der Hausdoctor“.

(Haus?) „Wohnung des Arztes“.

(Wie lange hier?) „Schon ein Paar Jahre bekannt“.

(Monat?) „December“.

Patient vergisst die Fragen sofort wieder, sagt, er wäre über den Herrn Doctor gefragt.

(Wo gestern?) „Wir haben mit Herrn G. gesprochen“.

Nach seinen Kleidern gefragt, sagt er, er habe sie drüben auf dem Gütle gelassen, er sei schon zum 2. Male hier, er wolle sich bedanken.

(Wo heute früh?) „Ich bin nach 5 aufgestanden und habe gedacht, du trinkst Kaffee und gehst in's Feld und da bin ich dann in's Feld“.

(Was dort gethan?) „Ich machte Kartoffeln heraus und bin heim. Dann lese ich auch Aepfel zusammen und nehme sie mit“.

(Wann beim Arzt?) „So um 8 Uhr herum, doch waren Sie nicht da. Ein Fräulein hat gesagt, Sie wären fort“.

Hat sie Ihnen denn nichts gesagt? Dann bin ich auf's Gütle, wo ich wirklich bin“.

(Was wollen Sie hier?) Jetzt thue ich gar nichts“.

(Gestern?) „Auch hinausgelaufen, gerade aufs Gut“.

(Was gethan?) Ich habe etwas den Schnee heruntergeschüttelt, damit man hinaus kann. Es lag aber nicht mehr viel Schnee“.

(Welche Jahreszeit?) „Es geht auf den Frühling zu. Bis ich hinaus-kam, war alles trocken.“

(Gestern den Arzt gesehen?) „Ja“. (Auch gesprochen?) „Ja, ich habe doch gesagt, ich gehe hinaus, jetzt hätte ich den ganzen Platz, ich könnte jetzt hinaus, wo ich wollte. Thun Sie sich nur erinnern“.

(Wo gestern gegessen?) „Zu Hause. Sie hat einen Welschkornbrei gemacht; es hat gut geschmeckt“.

(Dazu getrunken?) „Etwas Most“.

(Wo jetzt?) „Bei Ihnen, Herr Doctor“.

(Was ist das für eine Decke [Bettdecke])? „Die habe ich halt schnell umgenommen, die gehört mir. Sie gehört in's Bett, ich habe sie schnell genommen, damit ich nicht friere“. (Was für Schuhe?) „Winterschuhe, die gehören mir, die sind gestickt“. Auf die Frage, ob er krank sei, sagt er, er habe einmal einen Schwindelanfall gehabt.

Aufforderungen führt er richtig aus, ebenso bezeichnet er Gegenstände; einmal sagte er: „Frägt der Mann aber Dinger!“

Im Ganzen ist Patient jetzt viel ruhiger, kramt nicht mehr im Bett umher. Gegen Ende der Unterhaltung wird Patient auffallend schläfrig. Eine viertel Stunde nach Beendigung der Exploration erinnert sich Patient garnicht mehr an dieselbe, meint er habe zuletzt vor 8 Tagen mit dem Arzt gesprochen, heute habe er nach ihm gefragt, der Arzt sei aber nicht zu Hause gewesen.

12. October. Patient hat Nachts seine Kleider verlangt, wollte nach seinem Obst sehen, damit es ihm nicht gestohlen werde. Obwohl er ein Urin-glas im Bett hat, lässt er Nachts öfters Urin unter sich.

13. October. Sieht schlecht aus, Hände fühlen sich kühl an. Puls klein.

14. October. Hat seine Frau erkannt, sprach aber sonst ganz verwirrt. Als seine Frau von einer Katze sprach, suchte er gleich nachher eine Katze von seinem Bett wegzujagen.

Wiederholt auffallend schläfrig, sagt a. B., es müsse ihm so etwas wie ein Schlaganfall fehlen.

Den neben ihm liegenden Kranken hält er für seinen Hausherrn, was



dieser Patient R. (vergl. Fall VII) bestätigt. R. will Patient schon als Buben gekannt haben, er sei aus Haslach und H. aus Unterj.

Beide sind darüber einig, dass sie Jugendfreunde seien. Sie hätten sich immer da getroffen, wo es lustig herging, im Concert etc.

18. October. Nachdem Patient kurz vorher klagte, dass seine Mutter gestorben sei, sagt er dem A. auf Befragen, seine Mutter habe ihn besucht, was auch R. bestätigt. Einen 2. Kranken erklärt er für seine Schwester. Auf Befragen, ob seine Schwester denn einen Bart habe, sagt er: „Es scheint so“, und hält dann lange Reden über Bärte. Nochmals gefragt, ob es wirklich seine Schwester sei, sagt er: „Ja, sorgar die jüngste“.

(Woher der Bart?) „Der ist ihr halt gewachsen, weil sie das Maul nicht halten konnte. Sie ist immer rasirt worden, aber der Bart kommt immer wieder“.

23. October. Patient ist eben elektrisch untersucht; alser vom Elektrisierzimmer in den Saal gefahren wird, sagt er, es sei ihm eben ein Zahn gezogen. Nach 10 Minuten weiss er gar nicht mehr, dass er in einem anderen Zimmer war. Gewöhnlich liegt Patient schläfrig, wie halb benommen im Bett, spricht von selbst fast nichts, erst wenn man ihn anredet, fängt er an, allerlei Geschichten in scherzhafter Weise vorzubringen.

Oeffters klagt er über Kopfweh und Schwindel.

26. October. Steht heute auf, hält sich sauber, geht planlos im Saal umher, hält alle Leute für alte Bekannte und Vettern, fragt nach seinem Grossvater, der eben dagewesen sei.

31. October. Wieder stärker verwirrt, kramt viel, kann sein Bett nicht wieder finden. Sucht seinen Geldbeutel, um sein Schlafgeld zu bezahlen.

1. November. Heute besonders schläfrig, sagt es sei ihm im Kopf schlecht.

7. November. (Alter?) richtig. Gibt auch über seine Familie im Ganzen richtig Auskunft. Gibt auf Befragen die Namen verschiedener Lehrer an, nennt den Pfarrer, der ihn confirmirt, den Meister, bei dem er gelernt hat.

Er giebt erst an, er sei 32 Jahre verheirathet, dann richtig, 23 Jahre.

Soldat sei er wegen seiner Augen nicht gewesen, dann, er sei beim 2. Regiment gewesen und auch Unteroffizier geworden.

Immer sehr vergnügter und gehobener Stimmung.

14. November. Läuft fortwährend im Saal herum, sucht seine Lumpen, sagt, sie seien ihm weggefliegen.

Alle Leute im Saal hält er für Vettern, die zu seiner Hochzeit gekommen seien. Sagt, er habe sich wieder verheirathet, ruft in's Nebenzimmer, die Männer sollten nur ordentlich essen und trinken, der Wilhem bezahlt schon alles.

2. December. Heute auffallend heiter, lacht und singt sehr viel. Nachmittags 6 Uhr bei der Visite ein Anfall, nachdem er eben sehr vergnügt mit dem Arzt gesprochen hat.

Patient seufzt tief auf, stöhnt, hebt dann den linken Arm gegen den Kopf, es treten clonische Zuckungen, vor Allem im linken Arm und Bein auf, doch sind auch rechts Zuckungen. Kopf und Augen sind nach links gedreht. Pupillenreaction nicht zu prüfen, da die Bulbi sehr stark nach links und oben gedreht sind. Cornealreflexe erloschen. Auf Nadelstiche reagirt Patient nicht.

Nach etwa  $1\frac{1}{2}$  Minuten tonische Krämpfe im ganzen Körper. Athmung während der ganzen Zeit röchelnd, aus dem Munde fließt blutiger Speichel. Gesicht noch blasser als gewöhnlich. Dauer im ganzen 5 Minuten. Nachher noch benommen, murmelt auf Anrufen vor sich hin, öffnet etwas die Augen, reagirt auf Nadelstiche. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker.

Im Verlauf der nächsten halben Stunde noch zwei Anfälle, in Zwischenräumen von 10—15 Minuten, in der gleichen Art wie der erste, nur kürzer (2—3 Minuten). Eine Lähmung findet sich nachher nicht.

In der Nacht ein 4. Anfall in gleicher Weise. Einige Zeit danach Erbrechen, Kopfschmerz und starker Schwindel.

3. December. Morgens 37,8°.

6. December. Ein ähnlicher Anfall. Nur scheint Patient während des ganzen Anfalles bei Bewusstsein zu sein, er wischt sich während der Zuckungen den Mund ab und reagirt auf Nadelstiche. Auf Befragen giebt er an, die rechte Kopfseite schmerze ihn immer. Noch 3 Anfälle nach 3 Stunden von je 5 Minuten Dauer in ähnlicher Weise, doch mit Verlust des Bewusstseins.

Erneute Augenuntersuchung (Dr. Grunert) einige Stunden später: keine Neuritis, keine Stauungspapille. L. Pupille  $>$  als R.

R/L +, aber besonders links träger.

In den nächsten Tagen wieder völlig verwirrt, lässt alles unter sich.

27. December. Klagt viel über Kopfschmerzen, Schwindel und Schwäche.

3. Januar 1901. Ist sehr unruhig, spricht viel.

4. Januar. Hält sich mittags ängstlich die Augen zu, macht Abwehrbewegungen, sagt, es seien Blindschleichen da, welche ihm die Augen ausstechen wollten.

In den nächsten Tagen mehrere Anfälle. Vor den Anfällen klagt er häufig über Leibschmerzen.

13. Januar. Sagt heute morgen, es gehe allmählig abwärts, werde immer weniger. Psychisch unverändert. Für gewöhnlich schläfrig, fängt er auf Anreden munter zu fabuliren an, ist dabei sehr vergnügt, zu Scherzen aufgelegt. Vergisst alles sofort wieder.

22. Januar. Schilt heute, als der Arzt kommt, heftig, warum er sich nicht sehen lasse. Nennt den Arzt seinen Mann, wird auf Vorhalt sehr böse, sagt: „Bin ich nicht mit Ihnen am Altar gewesen?“

6. Februar. Morgens ein Anfall wie früher. In den folgenden Tagen besonders verwirrt, zugleich sehr erregt, schimpft.

27. Februar. Nennt auf Befragen seinen Namen richtig. Spontan: „Ich bin geboren den 6. April 1850. Jetzt werde ich 27 Jahre alt. Das ist schon mein 3. Haus, die anderen sind mir zu klein geworden. Dafür habe ich 4600 M. gegeben“ u. s. w.

(Wo?) „In meinem Hause in Reutl“.

Auf Vorhalt, er sei in der psychiatrischen Klinik in Tübingen: „O Herr Doctor, Sie täuschen sich. Sie thun mich doch nicht in's Narrenhaus, das wäre noch schöner, für was denn? Sind die verrückt!“

(Jahr?) „1890“. (Monat?) „April“. (Tag?) „Sonntag“.

(Getrunken?) „Mehr Wein als Most. Dem Wasser geht man auf die Seite, das ist nicht einmal in den Schuhen gut“.

20. März. Sehr unsicher beim Gehen. Benommen, sagt, werde elektrisirt, das Blut zusammengezogen, klagt über Leibschmerzen und Brennen in der linken Hand.

Vielfacher Wechsel von Zeiten, wo Patient einen benommenen schläfrigen Eindruck macht, mit anderen, wo er sehr aufgekratzt und humorvoll erscheint.

2. April. Nachmittags steht Patient versuchsweise auf, ist sehr heiter, cordial, meint, er sei im Wartesaal, gleich gehe der Zug. Einen „alten Bekannten aus seiner Heimat“ erkennt er sofort.

Abends sechs Anfälle.

3. April. Benommen, kramt im Bett umher, isst nicht. Leichtes Fieber. Allgemeiner Tremor, unsicherer schwankender Gang, keine Lähmung.

4. April. 39,1<sup>0</sup>. Untersuchung der inneren Organe ergiebt nichts Siceres. Sehr verwirrt.

5. April. Benommenheit hält an; singt vor sich hin, fasst sich unausgesetzt mit der Hand an den Mund und zupft an der Lippe. 39,2<sup>0</sup>.

9. April. Etwas weniger benommen. Puls klein. Klagt über Kopfschmerzen und Schwindel, lässt unter sich. Beine spastisch contracturirt. Streckung schmerzhaft. Knieph. beiderseits schwach, r. > l.

12. April. Meist benommen. Ab und zu Zuckungen auf der linken Körperhälfte.

15. April. Contracturen der Beine sind stärker geworden. Kniephänomen links fehlend, rechts deutlich. Decubitus, Coma.

20. April. 2 Uhr mittags Exitus.

Seit dem 6. April sehr unregelmässige Temperaturschwankungen zwischen 36,5<sup>0</sup> und 38,2<sup>0</sup>, aber auch bis 35,2<sup>0</sup>. Ebenso Puls sehr unregelmässig, aber nie unter 70.

Patient erhielt längere Zeit Jodnatrium resp. Jodkalium ohne Erfolg.

Section 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> St. p. m.

Makr.: Rückenmark schmal, Dura normal. Weiche Häute stellenweise mit der Dura stark verwachsen. Consistenz des ganzen Rückenmarks ist etwas vermehrt. Zeichnung der grauen und weissen Substanz wenig deutlich auf Durchschnitten. Dura mater des Gehirns normal, weiche Hirnhäute diffus getrübt und verdickt an der Convexität, nicht an der Basis. Hirnwindungen, namentlich im Stirnlappen verkleinert, fühlen sich derb an. Farbe mehr graugelblich als grau. Gehirnarterien stellenweise etwas verdickt.

Mikr.<sup>1)</sup>: Pia sehr stark unregelmässig, oft wie knollig, verdickt, ausserdem sehr stark zellig infiltrirt. Hirnrinde zeigt mässigen Schwund der Tangentialfasern, ferner (mit Weigert'scher Gliamethode) starke Verdichtung und Verbreiterung des Randfilzes und zahlreiche grosse Spinnenzellen (Formen mit langen balkigen Ausläufern), die besonders die Gefässe umlagern, welche auch

---

1) Die Untersuchung des Gehirns ist uns durch die Freundlichkeit von Herrn Professor Wollenberg ermöglicht.

von dichtem Fasergeflecht umgeben sind. Um die Gefässe in der Rinde starke Zelleninfiltration, die zum Theil von Plasmazellen (Alkoholhärtung, Färbung mit Thionin) gebildet wird. Vereinzelt finden sich in der Rinde und auch im centralen Höhlengrau Blutungen.

An der Basilaris und den übrigen basalen Gefässen zum Theil sehr starke Wucherung der Intima in der Art der Endarteriitis Heubner's.

Das Rückenmark zeigte mit Marchi frische Degenerationen in beiden Pyramidenseitensträngen, wo mit Weigert auch eine leichte ältere Degeneration sich fand. Eine solche ältere Degeneration fand sich auch in den Hintersträngen, besonders in den mittleren Partien des Goll'schen Stranges, vor Allem links. Mit Marchi mässige Schwarzfärbung im Burdach'schen Strange linkerseits.

In dem eben besprochenen Falle leitet die Szene ein epileptiformer Anfall (Juni 1900) ein, im Anschluss an den sich Gedächtnisschwäche entwickelt.

Ca. 3 Monate später tritt nach einer Art praeepileptischer Verwirrtheit ein zweiter epileptiformer Anfall auf, dem ein Zustand folgt, der durchaus einem Delirium tremens gleicht. Nach wenigen Tagen treten die Unruhe und Erregung sowie die Sinnestäuschungen zurück, und wir sehen nun den vollentwickelten Korsakow'schen Symptomencomplex in geradezu klassischer Form vor uns. Derselbe bleibt bis zuletzt bestehen.

Vom weiteren Verlauf ist erwähnenswerth, dass von Zeit zu Zeit stundenweise an Delirium tremens erinnernde Erregungszustände auftraten, in denen sich Patient gegen Bienen, die ihn umschwärmten, u. a. wehrte, Zustände, auf deren Vorkommen besonders Bonhöffer<sup>1)</sup> hingewiesen hat.

Mit welchem Grundleiden haben wir es hier zu thun?

Mit Rücksicht auf das Krankheitsbild dachten wir naturgemäss zuerst an Alkoholismus, auf den uns auch der Beruf unseres Kranken als Lumpensammler hinzuweisen schien. Jedoch haben sich genügende Anhaltspunkte hierfür nicht ergeben, da weder die geringfügige Neuritis, noch die Delirium tremens ähnlichen Zustände zu bestimmten Schlüssen berechtigen und da insbesondere die Anamnese nichts Positives zu Tage förderte, vielmehr die Angehörigen, die einen zuverlässigen Eindruck machten, jeden Potus in Abrede stellten.

Wir konnten daher an der alkoholischen Grundlage nicht festhalten, und wir zogen nun zur Erklärung die frühere syphilitische Infection heran, da die Annahme einer Epilepsie, die ja anfangs nahe lag, weiterhin unhaltbar erschien.

1) loc. cit.

Handelte es sich um Paralyse oder um eine Lues cerebri resp. cerebrospinalis?

Erstere schien uns unwahrscheinlich, weil nach den meisten Autoren<sup>1)</sup> ein typischer Korsakow bei Paralyse nicht vorkommen soll, und weil auch sein Bestehen uns mit der ganzen Art der psychischen Störungen bei Paralyse auf die Dauer schwer vereinbar schien.

Wir dachten daher in erster Linie an eine syphilitische Hirnerkrankung, weniger an eine Lues cerebrospinalis im gewöhnlichen Sinne, da eigentliche Lähmungen, speciell im Gebiete der Hirnnerven, fehlten, als an ein Gummi im Gehirn, indem wir an Korsakow bei Hirntumoren uns erinnerten.

An und für sich passten die epileptiformen Anfälle, die zum Theil Jackson'schen Typus zeigten, dazu gut. Wir vermissten aber Hirndruckerscheinungen, Stauungspapille u. s. w., so dass wir zu einer sicheren Diagnose in dieser Richtung nicht kamen.

Im Gegentheil, als sich im Laufe der Beobachtung weder Tumorsymptome, noch Zeichen der Lues cerebri einstellten, da wiesen die sich häufenden epileptiformen Anfälle, und dann das allmälige Schwinden der Kniephänomene in den letzten Wochen vor dem Tode noch immer mehr auf Paralyse hin.

Die Section und die mikroskopische Untersuchung des Gehirns haben diese Wahrscheinlichkeitsdiagnose zur Gewissheit erhoben.

Die Trübung und Verdickung der Pia, die Atrophie der Hirnwindungen zusammen mit dem Schwund der Tangentialfasern, der starken Wucherung der Glia, der perivascularären, an Plasmazellen reichen Zellinfiltration in der Rinde, der Degeneration in Seiten- und Hintersträngen im Rückenmark u. a. m. geben in ihrer Gesamtheit ein pathologisch-anatomisches Bild, das nach unseren heutigen Kenntnissen, zumal man Alkoholismus wohl ausschliessen kann, unzweifelhaft zur Diagnose Paralyse zwingt.

Ob wir dabei die Endarteriitis der basalen Gefässe als zugehörig zur Paralyse auffassen wollen<sup>2)</sup> oder als specifisch syphilitisch, erscheint dabei von untergeordneter Bedeutung.

Der Nachweis, dass wir es hier mit einem typischen Korsakow'schen Symptomencomplex bei Paralyse zu thun hatten, regt zu man-

---

1) Nur Jolly (Charité-Ann. XXII.) macht ausdrücklich darauf aufmerksam, dass sich in einzelnen Fällen der Korsakow'sche Symptomencomplex im Sinne der Paralyse weiter entwickle.

2) Vergl. Straub, Verhandlungen der Gesellschaft der Naturforscher und Aerzte 1899. S. 302.

cherlei, vor Allem differentialdiagnostischen Betrachtungen an, auf die wir nach Besprechung des Falls VI, eines Parallelfalles zu dem eben besprochenen, eingehen werden.

Wir verdanken diesen Fall der besonderen Liebenswürdigkeit des Herrn Directors Sioli.

## VI. Fall.

B. E., 34 Jahre, Dienstmädchen. Auftreten von Schwindelanfällen und epileptiformen Krämpfen im Wochenbette. Völliger Verlust der örtlichen und zeitlichen Orientierungsfähigkeit und des Gedächtnisses für die Jüngstvergangenheit bei relativ gut erhaltener Erinnerung für zurückliegende Ereignisse. Zeitweilig Beschäftigungsdelir. Kein Potus. Somatisch ausser Krampfanfällen lange Zeit nichts als schwerfällige Sprache und einseitige Facialisschwäche. Erst nach einem halben Jahre Pupillenträgheit und Abblassung einer Papille. Später passagere Lähmungen und Paraphasie nach schweren Krampfanfällen. Tod an eitriger Pleuritis und Pneumonie. (Anatomischer Befund s. u.)

Emilie B. aus Cannstadt, 34jähriges, lediges Dienstmädchen, wurde den 20. Februar 1899 in die Frankfurter Irrenanstalt aufgenommen.

Ueber ihr Vorleben war nichts Näheres zu erfahren, doch wurde Potus in Abrede gestellt. Vor  $\frac{3}{4}$  Jahren hatte sie ein uneheliches Kind geboren. Im Wochenbette sollten zuerst Schwindelanfälle aufgetreten sein. Im December 98 wurde sie wegen Krampfanfälle 4 Wochen im Spital verpflegt. Nach ihrer Entlassung ging sie wieder in Dienst, war aber auffallend gedächtnisschwach, fand sich nicht im Hause zurecht, zog fremde Stiefel an. Wiederholt traten Krampfanfälle mit Zuckungen und Schaum vor dem Munde auf. Am 18. Februar 99 kam Patientin nicht aus ihrer Kammer. Man fand sie regungslos mit starren Augen im Bette liegen. Auf Anreden und Schütteln reagierte sie nicht. Sie wurde in's Spital gebracht. Auf dem Transporte hatte sie starkes Erbrechen. Im Spital wurde sie unruhig. Am 20. Februar 99 kam sie mit der Diagnose „Epileptischer Dämmerzustand“ in die städtische Irrenanstalt.

Status somaticus: Mittelgrosse Person von gracilem Knochenbau, schlaffer Muskulatur, geringem Fettpolster. Gesicht und Schleimhäute blass. Keine Nackensteifigkeit. Schädel ohne Besonderheiten. Pupillen gleich, weit, rund, reagieren prompt auf Licht und Convergenz. Augenbewegungen frei. Facialis symmetrisch. Zunge kommt gerade, zittert, ohne Narben, nicht belegt. Alle Sehnenreflexe lebhaft. Links Patellarclonus, kein Fussclonus. Hautreflexe lebhaft. Mechanische Muskelerrregbarkeit und vasomotorisches Nachröthen nicht gesteigert, Gang taumelnd. Keine Lähmungen. Tast- und Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt. Puls 96, regelmässig, von geringer Spannung. Herztöne rein. Herzdämpfung nicht verbreitert. Arterien weich. Lungen ohne Besonderheit. Leberdämpfung nicht vergrössert. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Ophthalmoskopisch normaler Befund.

Rathloser Gesichtsausdruck. Benommenes Wesen. Sprache bei spontanen Aeusserungen schwerfällig, langsam. Aufforderungen werden zeitweise befolgt, Antworten nicht gegeben. Hält sich ruhig im Bette.

21. Februar. Liegt mit halboffenen Augen im Bett, ohne auf Anrede zu achten. Nimmt Nahrung. Hat Stuhl und Urin. Abends kniet sie plötzlich im Bette, tastet an den Kopfkissen herum, wirft dieselben auf den Boden, schiebt sich an den Rand des Bettes, droht herauszufallen. Alle Bewegungen haben etwas Automatenhaftes. Auf den Boden gestellt, macht sie einige hastige unsichere Schritte, taumelt dann und fällt den Umstehenden in die Arme.

22. Februar. Nachts in der feuchten Einpackung ruhig geschlafen. Antwortet auf Fragen. Nennt ihren Namen, weiss weder Ort noch Zeit. Zeigt dabei Perseveration, klebt stets an dem zuletzt Gesprochenen. Bleistift und Uhr bezeichnet sie richtig. Nennt dann alles „Uhr“. Ermüdet sehr rasch. Wiederholt immer mit leiser Stimme: „Durch Durchfall bin ich krank geworden!“

23. Februar. Heute freier, antwortet prompt: (Wie geht es?) „Danke ganz gut“. (Wie lange hier?) „Seit gestern Abend“. (Datum?) „Das weiss ich nicht“. (Tag?) „Montag“ (Donnerstag). (Gestern Sonntag?) „Gestern war Sonntag“. (Ausgang gehabt?) „Gestern“.

(Wo gewesen?) „Bei Bekannten“. (Jahr?) „Gestern war Sonntag, und da war ich zufälliger Weise bei einem Festtage“. (Jahr?) „98“. (Doch 99?) „Nein 98“. Meint, es sei September; kann die Uhr nicht ablesen. Ermüdet rasch. Nennt schliesslich alles, was ihr gezeigt wird, „10 Pfennig“, nachdem das Wort vorher gefallen war.

24. Februar. Pupillen weit, reagiren gut. Rechter Facialis erscheint etwas schwächer innervirt als der linke. Am Gaumen eine weissliche Narbe. Sprache ohne Besonderheiten.

(Wo hier?) „Bei Dr. M. in der Ostendstrasse“. (Was thun Sie hier?) „Arbeiten“. (Wie lange hier?) „3 Monate“.

Rechenaufgaben heute prompt gelöst. Vorgezeigte Gegenstände stets richtig benannt. Urin fortgesetzt frei von Eiweiss.

27. Februar. Dauernd ganz unorientirt, ruhig. Glaubt Morgens, es sei schon Mittag. Gestern sei sie noch in Stellung gewesen. Hier sei ein Krankenhaus.

28. Februar. Schmerzempfindlichkeit im Allgemeinen herabgesetzt, nur Gesicht und Fusssohlen hyperästhetisch. Sagt Abends, sie habe den ganzen Tag „unten“ Strümpfe gestopft. Geht aus dem Bette, will Kaffee kochen und Rüben schälen. Auf Aufforderung legt sie sich hin, sagt aber dabei: „Das kann ich machen, wie ich will!“

1. März. (Wie lange hier?) „Seit gestern Morgen“. (Wie hergekommen?) „Nun, zu Fuss“. (Wo hier?) „Im Krankenhause“. (Krank?) „Ich habe Stechen in den Füßen“. (Krämpfe gehabt?) „Nein, nie“.

(Wo vorgestern?) „Vorgestern war ich noch in meiner Stellung“. (Welcher?) „Ach, wo war ich denn? Es fällt mir wirklich nicht ein“. (Bei Herrn

K.<sup>2</sup>) „Ja“. (Wo wohnt der?) „Der wohnt allein“. (Niemand bei ihm?) „Nein“. (Hat doch Frau?) „Ja“. (Die gesund?) „Ja, die ist gesund“. (Nicht gelähmt?) „Ja, die hat gelebt“. Patientin giebt bei Fragen nach Vorgängen der Jüngstvergangenheit die verkehrtesten Antworten mit bestimmtem, überzeugten Tone. Widerspricht sich im nächsten Augenblicke.

3. März. Morgens erschien heute die Waden- und Oberarmmuskulatur druckempfindlich; mittags fehlt jede Schmerzäusserung wieder. Patientin findet ihr Bett nicht allein, meint, sie sei erst eine Stunde hier, kenne daher die Leute nicht. Sie habe den Arzt noch nie gesehen.

6. März. Heute beim Nachsprechen eines Paradigmas Andeutung von Silbenstolpern! Andauernd unorientirt.

28. März. Glaubt bald, in Stellung zu sein, und will kochen, putzen etc.; bald giebt sie an, im Krankenhause sich zu befinden, weil sie Kopfschmerzen habe. Gar kein Gedächtniss für Vorkommnisse der Jüngstvergangenheit. Kommt zuweilen aus dem Bette und schimpft und schlägt auf die Mitpatienten ein, die sie für Eindringlinge hält.

5. April. Einmal Erbrechen. Zeitweise Klagen über Schwindel und Kopfschmerz. Gang bald ungestört, bald taumelnd. Pupillen reagiren prompt. Augenhintergrund normal.

12. April. Patientin vergisst sofort, was eben erst geschehen ist. Sagt Morgens: „Guten Abend!“ Glaubt erst 2 Tage hier zu sein. Fällt Abends plötzlich nach links. Hat Erbrechen. Der linke Arm erscheint anästhetisch. Sonst somatisch nichts nachzuweisen.

13. April. Sitzt heute ängstlich im Bette, blickt rathlos umher und schreit: „Wo bin ich denn hier? Ach, ich weiss ja gar nicht, wo ich bin!“ Sagt auf alle Fragen nur immer: „Mir ist so sonderbar! Ich weiss ja gar nicht, wo ich bin“. Tiefe Nadelstiche im linken Arm und Bein erregen fast keine Reaction, rechts werden schon leichte Nadelstiche wahrgenommen. Sprache sehr verwaschen. Nachmittags Erbrechen. Patientin sinkt dann plötzlich zurück, wobei die rechte Gesichtshälfte blauroth verfärbt ist.

14. April. Heute in der Sensibilität zwischen rechts und links keine Differenz.

21. April. Pupillen weit, gleich, reagiren gut. Kniephänomene sehr gesteigert. Kein Fussclonus. Sohlenreflexe lebhaft. Gang sicher. Kein Romberg. Zeitweise Silbenstolpern. Sensibilität nicht gestört. Klagen über Kopfschmerzen. Andauernd ganz unorientirt.

4. Mai. Mehrfach Erbrechen. Wechselnde Klagen. Gar kein Gedächtniss für frische Erlebnisse. Rechnet gut.

15. Mai. Kennt noch immer nicht die Personen ihrer Umgebung. Glaubt, in Stellung bei ihrer Herrschaft zu sein. Weist andere Kranke zur Ruhe oder fordert sie auf, das Haus zu verlassen. Manchmal schlägt sie auch zu. Motilität und Sensibilität ohne Störung.

3. Juni. Linksseitiger Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit und Pupillenstarre. Dauer 5 Minuten. Dann tief benommen. Temperatur 38°. Rechts wiederholt Zuckungen im rechten Arm und Facialis.



4. Juni. Morgens benommen. Choreiforme Bewegungen in rechter Hand und rechtem Bein. Mittags unruhig, drängt aus dem Bette. Zungenbiss! Unrein. Erbrechen.

6. Juni. Patientin liegt halb benommen im Bette, zählt automatisch vor sich hin, ohne sich um ihre Umgebung zu kümmern. Schlucken erschwert. Kniephänomene lebhaft gesteigert. Pupillen nicht sicher zu prüfen, da die Augen krampfhaft zugekniffen werden. Wiederholt häufig, sie habe viel zu thun.

10. Juni. Pupillen gleich, weit, reagiren prompt. Der linke Facialis leicht paretisch. Nadelstiche überall empfunden. Urinretention. Sagt, sie habe keine Schmerzen, sei erst 8 Tage hier. Isst viel. Beschwerdt sich aber, man lasse sie hungern. Confabulirt viel, sie habe einen Einlauf erhalten, sei eben eingepackt worden etc., was gar nicht der Fall ist.

27. Juni. Andauernd ganz unorientirt. (Seit wann hier?) „Seit heute Morgen“. (Wo gestern?) „Nein, ich bin gestern Abend gekommen“. (Wo gestern?) „Da war ich zu Haus“. (Wo?) „Nun, in Stellung“. (Bei wem?) „Das weiss ich nicht mehr, ich habe so Kopfschmerzen. (Wo hier?) „Im Krankenhaus. Es gefällt mir aber hier nicht. Man bekommt hier nichts zu essen. Ich will hier wieder fort“.

Behauptet entschieden, heute noch nichts gegessen zu haben. Hat dabei soeben reichlich gefrühstückt.

Dieser Zustand dauerte unverändert an bis zur Ueberführung nach der Anstalt Weilmünster am 4. August. 99.

Der dortigen Krankengeschichte, welche uns von Herrn Director Dr. Lanzius in entgegenkommendster Weise zur Verfügung gestellt worden ist, wofür wir ihm auch an dieser Stelle unsern Dank aussprechen, entnehmen wir folgende Daten:

Im August bot Patientin im Wesentlichen das gleiche Verhalten, namentlich sehr kurzes Gedächtniss. Die Pupillen waren weit und reagirten träge. Die rechte Papille erschien etwas blasser. Der Gang war schwerfällig, unsicher. Nachts lief Patientin viel umher und zog die Sachen anderer Kranker an.

11. September. Beklagt sich Morgens bei der Visite, dass ihr 20 Mark gestohlen seien. Mittags zunehmende Erregung; läuft unter wirrem Gerede mit ängstlichem Affecte umher, über Tisch und Bänke. Um 3½ Uhr rechtsseitiger Krampfanfall mit Bewusstseinsverlust, Pupillenstarre, Zungenbiss, Puls 130. Nach 1½ stündiger Dauer Temperatur 38,6°. Chloroformnarkose. Die clonischen Zuckungen in der ganzen rechten Seite waren völlig synchron mit dem Pulsschlage. Später noch ein kurzdauernder sehr heftiger Anfall.

12. September. Benommen. Nasolabialfalte verstrichen. Rechter Arm schlaff, gelähmt, ohne Reflexe. Rechtes Bein spastisch-paretisch.

13. September. Alle Lähmungserscheinungen völlig zurückgebildet bis auf die Facialisparese und auf eine Herabsetzung des Händedrucks rechts.

14. September. Abends Temperatur 38°. Oertlich und zeitlich ganz unorientirt. Glaubt in Cannstadt zu sein; es sei Februar.

16. September. Merkfähigkeit schlecht. Gedächtniss für ältere Zeit ziem-

lich gut. Schläfriges Wesen. Vorgezeigte Gegenstände öfters unrichtig benannt. (Thaler) „Uhr“, (Seife) „Glas“, (Portemonnaie), „Taschentuch“.

17. October 99. Tod an rechtsseitiger Pleuritis und Pneumonie.

Das Gehirn, welches uns zur Untersuchung überlassen wurde, bot makroskopisch ausser leichter Trübung der Pia nichts Besonderes. Namentlich bestand keine deutliche Atrophie.

Die mikroskopische Betrachtung von Pal-Präparaten aus der Grosshirnrinde ergab überall Schwund der Tangentialfasern, Verdickung der Gefässwänden mit kleinzelliger Infiltration und zahlreichen Blutungen. Namentlich aber fielen in Schnitten aus dem Paracentrallappen zerstreute, fast subcortical gelegene helle Herde auf, welche die fächerförmig einstrahlenden Markfasern durchsetzten.

Auf Gieson-Präparaten zeigte es sich, dass an solchen Stellen eine starke Gliawucherung stattgehabt hatte. Eine ausgedehnte Anwendung der Weigert'schen elektiven Gliamethode war leider nicht möglich, da nicht von Anfang an Stücke dafür vorbereitet worden waren. Indessen gelang doch über Erwarten die Darstellung von Nestern riesiger balkiger Spinnenzellen in der Umgebung der Gefässe und eines abnorm dichten Randfilzes. Dagegen musste auf eine Darstellung von Plasmazellen, nachdem das Gehirn schon längere Zeit in Formol gelegen hatte, verzichtet werden.

Blutungen im centralen Höhlengrau fanden sich nicht.

Bei einem 34jährigen Mädchen treten circa  $\frac{1}{2}$  Jahr vor der Aufnahme epileptiforme Anfälle auf, nach denen bei der Kranken Vergesslichkeit auffiel, während schon  $\frac{1}{4}$  Jahr vorher Schwindelanfälle im Wochenbett bemerkt worden waren. Kurze Zeit vor der Aufnahme (20. Februar 99) kommt es wieder zu mehrfachen epileptiformen Anfällen mit nachfolgender Erregung und Unruhe. Das Krankheitsbild bei der Aufnahme ähnelte in einzelnen Punkten einem Delirium tremens, das von Zeiten stärkerer Benommenheit unterbrochen war. In der Folgezeit trat dann der Korsakow'sche Symptomencomplex unverkennbar hervor, der auch hier, wie in Fall 4, durch vorübergehenden ängstlichen Affect — vor Anfällen — ausgezeichnet war.

Für Alkoholismus existirten keinerlei Anhaltspunkte, auch der zuerst sehr naheliegende Verdacht auf Epilepsie fand durch den weiteren Verlauf keine Nahrung mehr, dagegen lag die Vermuthung nahe, auf eine frühere syphilitische Infection, die freilich nicht zu erweisen war, die vorliegende Erkrankung zu beziehen. Das in der ersten Zeit fast völlige Fehlen der üblichen körperlichen Symptome liess in Gemeinschaft mit den für Paralyse ungewöhnlichen psychischen Störungen eher an eine Lues cerebri denken. Doch vermisste man dabei — von den Krampfanfällen abgesehen — deutliche Zeichen einer Hirnerkrankung, Hirnnervenlähmung u. s. w.

Als sich später Sprachstörung und träge Pupillenreaction einstellte, neigte sich die Wagschale wieder zu Gunsten der Paralyse, deren Bestehen die Untersuchung des Gehirns (Schwund der Tangentialfasern, starke perivaskuläre Zellinfiltration, Gliawucherung, sklerotische Herde u. a.) mit Sicherheit ergab.

Es bedarf kaum eines besonderen Hinweises, um die auffallende Ähnlichkeit zwischen diesem und dem vorigen Falle zu erkennen: Beginn, Verlauf, differential-diagnostische Schwierigkeiten, schliessliche Feststellung des Grundleidens gleichen sich fast bis aufs Haar.

Bei beiden zuerst epileptiforme Anfälle, dann Vergesslichkeit, darauf wieder Anfälle, denen eine Delirium tremens ähnliche Phase folgt, und nun der Korsakow'sche Symptomencomplex. In beiden Fällen zahlreiche Anfälle, sonst sehr geringe körperliche Störungen.

Gehen wir nun näher auf die psychischen Eigenarten des Krankheitsbildes bei unseren beiden Patienten ein, so haben wir auf die Abweichungen, welche dieselben von dem gewohnten Schema der Paralyse aufweisen, schon bei der Differentiadiagnose kurz aufmerksam gemacht.

Zuerst der Beginn unter der Maske des Delirium tremens! So sehr das auf den ersten Blick aus dem Rahmen der Paralyse zu fallen scheint, so ist doch zu betonen, dass das Delirium tremens keineswegs ausschliesslich beim Alcoholismus chronicus vorkommt.

Wir finden es vielmehr, wenn auch selten, bei anderen Erkrankungen — wohl gemerkt, ohne irgend welche Alkoholeinwirkung — so bei der Pachymeningitis interna haemorrhagica, bei der Epilepsie und auch bei Paralyse von sonst nicht atypischem Verlaufe. Ebenso bekommen wir im Verlaufe der Dementia senilis und auch anderer Psychosen Krankheitsphasen zu sehen, die durchaus dem Delirium tremens ähneln.

Befremdend für eine Paralyse war ferner das Fehlen stärkerer und fortschreitender Demenz, doch ist ja zur Genüge bekannt, wie verschieden intensiv diese Abnahme der geistigen Kräfte bei der Paralyse sein kann.

Schwer vereinbar, wie wir schon betonten, erschien nur der Korsakow'sche Symptomencomplex mit der Paralyse. Zahlreich sind die differential-diagnostischen Momente, die von den Autoren, besonders Mönkemöller<sup>1)</sup> und Bonhöffer<sup>2)</sup> gegenüber

---

1) loc. cit.

2) loc. cit.

der Paralyse angegeben sind: Die Confabulationen halten sich im Bereich der Möglichkeit, es fehlen — meist — Grössenideen, die Erinnerung an die weiter zurückliegende Zeit ist verhältnissmässig gut und bleibt unverfälscht, es besteht eine gewisse Krankheitseinsicht u. a. m. Alles das versagt hier, wie die Krankheitsgeschichten unserer beiden Fälle, die wir absichtlich ausführlich wiedergegeben haben, auf's deutlichste zeigen.

Bei reiflicher Ueberlegung kann es uns allerdings eigentlich nicht Wunder nehmen, dass in dem unendlichen Wechsel der psychischen Störungen bei der Paralyse auch einmal der Korsakow'sche Symptomencomplex vorherrscht.

Der Vergleich, den Charcot für die Tabiker anwandte, dass dem einen jene, dem anderen diese Krankheitsform aus der Büchse der Pandora zu Theil werde, den können wir mit Fug und Recht auch auf die psychischen Störungen der Paralytiker anwenden. Sehen wir doch bald manische, bald melaucholische Zustandsformen, und ein anderes Mal spiegelt die Paralyse uns eine Paranoia oder eine Katatonie mit allen Feinheiten vor. So ist es durchaus verständlich, dass, wie jene Zustandsbilder, offenbar bedingt durch die Besonderheiten der Localisation, nun auch der Korsakow'sche Symptomencomplex bei der Paralyse zur Entwicklung gelangt, worauf bereits Jolly hingewiesen hat.

Es ergibt sich somit, dass das Bestehen des Korsakow'schen Syndroms an sich, mag es auch noch so ausgesprochen sein, nicht Paralyse ausschliessen lässt, und es liegt hierin naturgemäss, wie wir schon früher andeuteten, eine sehr grosse, in manchen Fällen unüberwindliche Schwierigkeit, wenn es sich um einen Alkoholiker handelt, zumal, wie wir ebenfalls schon erwähnt haben, bei der Alkoholparalyse Pupillenstarre und Westphal'sches Phänomen beobachtet sind.

Man wird sich in diesen, ja nicht allzu häufigen Fällen, damit begnügen müssen, die Möglichkeit einer Paralyse, selbst auf Jahre hinaus, offen zu halten, da ja Paralysen, von weit über 10jähriger Dauer, und auch Remissionen bis zu 10 Jahren und darüber beschrieben sind<sup>1)</sup>. In solchen Fällen wird aber die Section in der Regel die Entscheidung bringen.

## VII. Fall.

R., 67 Jahre, Schneidermeister. 1898 Schlaganfall. Seitdem Abnahme der geistigen Kräfte. Seit Januar 1900 arbeitsunfähig, oft

---

1) v. Halban, Zur Prognose der progressiven Paralyse. Jahrb. für Psych. XXII.

erregt. 26. September 1900 in's Spital zu St. Dort unorientirt und sehr vergesslich.

15. October 1900. Aufnahme in die Klinik zu Tübingen. Rechtsseitige Hemiparese. Unorientirtheit, Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit, Confabulationen und Erinnerungstäuschungen.

19. März 1901. Exitus letalis an Pneumonie. Section: Arteriosklerose der Gehirnarterien. Alte apoplectische Narben im rechten Thalamus und Brücke.

R. Friedrich, 67 Jahre, Schneidermeister. Heredität, Potus, Trauma, Infection negirt. 1898 Schlaganfall, seitdem Schwäche der Auffassung und des Gedächtnisses. Seit Januar 1900 arbeitsunfähig. Seitdem auch mehrfach erregt. Vom 26. September bis 15. October 1900 im Bürgerspital zu St. War dort mangelhaft orientirt, und vor allem vergass er sehr schnell, was kürzlich geschehen, während er Dinge von früher her ziemlich gut wusste. 15. October 1900 Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen. Die körperliche Untersuchung ergab: R./L. +, A. B. frei. Rechter Mundfacialis schwächer als der linke innervirt. Sprache verschwommen, nasal. Innere Organe ohne Veränderungen. Temporalis und Radialis stark geschlängelt und rigide. Reflexe der oberen Extremitäten etwas lebhaft. Kniephänomene rechts lebhafter als links. Rechtes Bein etwas schwächer als das linke. Gang unsicher, steifbeinig. Bei der Aufnahme ruhig. Personalien richtig, nur kann er sein Alter nicht angeben. Meint, er sei in St. Auf Befragen: Ich bin erst heute Abend von meiner Wohnung gekommen. Ich war auf dem Rathhaus, weil ich mich anmelden musste. Auf Befragen: Er habe heute Mittag noch geschneidert. (Was gearbeitet?) „Für mich einen Rock, es ist soweit, dass man ihn anziehen kann“.

Ueber seine Jugend giebt Patient gut Auskunft. Er weiss, wo er gelernt hat, bei wem und wie lange. Im Ganzen macht er einen schläfrigen und etwas schwer besinnlichen Eindruck. Den Schlaganfall, den er erlitten hat, kann er richtig schildern. Nach demselben habe er bis heute arbeiten können, doch sei sein Gedächtniss immer schlechter geworden.

16. October 1900. Sitzt morgens in Schneiderstellung im Bett, sagt, er habe gestern zu Hause eine Zeit lang gearbeitet, er habe eine Joppe für einen Herrn ausgelassen. Nachmittags sei er in Berg und C. gewesen und habe Nachts im Bürgerspital geschlafen. Heute sei er schnell heim und habe seine Frau besucht.

(Arzt schon gesehen?) „Schon oft, seit 5 Jahren“.

(Wo?) „Beim Militär“.

(Was war der Arzt da?) „Oberarzt“. (Wie heisst er?) „Das weiss ich nicht“. (Wann ihn zuerst gesehen?) „Vor 3 Jahren“. Frägt dann den Arzt selbst: „Habe ich Sie nicht beim 2. Regiment gesehen? Ich diene damals gerade“.

17. October. Behauptet, er kenne einen anderen Kranken (Fall V) schon vom Militär her. Fragt ihn dann: „Ja, warst Du denn nicht beim 2. Regi-

ment?“ worauf dieser antwortet: „Soweit ist's nicht gekommen, sie haben mich nicht behalten wegen meiner Augen.

19. October. Gefragt, warum er heute nicht gearbeitet habe, sagt er: es sei Sonntag und er habe zur Musterung einrücken müssen. Auf Befragen: Jeder habe da seine eigene Uniform. Patient geht darauf aus dem Bett und sucht nach seiner Uniform. Als er sie nicht findet, sagt er: „Da zieht jeder seine Uniform aus, und dann nehmen andere sie weg!“

23. October. Sagt, sein Gedächtniss sei gut. Den Arzt habe er das letzte Mal vor 4 Tagen gesehen in St. Vorgestern war er zu Hause und arbeitete an einer Hose, gestern war er in Cannstadt. Was er heute Mittag gegessen habe, wisse er nicht mehr, denn ich war nicht zu Hause, sondern habe im Wirthshaus gegessen, aber das Essen war nicht gut“.

24. October. Patient steigt Nachts aus dem Bett und läuft im Saal umher. Nachher fand er sein Bett nicht mehr und wollte in das seines Nachbarn einsteigen. Morgens kramt er fortwährend herum, sucht nach etwas, fängt nachher an zu weinen und sagt, er hätte keinen klaren Einblick.

Auf Befragen wer der Arzt sei, sagt Patient: „Ei, der Gastgeber, der Wirth“. Er (Patient) verkehre schon seit 20 Jahren in diesem Local, der Wirth sei seit 6 Jahren da und habe ihm schon oft Bier und Wein vorgesetzt.

26. October. Hält heute Morgen seinen Nachbarn für seine Frau. Gefragt, ob die denn einen Bart habe, sagt er: „Ja, ihr Gesicht ist es sicher, vielleicht ist ihr der Bart gewachsen“.

28. October. Kommt heute Nachmittag in einen anderen Saal, sagt gleich darauf, er komme eben aus der Stadt. Patient ist meist über Zeit und Ort völlig unorientirt, macht einen vollkommen rath- und hüflosen Eindruck.

29. October. Klagt oft über Kopfweh. Patient ist zeitweise sehr verwirrt, fabulirt dann sehr, dazwischen klagt er, es sei alles wirr im Kopf, ist oft weinerlich. Tags über meist schläfrig, kramt etwas im Bett umher. Nachts läuft er oft heraus, will zu anderen Kranken, die er für seine Frau hält. Gesichtsausdruck ist stets sehr unklar, rathlos und verwirrt.

29. November. Hatte Besuch von seiner Frau, die er erkannte. Als sie fort war, schilt er auf sie, dass sie so spät erst zu seinem Besuch komme. Seiner Frau erzählt er, seine Töchter besuchten ihn jeden Tag. Noch nach  $\frac{1}{2}$  Stunde erinnert er sich an den Besuch.

6. December. Patient war Nachmittags ausser Bett, weinte viel und schimpfte über seine Frau. Er erzählte, sein Sohn habe sich erschossen wegen eines Frauenzimmers. Patient weiss, dass er in der Klinik ist, meint aber, er sei erst heute gekommen.

(Warum hier?) Es heisse, er sei im Kopf nicht recht.

(Wer sagt das?) Seine Frau habe ihn erzürnt, da wollte er ihr den Hals abschneiden und deshalb sei er da.

24. December. Patient war gestern auf und rauchte mit Genuss eine Cigarre. Er geht ein Paar Mal auf dem Gange auf und ab und ruft nach den Küchenmädchen hinüber, die er für seine Töchter hält, die bei dem Arzte in Dienst seien. Nachher sagt er ganz verlegen zu den Pflegern, er könne nicht

bezahlen, sein Geld sei ihm ausgegangen, die Mädchen aber würden ihm schon leihen.

10. Januar 1901. (Wo hier?) „Ja, das ist Münster oder —“ (Was für ein Haus?) „Weiss ich nicht“. (Schon lange hier?) „Nein“. (Wann gekommen?) „Eingerückt“. (Wann?) „Wie ich Soldat geworden bin, bin ich nicht mehr frei geworden“. (Wann war das?) (Nach längerem Besinnen) „41“. Lässt sich dann einreden, er sei zu einer Uebung vor acht Tagen eingerückt. (Wann zur Jagd?) „Vor 3 Wochen zuletzt in Grefwald“; sagt, er schiesse mit der rechten Hand, die sei ganz gesund, hat vor 10 Minuten gesagt, er könne mit der rechten Hand nicht mehr losdrücken. Habe vor 14 Tagen auf einen Fisch geschossen. Sei vollkommen gesund. Aufgefordert, dem Arzt Maass zu nehmen, weigert er sich, obwohl er sagt, er könne noch gut schneiden. Sagt schliesslich, er sei zu nüchtern jetzt.

2. Februar. Sagt auf Befragen, er sei von Haus fortgegangen, weil seine Frau es ihm zu arg getrieben habe, der Arzt wisse ja, wie die Frauen wären. Er habe dann zur Erholung 3 Glas Bier getrunken.

7. Februar. Ist heute besonders benommen, sagt, er sei mit dem Arzt in der Wirthschaft von Berberich zusammen gewesen, der Arzt habe Ochsenhäute gekauft. Auf Befragen: Das sei schon 2 Jahre her.

20. Februar. Patient schläft den grössten Theil des Tages. Wenn er wacht, so ist seine Stimmung meist eine humorvolle. Er ist dauernd örtlich und zeitlich unorientirt.

10. Mär. Pneumonie.

13. März. Exitus letalis.

Die Section ergab ausser der Pneumonie alte apoplectische Narben im rechten Thalamus und in der Brücke. Arteriosklerose der Aorta und Gehirnarterien.

Ueber diesen Fall nur wenige Worte: Wir haben geglaubt, ihn nicht als gewöhnliche Dementia postapoplectica führen zu sollen, da die Unorientirtheit, die Störung der Merkfähigkeit und die Neigung zu Confabulationen einen für diese Krankheitsform ganz ungewöhnlichen Grad erreicht haben, so dass wir uns berechtigt glauben, von einem Korsakow'schen Symptomencomplex bei Dementia postapoplectica zu sprechen. Es gelang nicht, den Sitz der organischen Veränderung in Beziehung zu der Besonderheit der psychischen Störung zu bringen. Mikroskopisch fand sich eine diffuse Rindenerkrankung (Faserausfall und Gliawucherung).

### VIII. Fall.

F. R., Frau, 53 Jahre. Seit 1897 Reizbarkeit und Stimmungswechsel; 1900 verwirrt und mangelhaft orientirt. April 1900 Anfälle von Ohnmacht und länger dauernder Bewusstlosigkeit. September 1900 Neigung zu Confabulationen, Gedächtnisschwäche für die jüngste Vergangenheit. 17. September 1900 Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen.

Somatisch: R./L. träge, Schwäche in der rechten Seite, Kniephänomen sehr lebhaft. Muskulatur der Extremitäten druckempfindlich. Psychisch: Zunehmende Somnolenz. Unorientirtheit, Gedächtnisschwäche, Neigung zu Confabulationen; vorübergehend hypochondrische und Grössenideen. 14. November 1900 Exitus letalis. Section ergab: Sarcom im Mark des rechten Stirnlappens.

F. R., 53 Jahre alt. Heredität, Trauma, Potus, syphilitische Infection negirt. Früher stets gesund, nur etwas nervös. Seit 1897 verändert, wurde sehr reizbar, machte ihrem Manne unberechtigte Vorwürfe, wechselte sehr in der Stimmung. Im Jahre 1900 war sie vielfach verwirrt, fand sich in ihrer eigenen Wohnung nicht zurecht, verkannte zuweilen ihre Umgebung, auch trank sie auffallend viel.

Seit April 1900 hatte sie mehrfach Ohnmachten, fiel bewusstlos um, bald war sie tagelang bewusstlos, bald nur kurze Zeit. Sie konnte den Haushalt nicht mehr führen, verlegte alles. Seit September unsicher auf den Beinen, sehr ungeschickt mit den Händen, hatte Schluckbeschwerden. Seit derselben Zeit erzählte sie allerlei erfundene Geschichten, vergass sehr schnell, was eben geschehen war. Vom 29. September bis 17. October im Krankenhaus zu C. Es fand sich dort, ausser einer Ptosis rechts, keine wesentliche körperliche Störung. Sie klagte über Kopfweg, Schwindel und Schmerzen im Nacken, sowie über Abnahme des Gedächtnisses. Tagelang lag sie apathisch da und reagirte nur träge auf lautes Anrufen. Sie war dauernd unorientirt, glaubte meist im „Adler“ zu sein. Nachts war sie öfters unruhig, konnte sich nicht zurecht finden. Einmal sagte sie, es gehe mit ihr zu Ende, nur noch ihr Hals lebe, das Uebrige sei todt. Sie liess oft Alles unter sich.

Am 17. October Aufnahme in die psychiatrische Klinik zu Tübingen. Bei der Aufnahme sehr benommen, reagirt nicht auf Anrede, lässt Alles mit sich vornehmen, zuckt bei Nadelstichen zusammen. Nach vielfachem Anrufen giebt sie ihre Personalien richtig an, versinkt aber dann in einen schlafähnlichen Zustand. Die körperliche Untersuchung ergibt: Die Pupillen reagieren sehr träge auf Licht. Die Augenbewegungen sind frei, der Augenhintergrund zeigt keine Veränderung. VII, XII frei. Innere Organe ohne Störung, Puls klein, 96. Die Reflexe der oberen Extremitäten gesteigert, rechts mehr als links. Die Kniephänomen sehr lebhaft. Achillessehnenphänomen l. +, r. o. Der rechte Arm und das rechte Bein schwächer als das linke. Die Muskulatur überall druckempfindlich. Elektrisch nur ganz leichte Herabsetzung vom Nerven aus. Mit Unterstützung geht Patientin mit kleinen, trippelnden Schritten, zeigt Neigung nach rechts zu fallen. Losgelassen, fällt sie einfach hintenüber. 18. October. Sehr schläfrig, klagt über starkes Kopfweg. Patientin erzählt viel von ihrem früheren Aufenthalte in Paris und Italien, spricht fortwährend von einem „Raisébouche“, angeblich einem Instrument zum Mundreinigen. Den Arzt fragt sie, ob er ein deutscher Arzt sei und ob er in Paris wohne. Wiederholt sich beständig.

20. October. „Wo ist der Fritz? Sagen Sie! Im Bett? Er soll in die



Kleider schlupfen, die Mama sei da, sei hergekommen, um nachzusehen, wie es dem Fritz gehe.“ Seit einem Jahr habe sie Kopfschmerzen; dadurch verliere man das Gedächtniss.

22. October. Frägt, wo sie sei, sie sei so dumm im Kopf! Hier sei das Gymnasium, das Schulzimmer ihrer Buben, die habe sie auch mitgebracht. Auf Befragen: Gestern Abend habe sie ihren Mann gesprochen, heute habe sie zu Hause für 8 Personen Suppe, Maccaroni, Salat etc. zubereitet. Dann sei sie hierher gekommen und habe sich zu Bett gelegt, da sie müde sei.

23. October. Heute ohne Resultat Lumbalpunktion. Meint nachher, sie sei in einem Hause, wo man Kaffee getrunken habe, von einer Operation wisse sie nichts.

3. November. Begrüsst den Arzt mit den Worten: „Ueberall treffen wir uns.“ Auf Befragen: sie habe ihn letzten Freitag bei dem Begräbniss gesehen, sie wolle jetzt eine Bekannte besuchen und mit dieser auf den Kirchhof gehen. Heute sei ihr 72. Geburtstag.

7. November. Wünscht heute Abend ein Glas Champagner. „Geben Sie mir einen Schluck Champagner, in Moskau giebt es noch genug. Wenn ich nur nicht sterben muss: ich habe mit dem Kaiser ausgemacht, dass, wenn ich einem russischen Prinzen das Leben gebe, ich sterbe. Er ist dann alle Kirchen ausgelaufen, in Baden-Baden, in Karlsruhe und wo er mich das letzte Mal gesehen hatte, sagte er — (Patientin bricht den Satz ab). „Ach, lieber Gott, anfangs war ja mein Wunsch, dass ich einem deutsch-russischen Prinzen das Leben gebe und jetzt bereue ich es arg; möchte lieber sterben, hätte keine ruhige Stunde mehr, muss es dem lieben Gott überlassen: Wie Du willst, lieber Gott! Ich hab' immer gedacht, wenn ich nur einen Prinzen hätte, dann wäre der Kampf aus.“

11. November. Sagt zum Arzt: „Das war ihr Herr Onkel letzthin, der gekommen ist, ich habe gleich gesagt: das Gesicht habe ich in Paris schon gesehen.“ Puls sehr frequent.

13. November. Sagt: „Heute fängt der Kopf wieder an, seine Arbeit nicht zu thun.“

14. November. Exitus letalis. Die Section ergiebt ein grosses Sarkom in der Markmasse des rechten Stirnlappens.

Unser Fall reiht sich den von Kaplan und Mönkemöller<sup>1)</sup>, E. Meyer<sup>2)</sup>, Chancellay<sup>3)</sup> u. a. beschriebenen Fällen von Hirntumor mit Korsakow'schem Syndrom an. Wir sehen die Hauptzüge des Korsakow<sup>4)</sup>: Störung der Merkfähigkeit, Unorientirtheit, Neigung zu

1) loc. cit.

2) E. Meyer, Sarcom des dritten Ventrikels etc. Dieses Archiv 32. 1.

3) Chancellay, Contr. à l'étude de la psychose polyneuritique. Thèse de Paris. 1901. Mai.

4) Finkelnburg (Beitr. zur Symptomatologie und Diagnostik der Gehirntumoren etc. Deutsche Zeitschr. f. Nervenhe. 1902) erwähnt ebenfalls einen Fall (11) mit „Verwirrtheit“, der nach der kurzen Beschreibung vielleicht als

Confabulationen so deutlich ausgeprägt, dass sich ein nochmaliges Eingehen darauf erübrigt. Hervorheben wollen wir nur, dass sich hier der Symptomencomplex allmählich entwickelt hat, nachdem schon 3 Jahre Störungen der gemüthlichen Erregbarkeit, die man wohl auch in ursächlichen Zusammenhang mit der Hirngeschwulst bringen muss, vorausgegangen waren. Die ausgesprochene psychische Störung war dauernd von mehr weniger starker Benommenheit begleitet, sodass wir, wenn wir uns der von Bonhöffer gewählten Unterscheidung der Entwicklungsphasen erinnern, sowohl von einem langsamen wie von einem stuporösen Anfangszustand sprechen können.

Bemerkenswerth sind noch die hypochondrischen und Grössenideen. „Alles sei todt, nur noch der Hals lebe“, „sie solle einem Prinzen das Leben geben“ u. s. w., die ja zuweilen auch bei dem alkoholistischen Korsakow beobachtet sind. Eine Beziehung zwischen dem Sitz des Tumors im Stirnhirn und der Art der psychischen Störung zu construiren, mit Rücksicht auf die bei Stirnhirntumoren beschriebene „Witzelsucht“, ist kaum angängig, zumal von den anderen oben citirten Fällen von Hirntumor mit Korsakow nur der von Chancellay im Stirnhirn sass, während der von Mönkemöller und Kaplan im Schläfenlappen, der von E. Meyer im Bereich des 3. Ventrikels seinen Sitz hatte. Der interessante somatische Befund wird von anderer Seite gewürdigt werden, nur das Vorhandensein leichter neuritischer Erscheinungen sei hervorgehoben. Wie weit diese etwa auf den übermässigen Alkoholgenuß im Beginn der Erkrankung zurückzuführen sind, lassen wir dahingestellt. Jedenfalls ist zu betonen, dass Alkoholmissbrauch erst auffiel, nachdem der Korsakow schon in der Entwicklung begriffen war.

Zum Schluss noch einige Bemerkungen über die Gesamtheit unserer Fälle.

Dem klinischen, jetzt wohlbekannten Bilde des Korsakow neue wesentliche Seiten abzugewinnen, wird kaum gelingen. Wir haben uns daher darauf beschränkt, die Krankengeschichten ausführlich wiederzugeben und in den Einzelbesprechungen vor allem Verlauf, Aetiologie und Differentialdiagnose zu erörtern. Was die Prognose angeht, so ist nur einer unserer Kranken angeblich jetzt „gesund“, wobei es zum mindestens fraglich ist, ob es sich nicht nur um eine weitgehende Besserung handelt; ein 2. etwas gebessert. Die übrigen 2, bei denen nach dem Grundleiden eine Besserung möglich erschien, zeigen keinerlei Fortschritte.

Korsakow anzusprechen ist. Es handelte sich um ein Sarkom im pedunculären Raum.

Es entspricht das der von Mönkemöller<sup>1)</sup> und auch von Bonhöffer<sup>2)</sup> vertretenen Anschauung, dass eine vollkommene Wiederherstellung beim Korsakow fast nie vorkommt.

Vergleichen wir mit dieser rein klinisch gewonnenen ungünstigen Prognosenstellung die aetiologische Seite speciell unserer Fälle, so ergibt sich Folgendes:

So verschieden die zu Grunde liegenden Ursachen: Paralyse, Hirntumor, Dementia postapoplectica, Alcoholismus — die Fälle von letzteren fast ausnahmslos mit Störungen an den Pupillen und Kniephänomenen, Krampfanfällen u. a. — waren, so scheint doch bei fast allen eine tiefgreifende, organische Läsion des Centralnervensystems vorzuliegen. Und nach allen Veröffentlichungen über den Korsakow'schen Symptomencomplex scheint uns die Annahme sehr nahe liegend, dass es sich fast immer um eine irreparable Läsion des Centralnervensystems handelt, wobei über die wahrscheinliche Localisation etwas sicheres nicht gesagt werden kann. Was bis jetzt an pathologisch-anatomischen Befunden bei alkoholistischem Korsakow festgestellt ist (Blutungen im centralen Höhlengrau u. a.) finden wir bei Bonhöffer<sup>3)</sup> zusammengestellt. Schlüsse von wesentlicher Tragweite lassen sich daraus nicht ziehen.

Alles in allem, zeigen unsere Fälle aufs neue, dass der Korsakow'sche Symptomencomplex keine Krankheit sui generis ist, dass er vor allem keineswegs eine ausschliesslich alkoholistische Psychose ist.

Gründe für die Trennung einer Form mit deliranter Anfangsphase von den übrigen als die des echten Korsakow haben sich uns nicht ergeben.

Der Korsakow'sche Symptomencomplex kommt auch bei der Paralyse vor, überhaupt wohl zumeist bei solchen Erkrankungen, die irreparable oder schwer auszugleichende Veränderungen des Centralnervensystems bedingen.

Zum Schluss sprechen wir auch an dieser Stelle unserem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Siemerling, für die lebenswürdige Ueberlassung des Materials unseren besten Dank aus.

---

1) loc. cit.

2) loc. cit.

3) loc. cit.

### **Nachtrag.**

Inzwischen (nach Fertigstellung unserer Arbeit) hat sich Fall IV) in einer Weise weiter entwickelt, dass wir, schon während des Lebens, mit immer grösserer Bestimmtheit die Diagnose „Dementia paralytica“ stellen konnten. Der Kranke äusserte unsinnige Grössen- und hypochondrische Ideen in immer steigendem Maasse, war in seinen Reden ganz verwirrt, nur selten zu fixiren, sehr unsauber, verfiel körperlich mehr und mehr, musste zuletzt mit der Sonde gefüttert werden.

Der körperliche Befund zeigte keine wesentliche Aenderung, die Sprache war nicht deutlich gestört.

Am 19. September 1902 Exitus letalis in einem mehrstündigen Anfall mit vorwiegend linksseitigen Zuckungen.

Die Section ergab: Hirngewicht 1295, Pachymeningitis interna haemorrhagica, Trübung und Verdickung der Pia. Mikroskopisch: In der Hirnrinde starke perivaskuläre Zellinfiltration, Veränderungen an den Ganglienzellen, deren Schichten wie durcheinandergeworfen erscheinen, Schwund der Tangentialfasern u. a.; im Rückenmark alte und frische Degeneration in Seiten- und Hintersträngen, alles in allem ein für Paralyse charakteristischer Befund.

Der Fall IV reiht sich damit den Fällen V und VI an, jenen seltenen Fällen von Paralyse, bei denen die psychische Störung unter dem Bilde des Korsakow'schen Symptomencomplexes verläuft.

---