Über die psychischen Störungen bei der Encephalitis epidemica des Jahres 1920.

Von

Ludwig Dimitz und Paul Schilder.

(Eingegangen am 26. Februar 1921.)

Die bisherigen Mitteilungen über die Encephalitis epidemica des Jahres 1920 haben sich mit den psychischen Störungen nicht eingehender beschäftigt. Daß delirante Bilder häufig sind, wird in allen Publikationen betont, es werden auch einige Krankengeschichten mitgeteilt. Versuche, die deliranten Störungen genauer zu erfassen, liegen jedoch in der uns zugänglichen Literatur nicht vor. In den Veröffentlichungen wird auch von andersartigen psychischen Störungen berichtet, ohne daß jedoch eine gründliche Analyse bisher erfolgt wäre¹⁾. Im folgenden wird auf Grund eines Materiales von etwa 100 Fällen ein Gesamtbild der psychischen Störungen bei der Encephalitis-epidemie entworfen, welche in den ersten Wintermonaten des Jahres 1920 einsetzte. Wir haben das Material an der psychiatrischen Universitätsklinik Wien gewonnen. Über die Epidemie selbst sind die Arbeiten von Dimitz²⁾, Gerstmann³⁾ und Economo⁴⁾ zu vergleichen. Wir beginnen mit einigen Krankengeschichten schwerer Delirien.

Fall 1. We., Marie, 16 Jahre, aufgenommen 24. I. 1920.

Seit 10 Tagen krank, Bewegungsdrang, anfallsweise Krämpfe, Irresprechen. Aus kinderreicher Familie stammend, war bei der Tante, die sie schlecht behandelte.

Bei der Aufnahme ist Pat. orientiert, hält sich für wahnsinnig. Die Tante habe ihr gesagt, sie habe Geld gestohlen, darüber habe sie sich sehr gekränkt. Gestern sei sie im Kino gewesen, dort sei Herr Bandler von der Volksooper gewesen.

¹⁾ Am eingehendsten die Publikation Mingazzinis: Klinischer und anatomischer Beitrag zum Studium der Encephalitis epidemica (lethargica), diese Zeitschr. **63**. 1921. Dasselbst Literatur. Von den neueren Arbeiten ist erwähnenswert: Adler Über Encephalitis epidemica. Med. Klin. 1921, H. 1 u. 2. Die Arbeit Mayers, Über Encephalitis lethargica. Schweiz. med. Wochenschr. 1920, H. 12/13 bringt ausführliche psychiatrische Krankengeschichten.

²⁾ Über das plötzliche gehäufte Auftreten schwerer choreiformer Erkrankungen in Wien. Encephalitis choreiformis epidemica. Wien. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 8. Zur Kenntnis der Encephalitis epidemica choreiformis. Ebenda Nr. 11.

³⁾ Zur Kenntnis der klinischen Erscheinungstypen resp. Prognose der jetzigen Encephalitis-epidemie. Wien. klin. Wochenschr. Nr. 8. 1920.

⁴⁾ Über die Encephalitis-lethargica-Epidemien des Jahres 1920 (hyperkinetisch-myelitische Form). Wien. klin. Wochenschr. 1920, Nr. 16 u. 17.

Als sie nach Hause gekommen sei, hätten die Kranken lamentiert, sie hätten keine Milch, sie habe Herrn Bandler holen wollen, sei aber in eine Grube geworfen worden. Sie spricht konfus, verwechselt wiederholt Kino und Krankenhaus, macht einen leicht dammerigen Eindruck. Sie könne sich nicht rühren, es steche sie, es rühre noch von der gestrigen Aufregung her.

Wie sie gelegen sei, habe sie ein kleines Auto gesehen, dann sei ein kleiner Wagen gekommen, ein Radfahrer. Wenn sie abends schlafen ging, kam vom Lichthof ein Schein, zeitweise ging das Bett auseinander, sie fiel durch und etwas ging über sie, gehört habe sie nichts. Früher konnte sie ins Geschäft gehen und gut rechnen, jetzt könne sie nicht einmal ausrechnen, was ein Brot kostet.

(9 · 17?) „Das weiß ich nicht.“

Unterschied zwischen Kind und Zwerg: „Ist gleich groß.“ Auf eine weitere eindringliche Frage sagt sie, der Zwerg ist älter.

Erzählt dann von Krämpfen und Nervenfieber. Periode sei noch nie eingetreten. Durch Augendruck und suggestiv sind Halluzinationen nicht auslösbar.

Somatisch: Infantiler Habitus. Rechts eine Phlyktäne. ASR fehlen. Die übrigen tiefen Reflexe sind schwach auslösbar. 0 Babinski, 0 Oppenheim. Keine Nackensteifigkeit, keine Paresen.

26. I. Sehr unruhig. Auch nachts. Rief lebhaft nach der Mutter, sah etwas, was zuckte.

Temp. 38°. Puls beschleunigt. Herz, Lunge o. B. Keine Milzvergrößerung. Erythematöse Rötung am Hals und Unterschenkel. Allgemeine motorische Unruhe. Symmetrisches Zusammenzucken. Reflexe wie früher. Die Sprache ist durch die motorische Unruhe nicht beeinflusst.

Gestern sei die Tante hier gewesen, sie habe sie abgewaschen. Es war, als ob jemand klopfen möchte. In der Küche war ein Durcheinander. Sie habe keine Zündhölzer gefunden. (Pat. war gestern bereits auf der Klinik.)

Ihr wurde schlecht, seitdem die Tante sagte, sie habe ihr Geld gestohlen. Erzählt wieder von dem Auto, das durch den Sessel eines kleinen Kindes hindurchfuhr. Es war alles klein, bewegte sich und dann war Schluß. Am Vortag erzählte Pat., es sei alles voll Geschirr gewesen und plötzlich sei alles wieder fortgewesen. Plötzlich fragt sie ängstlich nach der Mutter, sie solle aus Pöchlarn kommen. Pat. glaubt den Referenten zu kennen, habe ihn vor 3 Wochen gesehen. Starrt plötzlich in die Höhe. „Wer liegt dort? Ist das die Tante? Bitte, zeigen Sie mir, ob es die Tante ist?“ Jammert. „Zeigen Sie mir, wer dort am Diwan liegt? Mein Gott, ist es der Bruder, die Schwester, Vater, Mutter? Ich bitte schön.“ Sie kränke sich sehr um ihre Angehörigen, denke immer an Eltern und Geschwister. Plötzlich sagt sie erregt: „Mutter, wenn du wüßtest, wie ich ausschau!“

Pat. ist fixierbar, zugänglich, weiß, daß Ende Januar 1920 ist. Ein aufgegebenes Rechenbeispiel löst sie nicht. „Ich kann nicht rechnen.“

Es werden ihr Bilder vorgelegt, die sie beschreiben soll. (Kämpfende Engel Dürers): „Ein Blumenstrauß, ein aufgeputztes Haustor.“ Nach eingehender Betrachtung: „Ein Grab ist es.“ Nach einer Pause: „Eine Schlacht, zwei kämpfen mit Tigern.“ Betrachtet die Bilder nur flüchtig. (Bild: Ritter, Tod und Teufel): „Das sind zwei Raubritter, die gehen mit dem Teufel spazieren.“ Sieht jedoch die „Raubritter“ an einer Stelle, wo gar keine aufgezeichnet sind. Plötzlich sagt sie: „Frau Sattler, haben Sie den Platz noch nicht frei? Rücken Sie ein bißchen.“ — (Die Feldschlange): „Da kann man nichts herausnehmen, da ist ein Rad, ein Durcheinander, da kann man nichts sehen, keine Häuser, keinen Wald.“ — (Jesuskind): „Ein krankes Mädel.“

Die Auffassung ist sichtlich gestört, dabei besteht Tendenz zur illusionären Verkenntung. Pat. fängt wieder von Mutter und Geschwistern zu erzählen an;

sie wisse nicht, was sie tun solle, die Tante gebe den Kindern nichts zu essen und schlage sie. Sie sei schon seit Weihnachten krank, habe Kopfweh, Seitenstechen, Husten. Kommt wieder darauf zurück, daß die Tante behauptet, Pat. habe Geld gestohlen. „Das überleb ich nicht, daß man mich als Diebin anschaut. Herr Dr., Sie sehen mich auch als Diebin an.“

27. I. Eingetrockneter Herpes. Delirant und unruhig. Glaubt im Bad zu sein. Erkennt den Ref. als Arzt, der sie alle Tage besuche.

Wälzt sich unruhig im Bett, jedoch keine eigentlichen choreatischen Zuckungen, Bewegungen in großen Gelenken ohne wesentliche Tendenz zur Mitbewegung. Die Bewegungen machen den Eindruck von halb spontanen Bewegungen, sind jedoch viel brüsker und jächer. Beim Aufrichten und Anziehen verschwinden die Bewegungen fast völlig.

Ein Rechenbeispiel löst Pat. heute richtig. Heute nacht habe sie auf Herrn Dr. Markus aufpassen müssen. „Das ganze Gesicht war auseinander. Die Augen, die Nase. Ich habe sie in ein weißes Papier einnähen müssen und mußte sie ins Gesicht geben, wo sie hingehören. Ich habe aufgepaßt, daß er nicht munter wird.“

Pat. ist zugänglich. Zu ziemlich guter Auffassung der Umgebung fähig. Der Gedankengang ist abspringend, fast nach dem Typus der Ideenflucht. Andauerndes Krankheitsgefühl und Depression. Nachts halluzinatorische Erlebnisse von szenischem Charakter.

29. I. Erzählt wieder von nächtlichen halluzinatorischen Erlebnissen. Die Frau Dr. Deutsch sei aufgehängt und zerstückelt worden. Unruhe fortbestehend, Schlaflosigkeit. Pat. ist zugänglich.

Was man tut wenn man einen Zug versäumt? „Warten.“ — Kind und Zwerg? „Ist ganz gleich.“ Später sagt sie, ein Zwerg ist alt und klein, ein Kind jung und klein. — Ein kleines Gedicht wird richtig aufgefaßt.

Am 31. I. erliegt Pat. einer Pneumonie.

Bei dieser Patientin war ein Prodromalstadium mit allgemeinem Krankheitsgefühl und subfebrilen Temperaturen vorhanden. In der Ambulanz einer anderen Klinik wurde die Diagnose Hysterie gestellt. Jedoch bald entwickelte sich ein Bild ausgesprochener Verwirrtheit. Diese charakterisiert sich dadurch, daß sie nicht tiefgreifend ist, so daß grobe örtliche und zeitliche Orientierung ungestört sind. Die Pat. faßt aber die Umgebung spontan nur unvollständig auf, in die Auffassung drängen sich Erinnerungen ein, ein vorgezeigtes Bild (kämpfende Engel) wird zunächst völlig verkannt, es wird die Wahrnehmung durch eine illusionäre ersetzt. Durch eindringliches Befragen gelingt es jedoch, die Pat. zu richtiger Auffassung des Gegenstandes zu lenken. Allerdings drängen sich in diese Auffassung Alltagserlebnisse ein. Auch Komplexe sind deutlich bestimmend. So wird z. B. das Jesusbild entsprechend dem lebhaften eigenen Krankheitsgefühl als krankes Mädel bezeichnet. Die unangenehme Lebenssituation bei der hartherzigen Tante drückt sich in der Angst aus, man beschuldige sie, Geld gestohlen zu haben. Kinoeindrücke gestalten gleichfalls die Erlebnisse des Delirs. Aus dem Rahmen des Alltagserlebnisses fallen einige merkwürdige phantastische Elemente. Dr. M. geht in Stücke auseinander und eine Ärztin wird aufgehängt und zerstückt. Ein kleines Auto fährt unter einem Sessel

durch. Ein Verständnis dieser Erscheinungen ist nur möglich, wenn man das neurologische Bild berücksichtigt. Es besteht eine Fülle von Unruheerscheinungen auf motorischem Gebiet, und diese Unruheerscheinungen sind durchweg von zwangsmäßigem Typus. Sie zeigen keine Verwandtschaft mit der Chorea, nur ein myoklonieähnliches Zusammenzucken ist vorhanden. Es liegt nahe, in den bewegten Halluzinationen, in der Zerstückelung der Gesichter Erscheinungen zu sehen, welche auf den Einfluß motorischer Impulse auf die Bildgestaltung beruhen. Wir sind auch geneigt, das häufige Abbrechen im Gedanken-gang, das Abspringen in Beziehung zur Bewegungsunruhe zu setzen. Ein Beschäftigungsdelir ist im Grunde nicht da. Es ist also charakteristisch, eine Neigung zu delirantem Erleben, wenn Pat. sich selbst überlassen ist, bei guter Fixierbarkeit und eine Mitwirkung des motorischen Bildes in der Gestaltung des Delirs. Die Erinnerung an frühere Erlebnisse ist im wesentlichen intakt, soweit sie nicht durch Komplexe abgeändert wird. Die Erinnerung an Halluzinationen ist eine gute, demnach sind wohl grobe Defekte der Merkfähigkeit nicht anzunehmen. Ein dumpfes Krankheitsgefühl verläßt die Pat. nie, die Stimmung ist ausgesprochen depressiv und erinnert allerdings mehr an ein sich unglücklich und elend Fühlen bei körperlicher Erkrankung als an die Trauer einer Melancholie. Daß diese Delirien aber nicht nur bei hyperkinetischen Formen vorkommen, zeigt schon die folgende Beobachtung.

Fall 2. Me., Fanni, 16 Jahre, aufgenommen 4. II. 1920¹⁾.

Anamnese: Pat. erkrankte vor 14 Tagen an Kopfschmerzen, Schmerzen im Rücken und Beinen, Zittern der Hände. Seit gestern nacht verwirrt, zog sich an, machte sich ein Pinkerl, äußerte, sie wolle wegfahren, sah plötzlich ihre Mitarbeiterinnen um sich, beschuldigte sie, daß sie ihr das Essen wegtrügen. Pat. sucht im Bett herum, bewegte sich, als arbeite sie in ihrem Beruf. Halsschmerzen, Fieber, stark gerötetes Gesicht.

5. II. Bei der Visite ist Pat. ratlos, grimassiert, macht ungeduldige Bewegungen mit den Händen. Fragen beantwortet sie manchmal sinngemäß, manchmal ganz unpassend, z. B.: Was für ein Tag? „Mein Spitalsfrack.“ Auf Wiederholung der Frage antwortet sie sinngemäß, wenn auch falsch. „Samstag.“ Pat. glaubt in ihrer Wohnung zu sein, sie sei von den Eltern in das Zimmer gebracht worden. Die Auffassung ist erschwert. Nicht selten wiederholt sie Fragen, die an sie gerichtet werden, scheint sie erst dann aufzufassen. Auf die Frage, ob sie Ref. kenne, sagt sie: „Nein. Eine Katastrophe“ (kurz vorher wurde die Pat. gefragt, ob sie vor etwas Angst habe). Sinnestäuschungen werden negiert.

Bild der traumhaften Unzugänglichkeit. Sieht den Arzt erstaunt und verwundert an. Antwortet auf einfache Fragen: „Ich weiß nicht.“ Auf eine vorgehaltene Karikatur hin sagt sie: „Das ist ein schöner Mann.“

Somatisch: Pat. ist kleiner, als dem Alter entspricht. Kleine Brüste. Crines pubis wenig entwickelt. Sichere Angaben über Menses nicht zu erhalten. Angeblich vor 3 Wochen das erstemal. Verschärftes Atmen über beiden Lungen. Puls beschleunigt.

¹⁾ Fall 1 unserer Mitteilung: Über Pupillennystagmus. Neurol. Centralbl. 1920, Nr. 17.

Nervenstatus o. B. Keine Zuckungen.

Einige Stunden nach der Visite: Pat. hat das Polster aufgemacht, reibt an der Wand und sagt, sie wasche Geschirr. Zum Ref. gewendet: „Lassen Sie mich in Ruh‘.“ Starrt den Ref. an, lächelt; auf die Frage, warum sie schaue, sagt sie: „Weil ich Gefallen an Ihnen habe.“ Auf die Frage, wo sie sei, sagt sie: „Jetzt bin ich hier, das sehen Sie ja.“ — Was sehen Sie denn? „Himmel und Erde.“ — Für wen halten Sie mich? „Für ein dummes Ding.“ — Wie kommen Sie zu der Ansicht? „Weil ich schon einmal von meinem Freund gehört habe.“ — Sind Sie krank? „Ein wenig.“ — Was fehlt Ihnen? „Die Gesundheit.“ — Wo sind Sie? „In einem Zimmer.“ — In welchem Haus? „Im 77er Haus.“ (Tatsächlich die Hausnummer ihrer Wohnung.)

Vorgezeigte Bilder (Apokalyptische Reiter): „Eine Schlacht.“ Betrachtet aufmerksam das Bild und gibt über Einzelheiten richtig Auskunft. Plötzlich sagt sie: „Warten Sie, ich komme gleich, ich muß nur die Mehlspeise hinstellen.“ — (Feldschlange.) „Das ist eine Bauernlandschaft.“ Erkennt auch nach wiederholtem Hinweis die Kanone nicht. — (Kämpfende Engel.) „Engel sind das.“ Liest dann ab: „Dürer, Kämpfender Engel.“ Plötzlich sagt sie, sie müsse zum Ofen und sich wärmen.

Unterschiedsfragen (Kind und Zwerg?): „Das haben Sie mir schon 50 mal erzählt.“ (Hat vor einer Stunde die Frage mit ich weiß nicht beantwortet.) Drängt fort. „Ich muß zu meinem Geschirr schauen.“ — (Baum und Strauch?) „Gsagt haben's mir schon, aber ich weiß nimmer.“

(9 · 12?) „Ich weiß nicht . . . 108.“ (19 · 7?) „137.“ Bleibt dabei, korrigiert nicht. — (7 · 19?) „63“ . . . „9 · 10 = 90 . . . 8 · 10 = 80 . . .“

(Wo waren Sie gestern?) „Wo ich waren . . . zu Hause . . . habe gelesen.“ — (Kennen Sie mich?) „Ich hab's Ihnen schon einmal gesagt.“ — (Fieber?) „Sie sehen es ja.“ — (Wie alt?) „16 Jahre.“ — (Geschwister?) „27, 25, 22, 23.“ — (Geschwister?) „Im ganzen sind wir 14 Personen, mein Vater, Mutter und wir Kinder.“ Zählt die Namen der Geschwister auf. — (Was ist der Vater?) „Der sitzt jetzt beim Wirt.“ Gibt aber dann ausreichend Auskunft über Stellung des Vaters. Den Ref. bezeichnet sie als Anton Nafelt, den sie vom Sehen aus schon kenne, bezeichnet ihn aber als Fleischhacker. Man sehe es ihm an der Schürze an. Beginnt an der Decke zu zupfen und sagt, sie mache sich eine Eierspeis. Sucht im Bett herum.

6. II. (Was machen Sie?) „Wer? . . . Ich zieh' mich an und gehe schlafen.“ — (Was tun Sie?) „Reden.“ Pat. glaubt in der Küche zu sein, sagt zu einer halluzinierten Person: „Wollen Sie ins Tanzen anfangen?“ Ausgesprochenes Beschäftigungsdelir. Es sei jetzt $\frac{1}{2}$ 1 Uhr nachts. Greift fort an der Wand herum, als ob sie Zwirn von der Wand fasse. Plötzlich sagt sie: „Das ist die Pupille.“ Auf die Frage, ob sie den Finger doppelt sehe, sagt sie: „Das Auge, ein Irrlicht, der Apfel.“

Beide Augenlider ptotisch. Pupillen links weiter als rechts, träge auf L. und A. reagierend. Das linke Auge steht höher als das rechte und weicht etwas nach außen ab. Lähmung der Augensenker und Adductoren links. Pat. hält den Kopf schräg gegen die rechte Schulter geneigt.

Während des Diktierens sagt sie: „Links, lenks ein Leerschlenkel, ein Scherschlenkel, das heißt das Gelenk der Schere, nicht wahr? Aber jetzt gehe ich schlafen, nicht wahr.“ Geht in eine Ecke der Zelle. Macht an der glatten Wand eine Handbewegung, als ob sie einen Henkel zurückschieben würde, damit „sie vorwärts komme“. „Nein, den Senkel sehe ich nicht, leben Sie wohl, schlafen Sie gut.“ (Was werden Sie tun?) „Erst werde ich noch singen.“

Vorgezeigte Gegenstände: Schlüssel: „Silber.“ Zeigt aufs Auge. „Ich sehe 3 Schlüssel.“ — Bleistift: „Wenn man ihn hineinsteckt, kommt er ins Zackzick.“

— Uhr: „2 Uhren, 3 Uhren.“ — (Wo sehen Sie die Uhren?) „In einem Mantel. — (Wie spät ist es?) „Hier ist es 5 Minuten nach 10 Uhr.“ (Tatsächlich 12 Uhr.) „Auf dieser Uhr ist es 12.“ — (Gibt's noch andere?) „Es gibt Uhren verschiedener Art. Morgen sprechen wir mehr, adieu.“ Pat. kratzt einen weißen Strich an die Zellenwand. „Das ist ein Zapfen, Zopfen.“ — Auf einem vorgehaltenen, leeren, weißen Blatt Papier halluziniert sie weder Schrift noch Bilder. „Das ist ein Scheitel“ (und zeigt dabei auf den Ref.). — Ring: „Ein Ring Rung.“ — Plötzlich zum Ref.: „Hypnotisieren Sie mich.“

Die Auffassungsstörung ist akzentuierter geworden, Pat. will an der Wand hinaufsteigen.

7. II. Zunehmende Schrägstellung des Kopfes, leichtes rhythmisches Zittern des Kopfes und der Hände, sehr häufig. Sie selbst überlassen typische Beschäftigungsdelirien. Nach Schwindel befragt, sagt sie: „536... Schweindl.“ (Was heißt das?) „Schwindelnachziehung, Schwerkesselaug.“ — (Wo sind Sie jetzt?) „An den Fingern mit dem Bleistift.“ — (Was machen Sie?) „Spielen.“ (Der Ref. dreht den Perkussionshammer in der Hand.) — „In jedem tuten Bein tut es mit weh.“ — (Warum halten Sie den Kopf schief?) „Das lechste Lage ist so schief.“ — Sie habe heute nacht zu Hause geschlafen.

9. II. Beschäftigungsdelirien andauernd. Schiefhaltung des Kopfes verstärkt. Zwangshaltung des linken Armes.

12. II. Pat. liegt in Seitenlage, Kopf nach rechts gewendet, den linken Arm häufig hoch erhoben, zittert dabei etwas und nestelt mit dem rechten Arm an der Decke herum. Pat. schläft viel, keine Muskelzuckungen. Gesicht ausdruckslos. Mund etwas verzerrt. Bulbi in Konvergenzstellung, dabei bestehen dauernd träge Konvergenzzuckungen mit einer rotatorischen Komponente beider Bulbi nach innen. Synchro damit kontrahieren sich die Pupillen und die Orbiculares beider Augen. Pupillen untermittelweit, die linke auf Licht reagierend. Beim Blick nach rechts bleibt der rechte, beim Blick nach links der linke zurück. Augenhintergrund: Venen auffällig geschlängelt.

13. II. Choreiform-klonische Zuckungen. Nystagmus unverändert. Delirien. Während bisher subfebrile Temperaturen bestanden, steigt heute die Temperatur auf 38,5. Zunehmende Hinfälligkeit.

14. II. Exitus.

Ein 16jähriges Mädchen erkrankt unter Kopfschmerzen, Halsschmerzen und Fieber, hierzu gesellt sich ein nächtliches Beschäftigungsdelir. Auf der Klinik bietet die Pat. ein Bild, in welchem die Auffassungsstörung dominiert. Sie ist unzugänglich, traumhaft. Immerhin erkennt sie an komplizierten Bildern viele Einzelheiten und faßt auch den Gesamtsinn ziemlich auf. Bei Unterschiedsfragen zeigt sich Unaufmerksamkeit und Gleichgültigkeit, ebenso beim Rechnen. Die Pat. reagiert auf ihre Unfähigkeit zur Erfassung, welche man am besten mit Bewußtseinstörung zu bezeichnen hätte, nicht oder nur ausnahmsweise mit Ratlosigkeit. Es fehlt ihr das Bewußtsein der Unzulänglichkeit ihrer Erfassung, sie reagiert vielmehr dort, wo sie die Situation sachlich nicht bewältigt, mit Ablehnung oder Drauflosreden. So sagt sie auf die Frage nach dem Unterschied zwischen Kind und Zwerg: „Das haben Sie mir schon 50 mal erzählt.“ 19×7 rechnet sie 137 und bleibt dabei, ohne auch nur einen Versuch zu machen, nachzurechnen. Gelegentlich kommt es zum Witzeln. So sagt sie auf eine vorgehaltene

Karikatur; „Das ist ein schöner Mann.“ Als man ihr einen Bleistift vorzeigte, sagte sie: „Wenn man ihn hineinsteckt, kommt er ins Zack-zick.“ Mit der Auffassungsstörung geht räumliche und zeitliche Desorientiertheit einher und ein ausgeprägtes Beschäftigungsdelir, das an alltägliche Erlebnisse anknüpft. Suggestiv ist sie nicht zum Halluzinieren zu bringen. Der Gedankengang ist auf kurze Strecken hin geordnet, er reißt aber plötzlich rasch ab; eine Verwirrtheit in dem Sinn, daß das Denken mit zertrümmerten Begriffen vonstatten ginge und verschiedene Sphären miteinander vermengt, besteht nicht. Die Pat. bleibt immer „banal verständig“. Auch die Merkfähigkeit weist keinen allzu großen Defekt auf, so erkennt sie nach einer Stunde eine Frage wieder. Immer stärker treten allerdings eigenartige Sprachstörungen hervor. Sie beruhen zum Teil auf Neigung zu Klangassoziation, so sagt sie einmal „Ring Rung“, dann gibt es Wortentstellungen. Nach Schwindelgefühl befragt, sagt sie: „536 Schweindl.“ Auf die Frage, was das heiße „Schwindelnachziehung.“ „In jedem Teil tut es mir jeh.“ Als sie beim Diktieren das Wort links aufgriff, sagte sie: „Links lenks, ein Leerschlenkel, ein Scherklenkel, das heißt das Gelenk der Schere, nicht wahr.“ Diese Erscheinungen nehmen mit zunehmender Bewußtseinstörung zu. Sie sind teilweise Produkte der eigentümlichen Stimmung der Pat. (witzelnde Ablehnung) und der mit der Bewußtseinstörung zusammenhängenden Sprecherschwerung. Auch die Unaufmerksamkeit spielt eine Rolle. Die spontane Aufmerksamkeit der Pat. ist eine geringe, sie ist auch nur mangelhaft zu fixieren und versinkt dann in ihr Beschäftigungsdelirium, das bei fortgeschrittener Bewußtseinstörung alle übrigen seelischen Äußerungen überdauert. Aus dem körperlichen Befund sind hervorzuheben die Cyanose und Rötung des Gesichts, ohne Schwitzen, von den neurologischen Symptomen: Augenmuskellähmungen, Nystagmus und eine eigenartige Zwangshaltung, welche auf die Beteiligung des Bindearmsystems hinweist. Schlafsucht, akzentuierte Zuckungen fehlten.

Die Psychose entspricht also ziemlich vollkommen dem, was uns bei Alkoholdeliranten schon geläufig ist. Wie bei diesen kann man die Beimengung aphasischer Elemente nicht ausschließen¹⁾. Es ist bemerkenswert, daß Knauer²⁾ bei einer rheumatischen Psychose Ähnliches ohne Zusammenhang mit einer deliranten Störung beobachtet hat.

Gegenüber dem ersten Fall sind Bewußtseinstörung und Erschwerung der Auffassung ausgesprochen. Das Delir hat ausgeprägt

¹⁾ Vgl. hierzu Schröder, Handbuch für Psychiatrie: Intoxikationspsychosen. S. 233.

²⁾ Die im Gefolge des akuten Gelenkrheumatismus auftretenden psychischen Störungen. Diese Zeitschr. 21. 1914.

den Charakter eines Beschäftigungsdelirs angenommen. Der folgende Fall entspricht nun völlig einem Delirium tremens.

Fall 3. Zal., Katharine, 28 Jahre, Sprachlehrerin, aufgenommen 24. I. 1920.

Anamnese: Pat. wurde 17. I. auffällig, sprach viel, aber vernünftig. War aufgeregt und nervös unter Tage, nachts war es, als spräche sie mit ihren Schülerinnen. Kein Anhaltspunkt für Alkoholismus.

25. I. Pat. ist vollkommen desorientiert, zeigt ein ausgesprochenes Beschäftigungsdelir. Glaubt, sie sei in Deutschbrod, sie habe ganz abscheuliche imaginäre Erscheinungen gehabt, ein furchtbar entstelltes Gesicht ihrer Mutter und ihres Vaters, der Vater habe das Gesicht einer hiesigen Lehrerin gehabt und sei furchtbar aufgeschwollen gewesen. Ferner habe sie Rehe und Böcke gesehen, viele Hunde. einmal war es, als hätte sie sich einen Zahn reißen lassen. Immer in der Nacht seien diese phantastischen Dinge gekommen. Die Augen der Pat. sind nur halb offen. Sie spricht hastig und etwas verwaschen, zittert an Händen und Füßen. Sie habe große Angstgefühle, wisse nicht woher, glaubt schon seit Mai hier zu sein. In den Ohren habe sie allerlei Geräusche, wie starkes Glockengeläute, Telefon- oder Autobusgeräusche. Stimmen höre sie gar nicht. Gesehen habe sie so viel Sachen, daß sie sich alles kaum merken könne. Pat. läßt sich beim Examen Fäden in die Hände suggerieren, von einem leeren, weißen Papierblatt liest sie: „Jedna cesore . . . aus.“ Sie sieht auf ihrer Bettdecke Pflaumen, Äpfel, spricht spontan bald tschechisch, ungarisch und italienisch. Klagt über starke Ohrenschmerzen.

Somatisch: Einstellungsnystagmus bei Seitwärtsblickrichtung. Geringer Nackenschmerz. Bulbi etwas druckempfindlich. Starker Fingertremor vom Typus des alkoholischen. Bei ruhiger Rückenlage ruckartige Zuckungen in den Schulter- und Beckenmuskeln und in den kleinen Handmuskeln, auch die Zehen beteiligen sich an den Zuckungen.

Mäßiges Schwitzen am ganzen Körper. Augenlider leicht ptotisch. Sprache verwaschen, leicht bulbär. Reflexe der o. E. lebhaft rechts = links. Bauchdeckenreflexe nicht auslösbar. Pat. geht leicht taumelnd. Stehen mit geschlossenen Augen nicht möglich. Pat. fällt nach rückwärts. PSR und ASR lebhaft rechts = links. 0 Babinski, 0 Kernig. Herpes labialis. Puls klein, 96, rhythmisch. Bronchitische Geräusche im rechten Unterlappen. Temperatur um 38°.

26. I. Typisch delirantes Bild, zupft fortwährend an der Decke. Sie sei hier in einer falschen Wohnung und könne kaum erwarten, daß die Mutter sie hole. Pat. ist heute zugänglich und fixierbar, weniger suggestibel. In der Nacht habe ein Mann seine Frau umgebracht, das sei in ihrem Haus gewesen, sie habe sich sehr aufgeregt. Meint, sie sei in Prag im Krankenhaus aufgenommen worden.

27. I. Noch delirant. Wo sie sei? „Einmal hier und einmal dort.“ — Als Datum gibt sie 17. Januar 1920, ist etwas dämmerig, glaubt gesund zu sein.

Vorgehaltene Bilder: (Apokalyptische Reiter.) „Ein wildes Kraut, ein wüstes Durcheinander von Körpern, in welchem das weibliche Geschlecht unterliegen muß.“ Aufmerksamkeit relativ leicht fixierbar, haftet aber nicht. — (Apostel.) „Gestalt nach dem 17. Jahrhundert. Mönchsgestalten stellen die Frömmigkeit dar.“ — (Jesukind.) „Raffael ist es nicht, Gott behüte, ein verschämtes Mädchenbild.“ Meint aber dann, sie sehe schlecht, sie habe nur das Verlangen, nach Hause zu kommen, sie sei verwirrt gewesen, aber jetzt bei vollem Bewußtsein, sie habe verzerrte Gesichter gesehen, sei furchtbar leicht erschrocken und wolle sich nicht mehr daran erinnern.

Unterschiedsfragen: (Kind und Zwerg?) „Ein Kind kann unmöglich die Energie haben eines Zwerges. Ein Kind schreit und da zeigt sich die Willensäußerung.“ Alles das bringt sie hastig vor, spricht dabei verwaschen, faßt beim

Diktat das Wort „Sprache“ auf und sagt: „Früher habe ich nicht so gesprochen.“ Pat. zeigt sich flüchtig aufmerksam für die Umgebung. Plötzlich faßt sie das Wort „Freundschaft“ auf und sagt: „Ich war eine große Menschenliebhaberin, aber durch all die Vorkommnisse bin ich deprimiert.“ Die Frage nach dem Unterschied von Baum und Strauch wird prompt beantwortet. Plötzlich meint sie, die Stimmen ihrer Eltern zu hören. Lauscht aufmerksam auf die Stimmen der Mitpatienten im Vorsaal, greift auf die Bettdecke: „Meine Hausschuhe müssen da sein.“ Steckt mit einer halluzinierten Nadel, die sie auf Verlangen dem Ref. vorzeigt, ihr Hemd zusammen. Sie hört Geräusche, Stimmen, Autogeräusch, Pferdegetrappel. Auf die Frage nach ihrem Bruder beginnt sie in verworrener Weise von dem Unglück ihres Bruders zu erzählen. Plötzlich sieht sie in eine Ecke der Zelle und sagt: „Ist dort nicht mein Bruder?“

Man kann das Gesamtbild dahin charakterisieren, daß sie Vorgänge der Umgebung auffaßt, sie perzipiert primitive Dinge zum Teil richtig, zum Teil mischt sie illusionäre und halluzinatorische Teilstücke ein. Der Aufbau geschieht ohne Anstrengung, ohne Gefühl der Insuffizienz. Die Aufmerksamkeit für die Umgebung und die eigenen Gedanken ist flüchtig, sie spinnt den aufgenommenen Faden im wesentlichen sinngemäß weiter, jedoch nicht vollständig, so daß ein oberflächlicher, leicht ideenflüchtiger Gedankengang resultiert. Der Inhalt sind banale Alltagsdinge. Die Alltagsorgen treten stark hervor.

29. I. Zusehends freier.

30. I. Pat. verlangt nach Hause, glaubt in 3—4 Tagen gesund zu sein.

7. II. In den letzten Tagen unverändert. Vergangene Nacht delirant. Heute zeitweise Bauchmuskelnzuckungen, allgemeine Schwäche. Ptosis. Sprache verworren.

12. II. Körperlich ist das Befinden unverändert. Pat. ist örtlich vollkommen orientiert, gibt richtig Monat- und Wochentag an. Datum und Jahr werden unrichtig angegeben. Pat. glaubt, schon 2 Monate im Spital zu sein. Die Auffassung ist sichtlich erschwert. Über Sinnestäuschungen nichts zu erfahren. Pat. ist schlummersüchtig.

19. II. Quälende Rückenschmerzen. Klage über Schlaflosigkeit. Dabei hat es aber den Anschein, als ob Pat. immer schlummern würde. Kurze klonische Zuckungen in den einzelnen Extremitätenmuskeln. Der Kopf wird auffallend ruhig gehalten. Keine Muskelspannungen.

16. III. Pat. ist in den letzten Wochen andauernd schlummersüchtig, klagt über starke Schwäche. Auffassung noch erschwert, jedoch keine Delirien. Pat. ist andauernd geordnet und orientiert.

26. III. Pat. vollkommen orientiert. Keine Hemmung. Maskenartiger Gesichtsausdruck und starre Haltung des Kopfes.

Wegen einer käsigen Pneumonie wird Pat. auf die interne Klinik transferiert. Wenige Tage später kommt es bei der kachektischen Pat. unter den Erscheinungen zunehmender Herzschwäche zum Exitus.

Die Erkrankung beginnt bei der Pat. mit nächtlichen Delirien, welche den Charakter von Beschäftigungsdelirien tragen. Zur Zeit der Aufnahme bietet Pat. das ausgesprochene Bild eines Delirium tremens. Pat. ist zeitlich und örtlich schlecht orientiert, berichtet von deliranten Erlebnissen. Halluziniert akustisch, optisch und taktil, ist auch suggestiv zum Halluzinieren zu bringen. Dabei ist eine Bewußtseinsstrübung mäßigen Grades vorhanden, welche beim Fixieren der Aufmerksamkeit schwindet. Sich selbst überlassen, gleitet die Pat. in ein ausgesprochenes

Beschäftigungsdelir. Die Aufmerksamkeit ist flüchtig, es ist eine spontane Hinwendung zur Umgebung vorhanden. Der Ideengang zeigt keine ausgeprägte Verworrenheit, wird aber durch Nebensächlichkeiten bestimmt. Die Umgebung wird zum Teil durch Zuhilfenahme illusionärer oder halluzinatorischer Elemente aufgebaut. Dieser Aufbau geschieht ohne Ratlosigkeit und ohne Gefühl der Insuffizienz. Die Flüchtigkeit in der Zuwendung der Aufmerksamkeit, die leichte Ablenkbarkeit bedingt die mangelnde Energie zur Erfassung des Wesentlichen und läßt die Pat. leicht ideenflüchtig erscheinen. Körperlich bestehen bei der Pat. Tremores, Schwitzen und bulbäre Sprachstörungen, welche Symptome das Bild des Delirium tremens vervollständigen.

Die delirante Phase dauert etwa zwei Wochen und sie ist gefolgt von einer Zeit der Prostration, hinter der jedoch die Apathie, die Akinese und der Mangel an Initiative deutlich hervortreten. Die Stimmungslage war zur Zeit des Deliriums, die einer Depression, Angst und Ungeduld. Die Angst war jedoch nur geringfügig. Zur Zeit der Apathie und Prostration ist die Stimmungslage durch die Eigenwahrnehmung des schweren körperlichen Zustandes bedingt. Während die beiden ersten Patientinnen die delirante Phase nicht überlebten, tritt hier zum ersten Mal ein eigenartiges Nachstudium entgegen, das in mancher Hinsicht an die Prostration erinnert, welche Kraepelin (Lehrbuch der Psychiatrie) und K n a u e r (l. c.) in der zweiten Phase der Psychosen bei Gelenksrheumatismus gesehen haben. Doch dürfte die Akinese und die Auffassungserschwerung bei unserer Patientin durch neurologische Momente gefärbt sein. Diese Pat. starb an einer Komplikation von seiten der Lunge.

Es gibt noch eine Reihe andersartiger deliröser Formen bei der Encephalitis. Die beiden folgenden Fälle, welche gleichfalls letal geendigt haben, weisen eine viel ausgesprochenere Inkoherenz des Gedankengangs auf als die früheren Fälle. Trotz alledem besteht keine tiefergreifende Verwirrtheit und keine auffallend schwere Auffassungsstörung.

Fall 4. Ge., Marie, 38 Jahre alt, Verkäuferin, aufgenommen 26. I. 1920.

Anamnese: Pat. wird unter der Angabe, daß sie tags zuvor hochgradig unruhig und schlaflos wurde und fieberte, auf die psychiatrische Klinik transferiert.

27. I. Temp. 37°. Pat. ist unruhig, spricht ununterbrochen vor sich, macht ruckartige Bewegungen in Rumpf und großen Gelenken, ist desorientiert, schwer zu fixieren, erzählt weitläufig und abspringend verschiedene Erlebnisse der letzten Tage, sie sei mit Gebärmutterkatarrh im Rudolfspital gelegen, habe 42° Fieber gehabt und schlaflose Nächte verbracht; was später geschah, verwebt sie immer mit verschiedenen Wahnideen, die sie zusammenhangslos vorbringt. Bald glaubt sie sich in einem Sanatorium zu befinden, bald meint sie sich verfolgt, in einen Keller gestoßen, zeitweilig deliriert sie, sieht einen Burschen im Bett liegen, der wie ein Elefant ausschaut, gleich darauf erzählt sie von einem anderen Burschen, der hinten war, wie sie die Freundin gepackt hat und sie in ein Verließ geworfen hat, es sah ganz so aus wie hier, das Gitter sei nur größer gewesen. Plötzlich spricht

sie wieder von verschiedenen Dingen aus dem täglichen Leben, glaubt hier eingesperrt zu sein.

Pupillen ungleich, etwas entrundet und lichtstarr. Eingetrocknete Herpesbläschen an den Lippen. Die Unruhe ist choreiform. Der Rücken rotgescheuert.

Nachmittag. Gibt ihren Namen an, sei seit $\frac{3}{4}$ Jahren krank, spricht abspringend, flüchtig und weitläufig. Die örtliche Orientierung ist mangelhaft. Pat. klagt, man habe sie in einen Keller gesperrt. Ref. hält sie für einen Lehrer oder Beamten, glaubt ihn schon lange zu kennen. „Sagen's, wieso komm denn ich in das Haus?“ Erzählt später, daß sie in eine Heilanstalt gekommen und ins allgemeine Krankenhaus geführt wurde, fügt hinzu: „Ich kann mir das nicht enträtseln.“ Plötzlich erzählt sie von einer Wäschekammer, in der sie geschlafen hat.

Unterschiedsfragen: (Kind und Zwerg?) „Kind ist Kind und Zwerg ist Zwerg. Das Kind ist von sich klein, der Zwerg wird nicht größer.“ — (Teich und Fluß?) „Kann ich Ihnen nicht sagen.“ Bringt dann in unvollständiger Auffassung eine Fülle von Alltagserlebnissen.

Vorgezeigte Bilder: (Apokalyptische Reiter.) „Das sind Ritter, drei, nein vier. Das stellt einen Kreuzzug dar.“ — (Feldschlange.) „Eine Landschaft, eine Kanone, ein Haus und ein Baum. Da tun Sie mir unrecht, Herr Lehrer, wenn Sie glauben, ich phantasie.“ — (Ritter, Tod und Teufel.) „Ein Ritter, das sind zwei Ritter. Ein Bettler ist es nicht, und ein Pfarrer auch nicht. Zwei Ritter sind es und der Alte macht den andern Vorstellungen.“

28. I. Stark verfallen. Beschäftigungsdelirien. Lobulärpneumonie.

29. I. Exitus.

Mit der motorischen Unruhe ist ein abspringender, fahriger Gedanken-gang verbunden. Pat. ist schwer fixierbar, zeigt für die Außenwelt spontan wenig Aufmerksamkeit, jedoch ist die Auffassung eine relativ gute, wenn Pat. einmal fixiert ist. Die Situation wird nur zum Teil erkannt, der Arzt mit einem Lehrer verwechselt. Reste der Merkfähigkeit sind vorhanden, doch ist Pat. nicht imstande, sich zu erinnern, wie sie ins Spital kam. Es besteht dunkles Krankheitsgefühl. Die Ratlosigkeit fehlt ebenso wie das Bewußtsein der Erschwerung ihrer Auffassung. Der Gedankengang ist ideenflüchtig bei quantitativ reichlicher Produktion. Züge des Beschäftigungsdelirs machen sich erst relativ spät, am dritten Tage des Spitalsaufenthaltes geltend. Halluzinationen waren bereits am ersten Tage nachweisbar.

Fall 5. Fi., Barbara, 30 Jahre alt, aufgenommen 4. II. 1920.

Anamnese: Vor 3 Wochen erkrankte Pat. mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Husten, Ausschlag um den Mund, Schlaflosigkeit. Seit 8 Tagen hochgradige Unruhe, Zuckungen an Händen und Füßen. Pat. schläft weder tags noch nachts.

5. II. Pat. sehr blaß, Lippen trocken mit bluthaltigen Herpesbläschen, seltene Zuckungen von klonisch-choreiformem Charakter, vorzugsweise die Bauchmuskulatur betreffend. Ferner symmetrische Zuckungen der unteren Extremitäten, die in einer ruckweisen Kontraktion der Knie- und Hüftbeuger bestehen. Daneben willkürlich aussehende Unruhebewegungen der Hände, des Kopfes und der Füße ähnlich Ungeduldsbewegungen. Bewegungsunruhe beim Examen gesteigert. Gang taumelnd und durch die choreiformen Zuckungen beeinträchtigt. Sprache etwas verwaschen. Im Nervenstatus sonst nichts Auffälliges. Bronchitis. Derzeit Menses.

Pat. behauptet, sie sei in Traunstein bei Herrn Huber. Es sei der 10. Februar 1920. Plötzlich wendet sie sich zur Wand und sagt: „Geh weg da.“ Sie glaubt ihren Sohn zu sehen. Sie spricht konfuses Zeug von Frauen und Herren, die in einem Gitterbett sind, glaubt, daß ihre Kinder sie rufen. Einige Stunden später glaubt sie, sie sei zu Haus in ihrem Bett. Sagt, wenn sie schlafe, so kämen ihr allerlei Phantasien, dann wolle sie fortgehen und Geschirr waschen. Das Bett geht auch in die Höhe. Plötzlich sagt sie: „Jetzt bin ich bei der Frau Wirtin in Rauhenstein.“

7. II. Motorische Unruhe viel geringer. Starke Hinfälligkeit. Exitus unter Erscheinungen einer rasch zunehmenden Herzschwäche.

Auch dieser ungünstig verlaufende Fall zeigt eine weitgehende Inkohärenz des Gedankenganges. Daneben bestand ein ausgesprochenes Alltagsdelir. Gefühlslage der körperlichen Erkrankung entsprechend.

Hiermit wäre ein Überblick über die schweren Formen dieser Delirien erreicht. Es ist charakteristisch, daß selbst bei diesen die Auffassung eine relativ gute bleibt. Die Patienten sind stets zugänglich, sogar im Falle 2 mit der eigentümlich witzelnd ablehnenden Stimmungslage. Eine gewisse Ordnung des Gedankenganges bleibt erhalten, auch wenn die Ideenflucht mehr oder minder deutlich das Bild beherrscht. Die Merkfähigkeit weist Störungen mittleren Grades auf. Es besteht eine verschieden ausgeprägte Neigung, in ein Alltagsdelir hinüberzugleiten, das meist auch den Charakter eines Beschäftigungsdelirs trägt. In einem Fall war die Halluzinationstendenz fast ebenso groß wie beim Delirium tremens. Die Stimmung wurde durch das durchdringende Krankheitsgefühl beherrscht. Die begleitenden neurologischen Symptome sind nicht von wesentlichem Einfluß auf die Gestaltung des Delirs. Fall 2, bei dem außer der Psychose lediglich Augenmuskelerkrankungen und Zwangshaltungen nachweisbar sind, unterscheidet sich grundsätzlich nicht von den Fällen 1, 3 und 4, welche eine lebhaft motorische Unruhe im Sinne von Wälzbewegungen zeigen. Gelegentlich hat man allerdings den Eindruck, daß die motorische Unruhe ein Abreißen des Gedankenganges begünstigt.

Aus der Art der Delirien kann keineswegs eine absolut infauste Prognose abgeleitet werden. Der Fall 6 ähnelt sehr den Fällen 4 und 5 im psychischen Bild, die Pat. hat aber in ihrer Erkrankung die Zeitdauer des Deliriums überwunden.

Fall 6. Sta., Therese, 32 Jahre alt, Kutschersgattin, aufgenommen 28. I. 1920.

Anamnestic ist nur bekannt, daß Pat. vor 10 Tagen mit Bauchkrämpfen erkrankt ist.

29. I. Temp. zwischen 36,5 und 38°. Pat. in lebhafter Bewegungsunruhe, kriecht im Bett ständig herum. Alle Willkürbewegungen, die Pat. ausführt, erscheinen durch ein gewisses Übermaß an Innervation schleudernd und erinnern dadurch an die Chorea. Pat. ist gut ernährt, Lippen trocken, stellenweise mit braunen Borken bedeckt, Sprache verwaschen. An den Zehen vereinzelte choreiforme Unruhe. Pat. ist verwirrt, klagt über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, schwer fixierbar, desorientiert und ideenflüchtig. Sie sei in einem Affenkäfig eingesperrt, wie sie hereingekommen sei, wisse sie nicht, aber man kriege sie immer

daran. Verkennt Personen der Umgebung, ruft nach Angehörigen, spricht mit halluzinierten Personen. So sieht sie z. B. ein Kind im Bett und sagt: „Pepi komm raus aus dem Winkler, was brauchst denn da drüben krallen.“ Einige Stunden später gibt Pat. auf Befragen ihren Namen an, ist erregt, verlangt Schlüssel und Haarnadeln, hält eine Mitpatientin für ihre Kusine, als Datum gibt sie 24. I. an. „Sie sollen nicht glauben, daß ich blöd bin.“ Schreit „Pepi“. „Pepi, wo warn mir denn heut Nacht.“ Schwer fixierbar. Unterschiedsfragen werden nicht beantwortet.

Allmählich entwickelt sich eine ausgesprochene choreatische Unruhe.

30. I. Zugänglicher. Choreatische Unruhe geringer. Erzählt, sie sei überfallen worden. Über ihre Situation ist sie orientiert, bringt ihre Erlebnisse aber in deliranter Weise vor.

Unterschiedsfragen: (Zwerg und Kind?) „Ein Zwerg ist klein, ein Kind auch.“ — (Teich und Fluß?) „Ein Fluß ist groß und ein Teich ist nur ein Heferl Wasser.“ — (See und Fluß?) „Der See ist größer als der Fluß.“ Erzählt dann, sie hätte vor 8 Tagen nachts zu singen angefangen, träumte von Schürzen, die verschwanden, dann träumte ihr von ihrem Mädcl, es war ihr leid, daß sie das Kind nach Dänemark geschickt habe. In den folgenden Nächten habe sie wiederholt gesungen und abwechselnd geweint.

Vorgezeigte Bilder: (Kämpfende Engel.) „Die haben einen Stachel in der Hand, Engel sind es.“ — (Apostel.) „Das sind Ärzte oder Geistliche.“ — (Apokalyptische Reiter.) „Das sind lauter Heilige, die reiten auf einem Pferd.“ Ist gesprächig, delirant, erzählt fortwährend von ihrer Krankheit.

31. I. Ziemlich klar, gesprächig, klagt über Schmerzen im Bauch.

2. II. Psychisch freier.

4. II. Ruhig und geordnet. Temp. normal. Nachts war Pat. jedoch delirant, wollte aufstehen, Feuer machen und kochen.

Im Lauf der folgenden Tage wird Pat. schlafsüchtig. Wegen der bestehenden vorgeschrittenen Gravidität wird Pat. auf die Gebärklinik transferiert.

Die Bewußtseinstörung bei dieser Pat. ist eine tiefere. Pat. ist etwas ideenflüchtig, das Delirante tritt nicht sehr stark hervor, die Auffassungsstörung ist auch in diesem Falle relativ gering.

In den beiden folgenden Fällen (7 und 8) ist neben der Ideenflucht eine heitere Verstimmung nachweisbar, so daß ein Bild entsteht, das an die Manie erinnert. In beiden Fällen war allerdings ein dumpfes Krankheitsbewußtsein vorhanden und in beiden Fällen handelt es sich um hyperkinetische Formen. Es ist aber sehr zu beachten, daß diese Hyperkinese sich von der Unruhe der Manie wesentlich unterscheidet, so daß, auch von den deliriösen Erlebnissen abgesehen, das Gesamtbild einen von der Manie verschiedenen Eindruck macht. Beide Fälle sind gutartig verlaufen.

Fall 7. Loi., Marie, 20 Jahre alt, Kontoristin, aufgenommen 10. II. 1920.

Anamnese: Pat. erkrankte am 5. II. mit Schmerzen in den Oberschenkeln. Am nächsten Tage konnte Pat. nicht mehr schlafen. Pat. begann irre zu reden, jammerte, daß sie Würmer gebissen hätten. Glaubte ihren gefallenen Bruder zu sehen. Sang lustige Melodien und lachte dabei. Die Worte der Lieder entsprangen eigener Erfindung, meist heiteren Inhalts. „Ich muß singen, mein Mund singt halt.“ War sehr lustig, dabei aber immer von Todesgedanken eingenommen. Man möge sich ihretwegen nicht kränken, sie sterbe ja gern. Gab Anweisung, was man ihr nach dem Tode anziehen solle, beschrieb ihr Leichenbegängnis.

11. II. Temp. zwischen 37 und 38,6°. Pat. ist zeitlich und örtlich annähernd orientiert, erinnert sich richtig an Zeit und Art ihrer Einbringung. Pat. ist ratlos, wie verträumt, fahrig. Lebhaft psychomotorische Erregung. Spricht hastig und viel, ideenflüchtig. Pat. gestikuliert unaufhörlich, macht Schaukelbewegungen mit dem Oberkörper und den Beinen, bald richtet sie sich im Bett auf, legt sich gleich darauf wieder nieder, schlägt plötzlich die Beine übereinander, macht ungeduldige Schnalzbewegungen mit den Fingern. Alle Bewegungen auffallend hastig, schleudernd und erinnern dadurch an die Chorea. Pat. klagt über hartnäckige Schlaflosigkeit und jammert, daß sie ganz wirr sei, wie verblödet. In den Nächten seien ihr lebhaft Bilder aufgetaucht. So sei ihr vorgekommen, als ob das Schlafzimmer ein Salon würde mit einer Brüstung, hinter welcher sie gesessen sei. Sie habe auch Stimmen gehört, aber niemand gesehen. Sie wollte sich zwingen einzuschlafen, mußte aber immer wieder die Augen öffnen und da kam ihr dann vor, als ob die Stiefel, die in der Nähe des Bettes standen, ihre Gestalt veränderten. Einmal wurden sie zu Schokolade, ein anderes Mal zu tanzenden Füßen und es kam Pat. so vor, als würde sie auch mittanzen. Es war ihr, als müsse sie sich mit den Stiefeln immer wieder beschäftigen. Es besteht eine Pharyngitis, Herpes der Lippen. Der Puls ist beschleunigt, jedoch kräftig. Im Nervenstatus sonst keine Besonderheit.

In den folgenden Wochen nahm die Bewegungsunruhe der Pat. stetig ab. Pat. wurde zusehends freier. Die Temperatur ging herunter, blieb jedoch zunächst um 37° herum. Erst Ende März trat Entfieberung ein.

Bei einem am 17. III. vorgenommenen Examen ist Pat. völlig orientiert, geordnet, erinnert sich ziemlich genau an ihre Sinnestäuschungen. Sie sah zuerst ihre eigenen Schuhe, dann zwei Paar fremde, ihre tanzten und die anderen auch, sie wollte sie aufhalten, machte ihre Schritte dazwischen, wenn die anderen tanzen wollten. Auch Wasser hörte sie rauschen. Sie glaubte, sie habe sich in einen Sessel gesetzt und konnte nicht einschlafen. Ging sie auf die alte Stelle zurück, fing die Tanzerei wieder an. Sie sah aber immer nur die Füße. An Würmer erinnert sie sich nicht. Ihre Stimmung zu Beginn der Erkrankung schätzt sie nicht besonders ein. Das unruhige Hin- und Herwälzen schiebt sie auf die Nerven, erinnert sich, Kochsalzinfusionen bekommen zu haben. Macht einen matten Eindruck, liest sehr viel, ist aber für die Vorgänge der Umgebung sehr apathisch und interesselos. In den letzten Wochen häufig euphorisch, glaubte aufstehen und herumgehen zu können, ohne dazu fähig zu sein.

23. III. In den letzten Tagen wird Pat. häufig schlafend angetroffen, Pat. sagt, sie sei gezwungen, tagsüber zu schlafen, da sie nachts schlaflos sei. Pat. ist schwerfällig und langsam. „Mich freut nix, was soll ich denn reden.“ Auf die Frage nach ihrem Befinden sagt sie: „Danke, mir geht's gut.“

Pat. wird am 29. III. der Mutter übergeben.

In den folgenden Wochen verliert die Pat. ihre Teilnahmslosigkeit ziemlich weitgehend, bleibt aber nach Angaben der Mutter doch stiller und interesseloser als sie vor der Erkrankung war.

Bei dieser Patientin ist eine Störung der Auffassung und eine Trübung des Bewußtseins nicht beobachtet worden. Pat. ist auch nicht verwirrt bei der Aufnahme auf die Klinik und zeigt ein rein manisches Zustandsbild mit Ideenflucht und Heiterkeit. Nachts jedoch traten szenische Erlebnisse auf, welche ihr Material dem Alltag entnahmen. Pat. zeigt einen eigentümlichen motorischen Symptomenkomplex von maschinenmäßiger Unruhe und Wälzbewegungen. Choreatisches im engeren

Sinne fehlt. In den szenischen Erlebnissen der Nacht wird die eigene motorische Unruhe nach außen projiziert. Die eigene Tendenz zur Ruhe erscheint abgespalten gleichfalls im Bild. Die Pat. erinnert sich übrigens daran, daß sie ihre Bewegungen unterdrücken wollte, um zu schlafen. Die Würmer sind eine Umdeutung der Schmerzen in den Gliedern. Die Mechanik dieser Umbildungen erinnert lebhaft an die Verarbeitung von Reizen im Traum. Die Phase der Unruhe mit den nächtlichen Delirien dauerte nur einige Tage, etwa vom 9. II.—16. II. Es folgt dann eine Zeit der Apathie und Interessenlosigkeit für die Außenwelt. Hand in Hand damit geht eine relative Akinese mit Verarmung an spontanen Bewegungen. Eine auffällige Gedächtnislücke besteht nicht. Nach einigen Monaten ist die Pat. praktisch gesund, nur ist nach den Angaben der Mutter die Pat. ruhiger und interessensloser, als sie es vor der Erkrankung war.

Fall 8. Ra., Hermine, 34 Jahre alt, Private, aufgenommen 25. II. 1920.

Anamnese: Pat. erkrankte am 19. II. mit Schüttelfrost, vorher durch 8 Tage Schnupfen. 2 Tage später blitzartige Schmerzen in der Lende. Begann nachts zu phantasieren, sprach immer ein und dasselbe. „Mama ich werde sterben, ich komm nicht auf.“ Hatte Sinnestäuschungen, sah Wanzen und Käfer. Beschäftigte sich mit ihren Polstern, hatte lebhaft Unruhebewegungen. Dabei war Pat. immer auffallend heiter, sagte fast alles lachend, selbst ihre Befürchtungen, sterben zu müssen. Pat. sang viel. „Entschuldige, ich muß mich immer begleiten zu meinem Spiel.“ Sprach unaufhörlich, bewegte sich fortwährend. War sich ihrer Unruhe bewußt und ließ die Mietparteien um Entschuldigung bitten. Die Pat. soll stets ein sehr heiteres Naturell gehabt haben. Dort wird sonst nichts über manisch-depressive Züge berichtet. Auch in der Familie keine manisch-depressiven Erkrankungen.

26. II. Auffallend heiter, lacht viel und redet viel, fängt immer was Neues an, bleibt nicht beim Thema. Öfter jammert sie, und zwar meistens, wenn Zuckungen eintreten und klagt dabei über Schmerz. Gibt ihre Anamnese ziemlich gut an. Dabei ist Pat. ziemlich gut orientiert. Pat. weiß, daß sie im Anfang der Erkrankung psychisch verändert war, viel gesprochen hat, Gelesenes und Gesprochenes nicht recht aufgefaßt hat. An ihre Delirien jedoch erinnert sie sich nicht. Maschinenmäßige Bewegungsunruhe. Daneben Ungeduldsbewegungen und klonische Zuckungen im Bereiche der Bauchmuskulatur. Pupillen normal.

Nervenzustand: Sonst ohne Besonderheit. Beim Aufsetzen im Bett Abheben der Beine von der Unterlage in ziemlich gestreckter Stellung, hernach einige choreatisch aussehende Bewegungen in den Extremitäten. Psychische Erregung steigert die Bewegungsunruhe. Temp. 37,5, Puls 96.

1. III. Andauernde Schlaflosigkeit. Die Gesprächigkeit und Vielgeschäftigkeit der Pat. im Abnehmen.

16. III. Motorische Unruhe geschwunden, gibt an, sie habe singen und sprechen müssen und dann habe sie sich leichter gefühlt.

29. III. Nachts sei sie andauernd schlaflos, unter Tages sei sie jedoch schlaf-süchtig. Pat. ist stark abgemagert, klagt häufig über Schmerzen im Rücken.

1. IV. Pat. fieberfrei, ist heiter, entsprechend ihrem früheren Naturell, faßt rasch auf, stockt niemals in der Konversation. Objektiv keine auffällige Störung der Merkfähigkeit. Pat. klagt über Gedächtnisschwäche.

Pat. wird in den folgenden Tagen entlassen. Im weiteren Verlauf der Beobachtung ergibt sich, daß die Pat. nachts andauernd schlaflos ist, untertags

wenig Stunden zu schlafen imstande ist. Pat. ist sehr anämisch. Pat. ist sehr deprimiert durch die andauernde Schlaflosigkeit, sonst psychisch nicht auffällig. Im Oktober nachts eigenartige Atemstörungen unter Unruhe.

Hier beherrscht nach geringfügigen halluzinatorischen Erscheinungen ein manisches Zustandsbild die psychische Störung. Die Pat. ist vielgeschäftig, euphorisch, singt. Die motorische Erregung hat aber nicht den Charakter der Manie, es ist wieder die wiederholt erwähnte, maschinenmäßige motorische Unruhe. Die Pat. empfindet, wie viele andere, die Bewegung als Zwang. Durch Singen fühlt sie sich erleichtert. Auch Singen und Sprechen werden als Zwang empfunden. Wir sind geneigt, hierin etwas Wesentliches zu sehen. Auch schlägt ein dumpfes Krankheitsgefühl immer wieder durch. Auch in der Rekonvaleszenz fehlt bei dieser Pat. die Apathie. Störungen der Merkfähigkeit bestehen nicht. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß das manische Zustandsbild dieser Pat. konstitutionell begründet ist. Jedenfalls fehlen anamnestiche Anhaltspunkte.

In diesen beiden Fällen beschränken sich die Delirien auf die Nacht. Sie bilden die Überleitung zu einer recht zahlreichen Gruppe von Fällen, in denen die deliranten Erscheinungen keine wesentliche Rolle spielen. Wir haben solche allerdings kaum jemals vollkommen vermißt. Eine Reihe unserer Fälle hat wenig ausgeprägte nächtliche Delirien durch einige Nächte, dann schließt sich ein Zustand der Dämmerigkeit oder Schlafsucht an, der sich mehrere Wochen hinzieht. Die neurologischen Begleiterscheinungen sind hierbei meist sehr gering. Ausgeprägter sind die nun folgenden Krankheitsfälle. Im Falle 9 sind zwar nächtliche Delirien vorhanden, doch dominieren die körperlichen Erscheinungen.

Fall 9. Pi., Paula. 18 Jahre, Hilfsarbeiterin, aufgenommen 28. I. 1920.

Anamnese: Vor 4 Wochen Schmerzen in der Lende, die gegen den Bauch ausstrahlten, gleichzeitig Zuckungen der Hände und Füße, auch im Bereich des Stammes. Schlaflosigkeit, angeblich kein Fieber. Bei der Aufnahme ist Pat. fieberfrei. Bei ihrer Ankunft ruhig, klagt über Schmerzen im ganzen Körper, verließ nachts fortwährend das Bett.

29. I. Bei der Visite bietet Pat. ein schläfriges Wesen dar, die Bewegungen sind verlangsamt, schwach, im Sitzen und noch deutlicher beim Gehen ruckartige Zuckungen des Körpers. Im Liegen sind die Zuckungen auch vorhanden, beim Drücken der Hände treten die Zuckungen deutlicher hervor. Pat. ist klar und geordnet.

Nervenstatus: Sonst nichts Auffälliges. Pat. geht jedoch langsam, unsicher und knickt fast bei jedem Schritt ruckartig ein. Der Puls ist klein, frequent, 120 Schläge in der Minute. Systolisches Geräusch an der Herzspitze. Grenzen des Herzens normal. Lunge o. B. Temp. normal.

30. I. Pat. ist nachts unruhig, delirant. Bei der Morgenvsiste wie tags zuvor, ebenso in den 2 folgenden Tagen.

Am 2. II. Tremor des Kopfes und der Hände. PSR und ASR nicht auslösbar.

9. II. Pat. sehr hinfällig. Phlegmone an der rechten Hand, am rechten Mundwinkel. Zuckungen zurückgetreten. Pat. halluziniert Männer, die in einer Ecke

stehen und schießen. Pat. glaubt in einem Keller zu sein, fühlt sich ganz gesund. Beschäftigungsdelirien.

In den folgenden Tagen wird Pat. ruhiger. Temp. schwankt zwischen 37,2 und 39°. Exitus unter den Erscheinungen einer langsam zunehmenden Herzschwäche.

Die Erkrankung ist hier neurologisch gekennzeichnet durch klonisch-myoklonische Erscheinungen. Die Wälzbewegungen und choreatische Erscheinungen fehlen. Im Beginn ist die Pat. klar und geordnet, nur etwas schwer besinnlich. Zunächst setzen nächtliche Delirien ein, diese nehmen allmählich den Charakter eines asthenischen Beschäftigungsdelirs an. Charakteristisch für diese Pat. war es, daß die Halluzinationen wie bei der Hysterie Einzelfiguren darstellen. Die schwere körperliche Erkrankung, welche zum Tode geführt hat, beherrscht von allem Anfang an das Bild und läßt die Psychose nur als Begleitmotiv mitklingen.

Die nun folgenden Fälle 10, 11 und 12 ergänzen die Kenntnisse über den Zustand dieser Kranken nach Ablauf der deliranten Erscheinungen. Fall 10 begann mit einer Chorea minor und nächtlichen Delirien und mündete in ein Stadium der Apathie und Interesselosigkeit. Fall 11 gehört mehr zur Gruppe der Encephalitis lethargica im engeren Sinne. Im Falle 12 folgt einem hyperkinetischen Stadium ein lethargischer Zustand. Es mischt sich bei diesen Fällen Schlafsucht, Apathie und Interesselosigkeit. Gelegentlich kommt es zu kurzen deliranten Phasen, welche sogar nach dem Typus des Beschäftigungsdelirs verlaufen können. Das Gefühl körperlicher Erkrankung besteht bei allen diesen Fällen. Für ihr Leiden können sie Interesse entwickeln.

Dieser Befund deckt sich mit jenem, welcher bei Fällen anzutreffen ist, die nach durchgemachtem hyperkinetischen in ein akinetisches Stadium übergetreten sind. Die Patienten liegen stumpf, bewegungsarm zu Bett, zeigen kein Interesse für die Umgebung und haben keine Tendenz, sich zu beschäftigen. Man erwartet einen erheblichen Grad von Demenz zu finden. Die Patienten sind jedoch ansprechbar, leicht zu fixieren und vollkommen zugänglich. Sie fassen auch gut auf, zeigen nur ausnahmsweise Störungen der Merkfähigkeit, die hauptsächlich den Angehörigen auffällt. Die Miene ist auffällig starr, leblos, Patienten schlafen nachts sehr häufig schlecht und schlafen häufig um so mehr bei Tag, sehr oft sind sie bloß schlaftrunken. Sie haben das Gefühl der Mattigkeit, des Zerschlagenseins, aber ohne deprimiert zu sein. Sie sind aber morgens noch verdrießlich. Dieser Zustand kann sich durch mehrere Wochen hinziehen, ja sogar bis zu mehreren Monaten, um sich dann doch allmählich zu lösen. Kleist hat ein Stadium der Akinese und Interesselosigkeit nach dem Abklingen der choreatischen Erscheinungen gesehen und gewürdigt und mit diesen Zuständen ist offenbar die Stö-

rung unserer Fälle auf das engste verwandt. Beiden ist gemeinsam, daß das Ganze neurologische Züge trägt. Das äußere Aussehen dieser Fälle erinnert öfter an Parkinson-Fälle. Doch scheint es sich bei den Fällen Kleists häufig um schwerere psychische Beeinträchtigungen zu handeln und es fehlen die charakteristischen Schlafstörungen.

Knauer hat die Ansicht vertreten, der Stupor, welchem bei Rheumatismuspsychosen einer Erregungsphase zu folgen pflege, sei etwas Ähnliches wie die postchoreatische Akinese. Wir glauben allerdings, daß eine Differenzierung dieser beiden Stuporformen möglich ist. Der Stupor der Rheumatiker Knauers ist jedenfalls von dem unserer Kranken beträchtlich verschieden, vor allem fehlt jenem häufig der neurologische Anteil. Die Störungen der Auffassung, des Denkens und der Merkfähigkeit sind viel schwerer. Die Neigung zu halluzinatorischer und illusionärer Umdeutung ist eine viel größere.

Mit einer melancholischen Hemmung hat das Stadium der Akinese nichts zu tun.

Katatoniezüge im Sinne des Negativismus, der Verschrobenheit, der Unzugänglichkeit fehlen. Über katatone Symptome einer Reihe anderer Fälle und über die Beziehung der Motilitätsstörungen der Encephalitis epidemica zur Katatonie werden wir noch im Zusammenhang berichten.

Fall 10. Pu., Josefa, 25 Jahre alt, Manipulantin, aufgenommen 24. I. 1920.

Anamnese: Vor 14 Tagen Zuckungen in der linken Gesichtshälfte. Am 21. d. M. Unruhe des Kopfes. Am nächsten Tag auch Unruhe der Extremitäten. In der Nacht vom 23. hat Pat. deliriert.

25. I. Pat. befindet sich in stetiger motorischer Unruhe. Der Körper wird von der Unterlage gehoben, nach beiden Seiten gewälzt, die Arme hin- und hergeschleudert, Beine an den Rumpf angezogen und wieder ausgestreckt. Die Bewegungen sind koordiniert, nicht sehr schnell, haben zeitweise den Charakter einer zweckmäßigen Bewegung, z. B. Streichen mit der Hand über das Haar, Seitwärtswenden des Kopfes, Verziehen des Mundes. Die Extremitätenbewegungen hauptsächlich in den großen Gelenken. Bei aktiven Stellungsveränderungen und intendierten Bewegungen sistieren die Bewegungen in den betreffenden Extremitäten gänzlich, ebenso kann der Kopf bei Aufforderung, einen bestimmten Punkt zu fixieren, ruhig gestellt werden. Doch treten dann lebhafte Mitbewegungen auf. Pat. ist klar und geordnet, berichtet, daß sie die Zuckungen seit 4 Tagen habe und daß sie plötzlich nach einem hauslichen Zwist aufgetreten seien. Ihr Verlobter sei nicht gekommen, sie habe viel nachdenken müssen. Linke Pupille entrundet, geringe Reaktion auf Licht. Beim Aufrichten aus der liegenden Stellung werden die Beine im Hüftgelenk flektiert und gestreckt im Knie von der Unterlage abgehoben. Subfebrile Temperaturen. Herpes labialis. Beim Gehen knickt Pat. fortwährend in den Knien ein. Beim Stehen mit geschlossenen Augen fällt Pat. um. Sonst Nervenbefund o. B. Undeutlicher erster Ton an der Herzspitze. Sonst Herz o. B., Lunge o. B., Puls kräftig, regelmäßig.

23. I. Plötzliches Aufhören der Zuckungen.

29. I. Pat. ist leicht delirant. Keine Zuckungen.

30. I. Pat. arbeitet im Bett herum, wirft das Bettzeug durcheinander. Glaubt die Mutter sei draußen, spräche mit ihr. Sie wolle der Mutter helfen, aber die Mutter erlaube es ihr nicht. Pat. ist ratlos und nicht völlig orientiert.

31. I. Pat. war nachts unruhig und delirant. Subfebrile Temperatur.

2. II. Seit gestern Temp. zwischen 38 und 39,4°. Pat. benommen. Augenlider zusammengezogen. Tendenz zur Rückenlage. Zittern des Kopfes. Pupillenreaktion träge.

21. II. Klonische Zuckungen im Bereiche der Oberschenkelmuskulatur. Tendenz zur Rückenlage und Bewegungsarmut. Zeitlich unvollständig, örtlich gut orientiert. Pat. antwortet sinngemäß.

1. III. Pat. ist etwas schlafstüchtig unter Tage, nachts meist schlaflos. Seit einigen Tagen ist Pat. klar. Zeitlich und örtlich gut orientiert. Gibt ohne Hemmung sinngemäß Antwort. Pat. erzählt heute, daß sie am 3. Tage ihrer Erkrankung zu Hause phantasiert hat. Es kam ihr so vor, als sei sie nicht in ihrer Wohnung, und sie glaubte keine Füße zu haben. Plötzlich war es, als sei sie beim Gemischtwarenhändler und sie fragte: „Wie komme ich denn jetzt nach Hause, ich habe keine Füße.“ Sie sah sich immer in einer fremden Wohnung und fragte, wo sie sei und glaubte nicht, daß sie zu Hause sei.

Während man mit der Pat. spricht wird sie lebhafter, es treten deutliche Unruhebewegungen in beiden Beinen und im Bereiche der linken o. E. auf. Tendenz zur Rückenlage, auffallende Ruhigstellung des Kopfes.

16. III. Pat. war kurze Zeit mehr apathisch, interesselos, heute wieder freier, klar und geordnet.

Am 29. IV. gibt Pat. über die erste Zeit ihrer Erkrankung genauere Auskunft. Sie hat gute Erinnerung für die Vorgänge bei ihrer Aufnahme auf die Klinik, gibt über die durchgemachte Psychose folgendes an. Sie habe immer das Gefühl gehabt, ohne Füße zu sein und nicht gehen zu können. Dabei glaubte sie von einem Auto verfolgt zu werden. Sie hörte wie das Auto von der Ferne kam und an das Haus anfuhr, wo sie sich verborgen glaubte. Pat. war sich vollkommen bewußt, daß sie unruhig sei und zuckte. Pat. habe stets alle, die zu ihr kamen, erkannt. Sie glaubte nur, bald in dem, bald in jenem Spital zu sein, ein anderes Mal glaubte sie sich in einem Bad. Sie sah nur den Sand und Leute (Verwandte und Fremde). Einmal kam es Pat. vor, als hätte sie selbst Kino gespielt. Es war, als hätte sie einen Mantel im Bett, den man ihr wegnehmen wollte. Pat. wollte den Mantel verstecken. Hinter dem Bett sah Pat. jedoch den Kinoapparat, den ein Mann und ein Fräulein bedienten. Dabei habe sie das Gefühl gehabt, spielen zu müssen. Man forderte sie auch immer wieder auf zu spielen. Pat. fühlte sich müde und klagte der Mutter, nicht mehr spielen zu wollen. Zur Zeit jener Delirien zuckte sie lebhaft.

Einmal habe sie das Gefühl gehabt, als ob das Bett auf den Kopf gestellt sei. Pat. habe sich anhalten müssen, das Bett habe so gewackelt und Pat. habe nach der Schwester gerufen.

In den letzten Wochen des Spitalaufenthaltes wurde Pat. vorübergehend auffällig rührselig, weinte aus den wichtigsten Anlässen, es kamen ihr die Tränen in die Augen, ohne daß sie sich eigentlich traurig fühlte. Ihr Gesicht verzog sich und es würgte sie. Sie kämpfte gegen diese Rührseligkeit an.

Pat. verließ Ende April die Klinik, hat sich in der Folgezeit wiederholt vorgestellt. Anfangs bestand noch eine gewisse Neigung zum Zwangswinen, schwand aber vollständig, Pat. kann als geheilt betrachtet werden.

Diese Pat., welche zu Beginn der Erkrankung ziemlich rein das neurologische Bild einer Chorea minor bot, zeigte zunächst nächtliche

Delirien. Diese setzten gleichzeitig mit einer mäßigen Temperatursteigerung ein. Es folgte ein Zustand schwerer Benommenheit, dann kommt eine Zeit der Apathie und Interesselosigkeit. Mit zunehmender Klärung erfolgen eingehende katamnestische Angaben über die Delirien, am beachtenswertesten die Angabe, daß sich das Gefühl der Schwäche in die Idee transformierte, sie hätte keine Beine. Die motorische Unruhe hingegen erschien als ein von außen auferlegter Zwang. Das Zwangsweinen der Rekonvaleszenz ist als ein neurologisches Symptom aufzufassen. Dauer des Deliriums wenige Nächte. Das Stadium der Apathie und Interesselosigkeit währt etwa zwei Monate.

Fall 11. Ve., Pauline, 24 Jahre, Verkäuferin, aufgenommen 24. II. 1920.

Anamnese: Mitte Februar erkrankte Pat. mit Schmerzen im Bauch, Zuckungen in den Füßen und biß immer die Lippen aufeinander. Gleichzeitig Fieber, Schlaflosigkeit, Zuckungen nur in der Nacht. 3 Tage nach Beginn der Erkrankung wird Pat. sehr schlafstüchtig, und zwar Tag und Nacht, „phantasiert im Schlaf“, im wachen Zustand nicht. Beschäftigt sich mit der Decke, aus der sie einen Rock nähen will. Sah verschiedene Personen.

25. II. Schläfrig, delirantes Verhalten. Pat. zupft an der Decke, nestelt an den Haaren herum, setzt sich unmotiviert auf. Ruckartige Bewegungen im Bereiche des Quadriceps und Triceps, jedoch nur selten, Bauchmuskelnzuckungen fehlen. Pat. öffnet die Augen kaum, versucht sie dieselben zu öffnen, so ist die Lidspalte links enger als rechts. Aufforderungen werden nicht befolgt. Pupillen eng, gleichweit, die linke entrundet. Keine Lichtreaktion. Schädel mäßig klopfempfindlich. Nacken frei. Reflexe der u. E. gesteigert. Links Patellar- und Fußklonus angedeutet. 0 Babinski, 0 Kernig. Temp. 37,9°. Puls 84. Innere Organe o. B. Auf Fragen gibt Pat. keinerlei Auskunft, liegt meist in Rückenlage und deliriert.

26. II. Augen konstant geschlossen. Pat. sitzt in gebückter Haltung im Bett. Kopf vorgeneigt und dabei etwas schief. Bei passiven Bewegungen leichter Nackenrigor, kein Schmerz. Herpes labialis. Heute keine Zuckungen.

27. II. Beiderseitiger Fußklonus. Pat. spricht leise. Pat. schläft viel und während des Schlafes macht Pat. öfters Bewegungen als wolle sie sich mit etwas beschäftigen. Pat. ist nicht orientiert.

4. III. Pat. bei der Morgenvisite schlafstüchtig. Ptosis geringer. Beim Versuch aufzustehen, starker Schwindel, geht unsicher und schwankend, jedoch nicht mehr als einer längeren Bettruhe entspricht. Die linke Pupille entrundet, schief, oval, beide Pupillen deutlich, wenn auch unvollkommen, auf Licht reagierend. Pat. ist heute orientiert und gibt sinngemäß Auskunft. Hält sich während des Examens ohne Schwierigkeit wach. Euphorisch. Mangelhafte Krankheitseinsicht, will aufstehen, obwohl sie nicht gehen kann. Während der Untersuchung keinerlei Zuckungen, keinerlei Tremor.

5. III. Bei der Morgenvisite ist Pat. wach, sitzt im Bett, verlangt wieder einsichtslos die Kleider. Ptosis sehr gering. Lebhafter Nystagmus beim Blick nach links.

13. III. In den letzten Tagen ist Pat. wieder schlafstüchtiger geworden und gleichzeitig trat wieder die Ptosis auf. Zeitweilig ist Pat. delirant. Plötzlich will sie, wenn sie aufwacht, aufstehen, verlangt ihre Kleider, um nach Hause zu gehen, denn man warte schon auf sie. Manchmal findet sie sich beim Erwachen nicht gleich zurecht. Im Schlafe spricht sie undeutlich, spielt mit den Zöpfen oder macht unmotivierte Bewegungen mit Händen und Füßen. Einmal jammert sie: „Ich bin unschuldig, hier klagt man mich aber des Mordes an.“

18. III. Pat. ist sehr schlafsuchtig, verlangt immer wieder ihre Kleider, will im Garten spazieren gehen. Auf Anruf erwacht sie sofort aus dem Schlaf, behauptet, der Arzt habe ihr versprochen, sie dürfe nach Hause gehen, ist nur beiläufig orientiert. Es fehle ihr nichts, nur ein bißchen in den Augen, sie könne schon nach Hause gehen. Kein Anhaltspunkt für Sinnestäuschungen. Sie fürchte sich vor den Mitpatienten. Ptosis links deutlicher als rechts. Aktiv gelingt es nur, die Augen auf die Hälfte der Lidspaltweite zu öffnen. Lichtreaktion der Pupillen deutlich, jedoch unvollständig. Reaktion auf Akkommodation viel besser. Die Konvergenz der Augen gelingt der Pat. nicht. Übrige Augenbewegungen frei. Keine Zuckungen, kein Tremor. Bewegungsarmut und glattes Gesicht.

In den folgenden Wochen ziemlich rasche Klärung der Pat. und Besserung der Ptosis und allgemeinen Schwäche. Die Schlafsucht nimmt deutlich ab, parallel der Abnahme der Ptosis.

Am 15. IV. bietet Pat. folgenden Befund. Pat. sieht frischer aus. Wangen gut gefärbt, dabei bleibt aber die Pat. fast bewegungslos. Das Gesicht ist glatt, der Kopf wird steif gehalten, sie bewegt sich spontan kaum. Die Auffassung ist noch etwas verlangsamt. Die Auskünfte der Pat. erfolgen dürftig und langsam. Die Angehörigen bemerken bei der Pat. eine gewisse Vergeßlichkeit. An ihre Delirien erinnert sich Pat. nur recht dürftig, erinnert sich nur, daß sie sich zeitweise fürchtete und wiederholt fortgehen wollte. Pat. ist apathisch. Interesse für die Umgebung gering, für ihre eigene Person dürftig. Beim Gehen werden Kopf und Oberkörper auffallend steif gehalten. Die Arme schlenkern kaum. Schwindelgefühl. Geringe Zuckungen im Bereiche der Oberlippe und in der Gegend der rechten Nasolabialfalte. Angedeutete Ptosis. Pupillen mittelweit, rechts weiter als links, sie sind rund und reagieren auf Licht unvollständig. Die Konvergenz der Augen gelingt der Pat. kaum. Beim Versuch, das Auge auf einen nahen Punkt einzustellen, ist links eine unvollständige, aber deutliche, rechts kaum eine Kontraktion der Pupille wahrzunehmen. Im übrigen sind die Augenbewegungen frei. Horizontaler, lebhafter Einstellungsnystagmus beim Blick nach seitwärts. Im linken Arm ein geringer gleichmäßiger Rigor im Triceps. Reflexe der o. E. positiv, rechts = links. PSR positiv, rechts = links. ASR rechts positiv, links stark herabgesetzt. Im übrigen der Nervenstatus o. B. Pat. ist noch ziemlich schwach.

In den folgenden Monaten bietet Pat. durch mehrere Wochen das Bild einer Melancholica simplex, die akinetischen Erscheinungen nehmen bei Pat. zu, so daß jetzt, Dezember 1920, die Pat. das typische Bild des häufigsten Folgezustandes der Encephalitis mit Akinese, Muskelspannungen und Hemmung des Vorstellungsablaufes, Apathie aufweist.

Diesen Fall teilen wir mit, einesteils weil er zeigt, in welcher Weise sich delirante Züge in des Bild einer Lethargie einmengen können, andernteils weil er zeigt, wie lange Schwerbesinnlichkeit, Apathie und Vergeßlichkeit den Ablauf der schweren Erscheinungen überdauern können.

Fall 12. Pe., Friederike, 27 Jahre alt, Wehrmannsgattin, aufgenommen 4. III. 1920.

Anamnese: Die Erkrankung begann vor 4 Tagen mit lebhafter Unruhe, Krämpfen, in denen sie um sich schlug. Es wird angegeben, daß die Pat. vor einem Jahre aus einem Eisenbahnzug gestürzt sei und nachher 3 Krampfanfälle gehabt habe. Näheres über die Anamnese nicht zu erfahren.

5. III. Temperatur subfebril. Erkrankte nach ihrer Angabe in den letzten Tagen des Februar. Sie sei aufgestanden, habe nichts gesehen und habe seit damals

Schwindel. Sie habe durch einige Tage fortwährend phantasiert und sei seither schlaflos. Über den Inhalt der Delirien nichts zu erfahren. Keine Körperschmerzen. Am 2. habe sie einen Anfall von Herzkrampf gehabt. Vor einem Jahr habe sie einen Unfall gehabt, sei auf der Bahn gestürzt und habe seit damals öfters Anfälle von Bewußtlosigkeit.

Pat. spricht erregt, ideenflüchtig. Ist besorgt, glaubt, ihre letzte Stunde stehe bevor, sie werde ihre Kinder nicht mehr sehen, sie könne nicht liegen. Pat. ist beständig in Bewegung, reibt sich die Hände, tastet nervös an den Lippen herum, setzt sich auf, legt sich sofort wieder nieder. Zum Teil jedoch besteht eine ausgesprochen choreatische Bewegungsunruhe, die besonders an den distalen Extremitätenabschnitten hervortritt und in trägen Schleuder- und Wurfbewegungen besteht. Bei Aufforderung, die Hände auszustrecken, sistiert die Bewegungsunruhe vollständig.

Mäßige Hypotonie, Diadochokinese etwas herabgesetzt. Babinskisches Choreazeichen angedeutet. Keine Ataxie. Pupillen eng, auf Licht und Akkommodation nur spurweise Reaktion. Zunge stark belegt, zeigt keine Bißnarben. Tiefe Reflexe mäßig lebhaft rechts = links. Plantarreflexe lebhaft, rechts = links. Bauchdeckenreflexe lebhaft, rechts = links. 0 Babinski. Gang durch choreatische Unruhe beeinflußt.

6. III. Seit gestern Mittag ist Pat. schlafsüchtig, wird sie geweckt, tritt die Bewegungsunruhe etwas hervor. Kompliziertere Zweckbewegungen geschehen ausfahrend, fast ataktisch. An der choreatischen Unruhe beteiligt sich auch die Bauchmuskulatur, jedoch haben die Zuckungen mehr trägen Charakter.

Pat. klagt über lebhaftes Sausen im Kopf, das vom linken Ohr ausgehe. (Ohrbefund negativ.) Pat. klagt über Doppelbilder, es verschwimme ihr alles vor den Augen (kein Strabismus, kein Zurückbleiben eines Bulbus bei Augenbewegungen).

Pat. ist schwer fixierbar, erregt, dämmerig, zeitlich gar nicht, örtlich nur unvollständig orientiert. Es sei nachts jemand bei ihr gewesen und habe ihr die Ohren gespült. Es war ihr, als fiele sie ins Wasser und müßte ertrinken. (Tags zuvor Ohrspülung gelegentlich der Ohruntersuchung.)

11. III. Abnehmende Bewegungsunruhe. Pat. andauernd delirant. Schlaf-süchtig, unruhig im Schlaf, macht mit den Händen Bewegungen als ob sie beschäftigt wäre. Vor dem Einschlafen singt Pat. wiederholt und bewegt lebhaft die Hände. Sie erinnert sich nicht daran. Manchmal macht sie im Schlaf schaukelnde Bewegungen mit hochgezogenen Füßen, manchmal erschreckt Abwehrbewegungen mit dem Arm als ob ihr Gefahr drohen würde. Außer der geringen Bewegungsunruhe, die in Ungeduldsbewegungen an Händen und Beinen besteht und geringer choreatischer Unruhe an den distalen Extremitätenpartien, bestehen klonische Zuckungen im Bereiche der Streckmuskulatur des Oberschenkels, sowie der langen Extensoren der Zehen. Pupillen sind untermittelweit, beim Versuch zu konvergieren, tritt eine mäßige Verengung der Pupillen ein. In der letzten Zeit Temperatur subfebril, vereinzelt über 38°.

16. III. Pat. ist zeitlich und örtlich orientiert, sie fühle sich nur unruhig, Blut und Nerven seien erregt. Sie gibt geordnet Auskunft, sagt, daß sie seit 3 Tagen bewußtlos gewesen sei und phantasiert habe, sie glaube, man wolle sie erschießen. Man habe sie immer in den Rücken gestoßen, erinnerte sich dabei, daß ihr einmal ihr Mann Verhaltensmaßregeln gegeben habe, wie sie sich bei einer Revolution verhalten solle. Ein vorgezeigtes Bild: Kämpfende Engel (Dürer) betrachtet sie und sagt, das ist der Krieg. (Am 4. IV. erinnert sich Pat. nicht mehr, daß ihr dieses Bild gezeigt wurde.)

21. V. In der letzten Aprilwoche trat bei Pat. eine starke Zungenunruhe auf, welche die Sprache beeinflusste, überdies hatte die Pat. das Gefühl, als ob sich im Hals etwas zusammenziehen würde. Auch das Schlucken war beeinträchtigt. An der Zunge keine Atrophie und keine fibrillären Zuckungen. Keine Zungenparese. Fingertremor im Bereich der linken Hand.

16. VI. Pat. klagt über schlaflose Nächte. In dieser Zeit sei sie unruhig und müsse, ohne zu wollen, alle möglichen Bewegungen machen. Auch während der Untersuchung eine geringe Bewegungsunruhe der Extremitätenenden. Keine Schmerzen, jedoch klagt Pat. über Sehstörungen, sie fühle sich schwach. Pat. schläft häufig unter Tags, besonders in den Vormittagsstunden. Lichtreaktion der Pupillen deutlich, jedoch unvollkommen.

Pat. wird gebessert in häusliche Pflege entlassen.

Auch bei dieser Pat. wird das Stadium der Wälzbewegung von Delirien eingeleitet, im Stadium der Schlafsucht ist sie schwer fixierbar und dämmerig. Die Orientierung hat gelitten. Es mischen sich delirante Züge in die Schlafsucht, die Bewußtseinsstörung dieser Patientin ist eine tiefere als die der anderen, auch die Merkfähigkeit ist dementsprechend eine schlechte. Sie erinnert sich nach einigen Tagen nicht mehr an Bilder, die ihr gezeigt werden und hat auch an den Inhalt der Delirien eine sehr mangelhafte Erinnerung. Das Stadium der deliranten Unruhe dauert nur einige Tage, etwa drei. Das in der Krankengeschichte eingehender berücksichtigte Nachstadium erstreckt sich auf mehr als drei Monate.

Sehr lange zog sich dieses Nachstadium bei einem Kinde hin, dessen Krankengeschichte wir nun folgen lassen. Der Stupor war hier besonders schwer.

Fall 13. Ei., Grete, 8 Jahre, aufgenommen am 19. V. 1920.

Anamnese: Pat. wurde am 28. I. 1920 in die psychiatrische Klinik in München mit dem Bild einer heftigen Chorea aufgenommen. Etwa Mitte Februar begann das Kind fast den ganzen Tag zu schlafen. Im April wurde die Pat. in die Kinderklinik in Wien aufgenommen. Die Mutter gibt an, daß das Kind in den letzten Wochen ziemlich teilnahmslos war, nie nach Essen verlangte, den Urin schwer halten konnte. Das Kind sei aber jetzt schlaflos, klage zeitweise über Kopf- und Bauchschmerzen. Das Kind zittere andauernd.

20. V. bot Pat. folgendes Bild. Pat. gibt nur langsam zögernd und leise Antwort. Macht spontan auffallend wenige Bewegungen, nur eine stereotype Bewegung des Lutschens und Wischen mit der rechten Hand wird von der Pat. fast ständig ausgeführt. Beim Niederlegen hält Pat. den Kopf steif, nimmt überhaupt eine eigentümliche, gezwungene Lage ein. Der Gang ist eigentümlich unsicher, Andeutung von Fußspitzengang. Pupillen gleichweit, prompt reagierend. Leichter Strabismus convergens des linken Auges. Tiefe Reflexe lebhaft, PSR rechts gesteigert.

In den folgenden Tagen ist Pat. nachts wiederholt unruhig. Pat. lacht oft ohne Grund. Motiviert das Fingerlutschen damit, daß ihr der Finger brenne. Pat. ist unzugänglich und apathisch. Klonisches Zusammenzucken im rechten Bein. Stereotype Unruhebewegungen: Verdrehen des Kopfes, Bewegungen der Extremitäten. Die Bewegungen im maschinenmäßigen Rhythmus. Auf einfache Fragen gibt sie Antwort, zeitweilig weint sie und klagt über Brennen in den Fingern.

Bei einer am 10. VI. vorgenommenen Untersuchung bietet sie folgendes Bild: Pat. klagt über Bauchschmerzen und starkes Brennen in Daumen und Zeigefinger

der rechten Hand, deswegen lutsche sie auch. Das Brennen und die Schmerzen bestünden schon lange. Pat. hält den Oberkörper meist etwas nach rechts gesenkt, den Kopf nach links gedreht. Der rechte Mundfacialis etwas paretisch, die Zunge wird gerade vorgestreckt. Träge Bewegungsunruhe der Finger der rechten Hand, im Bereich des rechten Beins ruckweise Zuckungen (Beugung in Hüft- und Kniegelenk). Diese Zuckungen fast nur beim Gehen. Keine Bauchmuskelszuckung. Das rechte Bein ist etwas schwächer als das linke. Im rechten Arm ist bei passiven Bewegungen im Ellbogen- und Handgelenk ein gleichmäßiger Muskelrigor zu tasten, der namentlich bei Wiederholung der passiven Bewegungen zunimmt. In den Beinen gegenwärtig keine Rigores nachweisbar. Reflexe der o. E. lebhaft, rechts = links. Tiefe Reflexe der u. E. lebhaft, rechts mehr als links. 0 Babinski. Adiadochokinese in beiden o. E. Pat. geht steif, hält beim Gehen Kopf und Körper etwas nach rechts geneigt. Pupillen rund, rechts = links, prompt reagierend. Mittelt guter Ernährungszustand. Pat. orientiert, nimmt an allen Vorgängen der Umgebung mit Interesse teil und ist, wenn sie unter ihresgleichen ist, lustig und gesprächig.

Pat. bleibt auch in den folgenden Wochen im gleichen Zustand, ist andauernd fieberfrei und wird Mitte Juli in häusliche Pflege übergeben.

Die Diagnose der Encephalitis epidemica kann mit Sicherheit gestellt werden. Die choreatischen Erscheinungen beherrschen den Beginn der Erkrankung. Es folgt schwere Apathie, Interesselosigkeit. Neurologische Symptome bestehen weiter. Daneben bestehen Symptome, welche an die Katatonie erinnern, aber doch offenbar neurologisch bedingt sind. Ticartige Erscheinungen, Parästhesien. Allmähliche Rückbildung der psychischen Erscheinungen, Zunahme der neurologischen.

Hier seien Bemerkungen eingefügt über den psychischen Zustand jener Krankheitsfälle, bei welchen die neurologischen Symptome in den Nachstadien überwiegen. Bei einer relativ großen Anzahl von Encephalitisfällen entwickelt sich ja ein parkinsonähnliches Bild mit mehr oder minder ausgesprochenen Spannungserscheinungen von sehr verschiedenem Typus und stark hervortretenden pseudobulbären Symptomen. Speichelfluß ist sehr stark. Akinese ausgesprochenen Grades wird kaum jemals vermißt. Eigenartige Atemstörungen, die oft an neurotische erinnern, aber sicherlich rein organisch bedingt sind, komplizieren das Bild. Die genauere neurologische Schilderung dieser Nachstadien, welche wir zur Zeit des Abschlusses dieser Arbeit (Februar 1921) besonders häufig beobachten, ist nicht Aufgabe dieser Abhandlung. Schlafstörungen sind stets vorhanden: unbekämpfbare nächtliche Schlaflosigkeit, Schlafsucht bei Tage ist am häufigsten nachweisbar. Psychisch zeigen diese Kranken wiederum eine schwer beschreibbare Gleichgültigkeit, ohne eigentliche Depression. Sie sind nervös verdrießlich. Ihr Interessenskreis ist eingeschränkt. Sie fühlen sich krank. Sie zeigen keine umschriebenen Defekte der Merkfähigkeit, sind zugänglich. Ihre Fähigkeit zur Kritik hat nicht gelitten. Sie zeigen niemals Negativismus. Haben ein gutes Urteil, sind zugänglich, wenn man mit ihnen spricht. Ein Mangel an Initiative ist auffällig. In einzelnen

Fällen ist die Schlaflosigkeit mit Unruhe gepaart. In einem Fall beobachteten wir sonderbare Schrullen, ein Vernachlässigung der Reinlichkeit. Wir sind geneigt, der Akinese, dem Ausfall an Automatismen, eine wesentliche Bedeutung für die psychischen Züge dieser Kranken zuzuschreiben. Das psychische Bild hebt sich scharf von Depressionen und schizophrenen Zuständen ab.

Hiermit wäre eine Übersicht gewonnen über die typischen Bilder psychischer Störungen bei der Encephalitis epidemica. Es kommen jedoch noch andere Typen vor. In einzelnen Krankengeschichten wurde bereits vermerkt, daß hysteriforme Einzelhalluzinationen beobachtet wurden. Eine unserer Patientinnen halluzinierte sechs Tote, von denen der eine auf sie zeigte, der andere ihr den Kopf abhauen wollte. Bei einer anderen Patientin entladet sich das Krankheitsgefühl in die Halluzination eines Totengerippes.

Fall 14. Ku., Marie, 24 Jahre alt, Beamtin, aufgenommen 28. IV. 1920.

Anamnese: Anfangs Februar Kopfschmerzen, subfebrile Temperaturen. Hat durch 2—3 Tage phantasiert. Lancinierende Schmerzen und Zuckungen im Bauch durch 8 Tage. Pat. schlief nachts wenig, war unruhig. Unter Tage Schläfrigkeitsgefühl, konnte aber nicht schlafen (Pat. sagt: „Mutter, mir fallen die Augen zu, ich kann aber nicht schlafen“). Nach Angabe der Mutter allmähliche Genesung. Ende März neuerlich stärkere Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Sie weint viel, glaubt sterben zu müssen, sieht den Tod, der ihr lachend winkt und sich zu ihr setzt. Lebhaft motorische Unruhe, wirft das Bett durcheinander. Bei ihrer Aufnahme am 5. IV. ist Pat. fieberfrei, gibt geordnet Auskunft, gibt an, daß sie vor einigen Wochen mit Kopfschmerzen, Zuckungen im Bein und Bauch erkrankt sei, daß sie stechende Schmerzen gehabt habe und daß sich nach einer vorübergehenden Besserung der Zustand seit 14 Tagen wieder verschlimmert habe. Sie fürchte sterben zu müssen, es erscheine ihr der Tod in der Form eines Skeletts. Bis in die letzte Zeit subfebrile Temperaturen. Zuckungen sind derzeit nicht nachweisbar. Pupillen mittelweit, gleich, etwas träge. Der linke ASR nicht auslösbar. Sonst negativer Nervenstatus.

7. IV. Pat. andauernd orientiert, klagt, daß gegen Abend Sinnestäuschungen auftreten, sie sehe immer wieder den Tod und habe dann große Angst.

Stärkerer Haarausfall. Pat. spricht auffallend rasch.

In den folgenden Tagen wird die Stimmung immer gleichmäßiger und ruhiger, so daß die Pat. am 28. IV. ihrer Mutter übergeben wird. Hartnäckig besteht bei Pat. eine ziemlich starke Pulsbeschleunigung.

Im Falle 15 dominieren Halluzinationen, welche der Stimmung Ausdruck verleihen. Die Stimmung ist ausgesprochen depressiv, allerdings hat die Depression etwas Starres und Lebloses. Die Akinese geht über den Grad der Depression hinaus.

Fall 15. Kre., Marie, 25 Jahre alt, Hilfsarbeiterin, aufgenommen 16. IV. 1920.

Anamnese: Seit 6 Wochen krank, im Beginn der Erkrankung starke Zuckungen besonders in den Beinen, weniger in den Armen. Gleichzeitig Schlafsucht, keine Schmerzen, keine Doppelbilder. Trotzdem klagte die Pat., sie sehe schlecht, könne nicht lesen. Im Schlaf hat sie fortwährend gesprochen, wirres Zeug von der Arbeit erzählt. Die Erkrankung begann mit Schüttelfrost, später Fieber. Durch eine Woche Stuhlverstopfung.

17. IV. Bei der Aufnahme ist Pat. fieberfrei, sie ist schwerfällig, schläfrig, spricht leise und langsam, etwas verwaschen. Zeitlich und örtlich vollständig orientiert. Geordnet. Blass, magere Pat. Beiderseits leichte Ptosis. Pupillen mittelweit, rechts enger als links, reagieren auf Licht mäßig gut, auf Akkommodation nur spurweise. Bei Konvergenzprüfung bleibt der linke Rectus internus zeitweise etwas zurück. Im übrigen sind die Augenbewegungen frei. Einstellungsnystagmus bei extremer Blickrichtung, besonders beim Blick nach oben. Der linke Mundfacialis etwas schwächer als der rechte, leichter Zungentremor, im übrigen Nervenzustand intakt. Geringe Bronchitis. Herz o. B.

19. V. Ptosis geringen Grades beiderseits, links = rechts. Pupillen mittelweit, links = rechts. Lichtreaktion etwas weniger prompt als der Norm entspricht. Hippus geringen Grades. Die Pupillen etwas entrundet. Der linke Mundfacialis etwas paretisch. Bei extremer Blickrichtung grobschlägiger Einstellungsnystagmus. Augenbewegungen frei. Linkes Gaumensegelblatt steht tiefer als das rechte. Zunge wird gerade vorgestreckt. Keine Paresen der Extremitäten. Tricepsreflex beiderseits fehlend. Biceps- und Periostreflex beiderseits angedeutet. Reflexe der unteren Extremitäten normal. Oberflächen- und Tiefensensibilität normal. Keine Störung der Taxie. Romberg schwach positiv. Pat. ist geordnet. Fragen werden sinngemäß beantwortet. Die zeitliche und örtliche Orientierung intakt. Pat. ist abwechselnd depressiv und ängstlich. Sie höre hinter der Tafel ihren Namen summen, dann höre sie Sätze „ich nehm dich mit, ich nehm dich mit“. An der Mauer sehe sie runde, weiße Dinge, weiß aber nicht, was sie bedeuten. Sie wisse ganz genau, sie müsse sterben, es gehe zu Ende mit ihr. („Wegen der Injektion muß ich sterben.“) Pat. ist ziemlich gehemmt.

In den folgenden Tagen macht Pat. einen bald apathischen, bald deprimierten Eindruck. Es sei ihr schwer auf der Brust, sie höre noch immer hinter der Kopftafel das Brummen einer Stimme und ihren Namen rufen, sie werde zum Mitgehen aufgefordert. Einmal hält sich Pat. während des Examens plötzlich die Nase zu, sie spüre einen eigentümlichen Geruch, wie Totengeruch. Sie habe in der letzten Zeit wiederholt Erscheinungen gehabt. Lichter, Köpfe mit eingedrückten Augen oder überhaupt keinen Augen (Totenköpfe), sie müsse sterben, die Zunge werde ihr schon steif. Sie verlangte einmal versehen zu werden. Orientierungsvermögen vollständig intakt. Pat. weiß auch genau, welcher Arzt ihr die Injektionen gegeben hat.

Unterschiedsfragen: (Zwerg und Kind?) „Das weiß ich nicht.“ (Baum und Strauch?) „Weiß ich nicht.“ Die Frage des Unterschieds zwischen Irrtum und Lüge wird nicht beantwortet. Pat. fängt wieder zu jammern an, daß sie sterben müsse. Auf die Frage, was man tun müsse, wenn man etwas zerbrochen hat, was einem nicht gehört, antwortet sie: „Etwas anderes kaufen.“

Satzbildung: (Jäger, Wald, Wiese.) „Der Jäger ging durch den Wald auf die Wiese.“ — (Zimmer, Tisch, Flasche.) „In dem Zimmer steht auf dem Tisch eine Flasche.“ — (Haus, Rauchfang, Rauch.) Nach einer Pause: „In dem Haus ist ein Rauchfang.“ Sagt plötzlich, daß sie in der Nacht geträumt habe, Lichter und Schatten seien ihr nachgegangen und sie habe sich vor den Schatten versteckt.

Eine dreistellige Zahl wird nach einigen Minuten noch richtig wiederholt.

21. V. Einige Tage nach einer Digipuratuminjektion, gegen welche sich die Pat. sehr gewehrt hatte, klagte sie über Stimmen, die ihr mitteilen, sie werde wieder Injektionen bekommen. Heute sagt sie, daß sie von einer neben ihr liegenden Patientin (eine Paranoikerin) hypnotisiert werde, damit sie sterbe. Alle Leute im Zimmer vergnügten ihr, daß sie sterbe und jeder fürchte sich vor ihr. Verlangt, in ein anderes Zimmer gebracht zu werden. Zum Schlusse äußert sie, sie fühle sich doch ganz wohl, sie begreife nicht, warum man ihr den Tod vergönne

19. VI. Menses. Seit einer Woche spüre sie heiß im Unterleib, bis direkt in die Geschlechtsteile. Seit gestern sei ein Krabbeln in der rechten Seite des Bauches, das sich hinaufschwinde bis zum Herzen. Es ist so, als ob sich etwas im Bauch zusammengewickelt hätte. Tags zuvor behauptete die Pat., es sei ein Hund in ihrem Bauch. Heute behauptet sie, daß sie eine Schlange im Bauch habe. „Ich weiß sicher, ich habe etwas Schlechtes darin.“ Sie glaubt, es sei durch die Angst vor dem Tod, die sie gehabt hätte, so gekommen, daß sich das so entwickelt hätte.

Ein anderes Mal schildert sie die Schmerzen in der Bauchseite als ruckweise, schnell verlaufende Schmerzen und zeigt dabei in die Richtung gegen den Nabel. (Man könnte daran denken, daß es sich um die bei vielen Encephalitisfällen beobachteten blitzartigen Bauchschmerzen handeln könne.) Plötzlich fängt sie zu jammern an. „Ich hab was Schlechtes im Bauch, ich werd nicht untersucht, ich weiß nicht, was es ist, es ist vielleicht ein Gift,“ bittet, man möchte sie röntgenisieren und nachsehen, ob was im Bauch sei, man möchte sie operieren und herausnehmen, was drinnen sei.

In der Nacht habe sie von ihrem verstorbenen Bruder geträumt, habe ihm Geld gegeben.

7. VII. Pat. abwechselnd ruhiger, zeitweilig deprimiert, klagt über ein Gefühl, daß ihr die Ameisen über das Gesicht liefen vor dem Einschlafen.

Pat. wird am 31. VII. gebessert gegen Revers in häusliche Pflege entlassen.

Diese Pat. war andauernd fieberfrei, nur im unmittelbaren Anschluß an jede Staphylokokkeninjektion traten mäßige Temperatursteigerungen auf.

Langdauernde Schlagsucht und Apathie beherrschen das Bild. Zuckungen waren vorausgegangen. Depressive Stimmungen und depressive Wahnideen bestehen seit Beginn der Erkrankung. Die Pat. hat verwaschene akustische und Geruchshalluzinationen. Es besteht ein Bild, das der Amentia ähnlich ist, doch ist die Pat. gut fixierbar, der Ideengang nicht verworren. Während der Menses kommt es zu eigenartigen halluzinatorischen Erlebnissen, in denen offenbar Sensationen aus dem Unterleib verarbeitet werden. Es sind Schlangen. Also diejenigen Tiere, welchen eine Beziehung zum Genitale in den Halluzinationen auch sonst zukommt. Man könnte sich versucht fühlen, in einem derartigen Falle von Amentia zu sprechen, man muß aber betonen, daß das Auffassungs- und Denkvermögen ungestört sind. Auch von Ratlosigkeit und Verwirrtheit ist nicht die Rede. Gebraucht man den Ausdruck Amentia als Verlegenheitsdiagnose, so ist gegen diese Bezeichnung allerdings nichts einzuwenden.

Durch ängstliche Verworrenheit und Ratlosigkeit steht der folgende Fall der Amentia beträchtlich näher.

Fall 16. Rö., Katharina, 32 Jahre alt, Kondukteursgattin, aufgenommen 28. I. 1920.

Anamnese: Die Pat. erkrankte vor 8 Tagen mit mäßigem Fieber, seit 4 Tagen heftige Schmerzen im Rücken, Bauch und Beinen, seither ist Pat. auch verworren, phantasiert, sucht im Bett nach Gegenständen, die sie zu sehen glaubt, ist aber zeitweilig ganz geordnet. Seit 2 Tagen Zuckungen an verschiedenen Körperstellen. Pat. befindet sich im 7. Schwangerschaftsmonate.

29. I. Örtlich mangelhaft orientiert. Döbling, Siltergasse, sie sei in einem Spital. Was für Kranke hier seien: Operierte, Heilende, Operierende, Gesunde oder

Sterbende. Die zeitliche Orientierung ist gut, sie weiß, daß sie erst einen Tag hier ist. Sie habe ein Nervenleiden in den Füßen wie im ganzen Körper. Sie denkt, daß man das Kind abgestoßen hat, weil sie es nicht fühlt. „In der Mitte ist ein Druck.“ Klagt über stechende Schmerzen im Knie und im Bauch. „Fühle mich schwach, niedergedrückt, ohne Hoffnung.“ Die Krankheit habe ihr fürchterliche Angst eingejagt. In der Nacht sah sie Figuren, alles tanzte. In ihrem Zimmer stehen 3 Figuren und es kam ihr vor, als ob diese Figuren in der Nacht tanzten. Das sei wohl eine Folge der Injektionen gewesen, die sie bekam. Zwischen den Beinen fuhr ein kleines Kinderauto, eine Nadel durch. Pat. will nach Hause.

Sie macht einen leicht dämmerigen Eindruck, ist nicht völlig komponiert, aber zugänglich. „Ich hab mir's so gedacht, daß keine Hilfe mehr sein wird.“ Auf Unterschiedsfragen (Kind und Zwerg, Teich und Fluß) antwortet sie einfach, das weiß ich nicht. Während der Untersuchung wird sie plötzlich ängstlich, dabei rötet sich das Gesicht, verlangt plötzlich, man möge sie zu ihrem Mann führen, der vor der Türe sei. Innere Organe o. B. Gravidität im 8. Monat. Temperatur subfebril. Borkige Lippen. Unruhiges Zusammenzucken des ganzen Körpers. Klonische Zuckungen des Zwerchfells. Sonst Nervenbefund o. B.

Vorgezeigte Bilder betrachtet sie nur unaufmerksam, greift das eine oder andere Detail zusammenhangslos heraus. Liest z. B. die Anschrift, meist sagt sie auf Befragen „weiß nicht“.

Am 31. I. ein typischer epileptischer Anfall, nach dem Anfall längere Zeit benommen. Nachmittags und nachts weitere 5 Anfälle, zunehmende Herzschwache, welcher die Pat. erliegt.

Dieser Fall ist durch ängstliche Verworrenheit gekennzeichnet, daneben bestehen Halluzinationen, welche in ihrer Bewegtheit aus dem Rahmen der Amentia allerdings herausfallen: Alles tanzte, ein kleines Kinderauto fuhr zwischen den Beinen durch. Die Auffassungsstörung ist eine schwere. Neurologisch allgemeine Unruhe, Bauchmuskkelcloni. Tod im Anschluß an epileptische Anfälle.

Fall 17 zeigt das Bild eines Delirium acutum.

Fall 17. Ha., Hermine, 48 Jahre alt, aufgenommen 12. III. 1920.

Anamnese: Pat. sei vor 12 Tagen an Lungenentzündung erkrankt, seit 4 Tagen sei sie unruhig und phantasie. Zu Beginn der Erkrankung habe sie Schmerzen und Zuckungen im ganzen Körper gehabt. In der Nacht war Pat. schlaflos. Pat. sei einmal durch 3 Stunden wie in Agonie gelegen. Pat. wird uns von einer medizinischen Abteilung transferiert mit der Angabe, daß sie durch ununterbrochene Delirien die Mitpatienten stört, daß sie zeitweilig lärmt, schreit und tobt. Zeitweilig sei die Patientin verwirrt, zeitweilig ganz gut orientiert. Die Pat. kam lärmend und singend an, schrie die ganze Nacht, verweigerte jedes Medikament. Temp. subfebril.

13. III. Psychomotorisch stark erregte Pat., singt und lärmt, macht dabei allerhand rhythmische Bewegungen mit den Händen, in der Luft oder reibende Bewegungen am Bauch. Wo sind Sie jetzt? „Im Krankenhaus brauch ich keine Hilfe, da ist alles erlöst.“ Im Singen hört man die Worte durch „Himmelvater es ist fad, die Welt geht unter sowieso“. Was für ein Monat jetzt sei. „Kalt ist nicht, Luft auch nicht, paß auf der ganze Narrenturm ist hin, Blut.“ Singt, macht dabei Bewegungen mit den Händen, als ob sie dirigieren wollte. Was für ein Jahr. „Himmel und Erde.“ Sinnestäuschungen lassen sich nicht ermitteln. Pupillen rechts = links. Die linke spurweise auf Licht reagierend, die rechte stark. Eine

genauere neurologische Untersuchung wegen der exzessiven psychomotorischen Erregung nicht durchführbar. Pneumonie im rechten Unterlappen.

15. III. Pat. zupft und wischt an der Decke herum, schreit, gibt unartikulierte Laute von sich.

16. III. Vormittag. Angesprochen, macht Pat. wilde, schlagende Bewegungen, die ganz ataktisch aussehen, kümmert sich um die Umgebung nicht, reagiert sprachlich überhaupt nicht. Aufforderungen werden nicht befolgt. Die Unruhebewegungen, aber auch die Abwehr- und Schutzbewegungen erfolgen inkoordiniert. Die Bewegungsunruhe erinnert an den Bewegungstypus einer vorgeschrittenen Chorea Huntington. Zeitweiliges Grimassieren. Abwehrbewegungen erfolgen ziemlich kraftlos. Die Pupillen reagieren auf Licht. Temp. andauernd subfebril.

17. III. Temp. 38,3, zunehmende Herzschwäche.

18. III. Exitus letalis.

Diese Pat. bietet das Bild eines Delirium acutum. Der Ideengang ist völlig verworren, die Begriffe sind in ihre Elemente zertrümmert. Es bestehen schwerste Störungen der Auffassung, weder spontane noch passive Aufmerksamkeit für ihre Umgebung sind vorhanden. Die Diagnose der Encephalitis ist durch die Anamnese und die Pupillensymptome sehr wahrscheinlich. Die motorischen Symptome des Falles sind nicht ganz eindeutig und entsprechen eher den Bildern, die man auch sonst beim Delirium acutum zu sehen gewöhnt ist.

Eigenartig stellen sich die beiden folgenden Fälle dar.

Fall 18. Ha., 44 Jahre alt, aufgenommen 7. V. 1920.

Anamnese: Pat. war 13 Wochen im Franz Josefsspital gelegen. Nach der dortigen Krankheitsgeschichte erkrankte Pat. am 14. II. plötzlich unter hohem Fieber, Mattigkeit, Heiserkeit und Zuckungen der Bauchmuskulatur. Im Spital war er zeitlich und örtlich desorientiert. Triviale Delirien und Halluzinationen nach Art eines Delirium tremens traten auf. Dabei war er apathisch. Pupillenreaktion unvollständig. PSR fehlten. Klonische Zuckungen der Bauchmuskulatur und des Zwerchfells. 19. III. Somnolenz. Am 3. IV. Stereotypien. 4. V. Pat. ist motorisch erregt, bedroht die Schwester mit einem Messer, bringt sich mit den Fingernägeln große Wunden bei, reißt die Verbände herab.

In der Klinik irrt der Pat. nachts umher. Tagsüber ist er bewegungslos, somnolent und schläfrig. Spricht mit tonloser, hauchender Stimme und ist sehr schwer verständlich. Er weiß, daß er im allgemeinen Krankenhaus ist, weiß auch den Monat, doch erfolgen die Antworten außerordentlich verzögert und mühsam. Auf sehr viele Fragen antwortet er mit „ich weiß nicht“. Er rechnet mühsam: $9 \cdot 17 = 156$, bringt diese Antwort erst nach langer Zeit hervor. Seine Personaldata gibt er relativ rasch an. Auf Unterschiedsfragen antwortet er nicht, ebenso versagt er bei anderen Teilen der Intelligenzprüfung. Über die Motive der Selbstbeschädigung gibt er keinerlei Auskunft. Er ist also fixierbar. Der Ideenvorgang und die Auffassung sind hochgradig erschwert. Aufmerksamkeit für die Umgebung besteht nicht. Ein Bewußtsein, psychisch defekt zu sein, kommt nicht zum Ausdruck. Bei der körperlichen Untersuchung an den unteren Extremitäten kleine klonische Zuckungen. Muskelrigor angedeutet. Pupillen entrundet, eng, lichtstarr. Im Lumbalpunktat 10 Zellen. Nonne-Apelt positiv. Der Ernährungszustand des Pat. ist ein sehr schlechter.

Bis zum 24. VI. hat sich der Zustand des Pat. nicht wesentlich geändert. Rigor und Katalepsie sind angedeutet. Der Pat. ist schwerbesinnlich, Aufforde-

rungen werden langsam befolgt. Kein Negativismus. Pat. ist örtlich orientiert. Denken ist außerordentlich erschwert und verlangsamt. (Was fehlt Ihnen?) „Ich weiß nicht.“ Erkennt den Referenten nicht wieder. (Wer ist der Kaiser?) Stiert starr vor sich hin, sagt dann „Kaiser Franz Karl“.

(Unterschied zwischen Kind und Zwerg.) „Das weiß ich nicht.“ (9 · 17.) Starrt auf den Referenten, scheint angestrengt nachzudenken. 9 · 7 . . . 63. Langsam. 63 weniger 9 . . . 54. Willig, zugänglich. Er hat sich die ersten Rechenaufgaben nicht gemerkt. Auch jetzt keine Antwort auf die Frage, weshalb er sich zerkratzt hat. Gegenstandsbezeichnungen erfolgen prompt. Er spricht sehr leise.

Es folgt auf eine kurzdauernde delirante Phase bei diesem Patienten ein langdauernder Hemmungszustand, den man am besten als Stupor bezeichnet. Alle geistigen Tätigkeiten liegen danieder. Doch bleibt stets eine gewisse Zugänglichkeit und Fixierbarkeit erhalten. Es besteht kein Negativismus, andererseits führt die Erschwerung der Auffassung und des Denkens offenbar wegen der geringen Spontaneität nicht zur Ratlosigkeit. Vielleicht könnte man den ganzen Zustand am besten mit dem Ausdruck der Bewußtseinstrübung bezeichnen. Bemerkenswerterweise traten raptusartige Handlungen in diesem Zustand hervor. Dieses Bild erinnert sehr an das der Fälle Knauers.

Fall 19. Gru., Karl, 39 Jahre, aufgenommen 17. V. 1920.

Anamnese: Nach den Angaben der Frau erkrankte der Pat. Mitte April unter starken Schmerzen in den Beinen. Gleichzeitig kamen starke Zuckungen in den Armen und Beinen. Eine Woche vor der Aufnahme traten Sinnestäuschungen auf. Er sah Bilder, Tiere, Wald, Gärten und Wiesen. Er legte Heiligenbilder aufs Bett und betete zu ihnen. Der Pat. war stets ein ruhiger, etwas schwer-mütiger Mensch. 2 Kinder sind gesund.

Bei der Aufnahme war der Pat. orientiert, antwortete bereitwillig, aber umständlich und übermäßig ausführlich. Er sei seit 11 Wochen krank, habe Zuckungen in den Beinen und Fieber gehabt. Gestern habe er nach dem Staatskanzler verlangt (er hat in der Tat in der schlaflosen Nacht verlangt, mit dem Kanzler über die Vermögensabgabe zu verhandeln). Auch heute möchte er gerne mit ihm und dem Prof. Mandl und Friedländer sprechen. Es handle sich um den Frieden und um den Export. Es müsse alles reguliert werden, so könne es nicht weitergehen. Er setzt dann sein Programm auseinander. Wir müssen uns an Deutschland anschließen und dann mit den Deutschen gemeinsam ein amerikanischer Bundesstaat werden. Auch mit der Vermögensabgabe beschäftigt er sich. Jeder kranke Arbeiter muß 59 Heller zahlen, jeder Gesunde 59 Kronen. Auf die Frage, warum gerade 59, sagt er, „nun man muß halt ein bißl abrunden.“ Der Pat. hält seine Ansichten für vortrefflich und meint, es werde gar nicht schaden, wenn auch ein Mann aus dem Volke seine Meinungen äußere. An die Halluzinationen erinnert er sich, er bezeichnet sie als Phantasiebilder. Er zeigt gegenwärtig eine etwas stumpfe Fröhlichkeit, lacht zeitweise unmotiviert auf. Kopfrechnen ist schlecht. Der neurologische Befund ist im wesentlichen negativ (auch die Untersuchung des Lumbalpunktats zeigt kein auffälliges Resultat).

Am 2. VI. zeigt der Pat. ein ausgesprochen manisches Bild, er greift nach allem, was ihm in die Nähe kommt, nimmt den Referenten bei der Hand, klatscht zeitweise in die Hände. Er ist leicht ablenkbar. Seine Ideen hat er im wesentlichen beibehalten. Bei Orientierungsfragen ist er erregt, er sei doch nicht verrückt. Über den Beginn seiner Erkrankung befragt, sagt er, „schlagen hab ich müssen

wie ein Hengst,“ auf die Frage warum, „vielleicht habe ich von einem schlagenden Hengst gegessen“.

Auf Unterschiedsfragen: (Kind und Zwerg?) antwortet er: „Es ist heute der 1. Mai, wie soll ich das wissen?“ (Teich und Fluß?) „Das ist Wasser. Fluß kommt vom Fels, Steinbach.“ Noch einmal die Frage Teich und Fluß. „Auf dem Teich kann man ein bißl Kahnfahren.“ (Baum und Strauch?) „Was soll das wieder sein? Man muß ein bißl abwarten und hoffen.“ Beginnt wiederum von seinen Ideen zu erzählen. Er rechnet leidlich mit geringen Fehlern.

3 Tage später erkennt er den Referenten, den er sonst nicht sieht, wieder. Bei leerem Gesicht: „Sie sind ein Doktor, ein Professor, ein Hofrat. Sie sind angezogen, haben ein Band, sie schreiben. Wir sind schon ein Bundesstaat, an Amerika angeschlossen.“ Pat. weint bald, bald lacht er, zeigt ideenflüchtigen Rededrang. „Das Sprechen, das Sprechen. Ich muß sprechen, daß ich noch essen kann, und ich sag ja Gottvater verzeih mir die Sünde, ich kann nicht essen.“ Kaut eifrig an seinem Marmeladebrot. „Ein Brot hab ich gern, ein Schmalzbrot und ein Butterbrot. Ich muß einmal besser nachsehen, ich weiß nicht, ob es besser ist, daß ich ausschlage wie ein Hengst, das war vom Pferdefleisch essen.“ Wielange hier? „Seit 16., 17., 19. Die Wäsche ist schwarz. Schwarz heißt die Frau. 17, 19, ein Tag muß Licht sein. Licht ist Luft, Rosen, Nelken, Sonnenschein. Man soll stenographieren . . . Es ist alles so, als ob es der Himmelvater gemacht hätte.“ Redet faselig und ideenflüchtig fort.

Es handelt sich also um einen ideenflüchtigen Rededrang bei starker Ablenkbarkeit durch äußere Reize. Die Zerschlagung der „Obervorstellung“ ist eine weitgehende.

In den nächsten Tagen hält der Rededrang an. Der Pat. ist lebhaft bewegt, tastet herum, macht hampelmannartige und faxige Bewegungen.

Am 16. VI. wird er einsichtig, weiß, daß er im Anschluß an eine Grippe erkrankt ist und besitzt auch für seinen jetzigen Zustand Krankheitseinsicht. Am 19. VI. ist er ruhig, starrt vor sich hin. Er höre schießen. (Wer?) „Weiß ich nicht.“ (Was noch?) „Man kämpft um die Sonne.“ Pat. spuckt auf die Zimmerdecke. Hebt man ihm passiv die Arme, so hält er sie in der gegebenen Stellung. 20. VI. Sitzt in vertrackter Haltung, hat sich in eine Bettdecke gehüllt und blickt lange gespannt auf einen Punkt, murmelt auf Fragen unverständliche Worte, auf einmal sagt er: „Verzeihen Sie, ich habe jetzt keine Zeit.“ Verzückter Gesichtsausdruck.

Zur Begründung der Diagnose einer Encephalitis epidemica kann hier nur die Anamnese herangezogen werden, im übrigen machen die motorischen Erscheinungen im Verein mit den banalen Halluzinationen die Diagnose wahrscheinlich. Die Psychose fällt aus dem Rahmen des sonst bei dieser Erkrankung Beobachteten. Sie erinnert in der ersten Phase an eine verworrene Manie, während in der zweiten Phase katatone Züge das Bild beherrschen. So resultiert ein Gesamtzustand, welcher den Bildern der postgrippösen Amentia entspricht und den man weniger auf den encephalitischen Prozeß als auf die Allgemeinschädigung des Organismus beziehen wird. Diese Erwägung möchten wir überhaupt auf die Fälle 15—19 ausdehnen. Diese Fälle sind die einzigen, welche in unserem großen Material von dem Grundtypus erheblich abwichen. Es liegt nahe, besondere Hilfsmomente heranzuziehen. Es ist dem Belieben überlassen, ob man diese in der Konstitution, in besonderen To-

xinen oder in einer allgemeinen Schädigung des Organismus sehen will. Fall 19 endet mit einer Psychose, welche ausgedehnte katatone Züge zeigt. Diese katatonen Züge sind nicht anders zu bewerten als sonst katatone Bilder im Rahmen infektiösen Irreseins. Katatone Bilder spielen bei der uns interessierenden Krankheitsgruppe noch in einem ganz anderen Sinn eine Rolle.

Fall 20. Hi., Marie, 26 Jahre alt, Schlossersgattin, aufgenommen 19. III. 1920.

Anamnese: Vor ca. 4 Wochen im Anschluß an eine Aufregung (Kränkung über ihren Mann) mit Doppeltsehen erkrankt. Seit 2 Wochen zunehmende, starke Schlafsucht. Seit 8 Tagen spräche sie nicht, es bestand kein Fieber. Pat. war ängstlich. Nie bestanden Zuckungen oder Schmerzen, häufig nach dem Essen Singultus.

20. III. Temp. normal. Pat. sitzt regungslos mit starrem Gesicht da. Passiv gegebene Stellungen werden auffallend lange festgehalten. Ein wesentlicher Hypertonus besteht nicht. Kein Negativismus. Gegen Sticheize erfolgen unvollständige Abwehrbewegungen. Ihren Namen gibt sie auf Fragen an. (Was fehlt Ihnen?) Zuckt mit den Achseln. Bei der Untersuchung an die Pat. gerichtete Aufforderungen werden langsam und mühsam befolgt, auf die Füße gestellt, taumelt sie nach hinten, reibt sich wie schlaftrunken die Augen. Gelegentlich auch mimische Bewegungen. Innere Organe o. B. Bauchdeckenreflexe fehlen, sonst Nervenstatus o. B.

21. III. Beiderseits Babinski. Patellarklonus. Fußklonus links. Wechselnde Spannungen, die zum Teil den Eindruck einer Katalepsie machen. Pat. liegt stuporös zu Bett, es bedarf einer gewissen Zeit, um sich mit ihr in Kontakt zu bringen. Spricht fast gar nicht. In den letzten Tagen Temp. über 38°.

25. III. Zunehmender Sopor, schwere eitrige Bronchitis.

27. III. Exitus letalis unter den Erscheinungen einer zunehmenden Herzschwäche.

Diese Pat. zeigte einen lethargischen Typus. Bei der Aufnahme in die Klinik bot sie ein Bild ausgesprochener Katalepsie. Dasselbe entspricht weitgehend einer psychomotorischen Akinese. Die Pat. war völlig unzugänglich und versank bald in eine tiefe Somnolenz, die auch zum Exitus führte. Symptomatologisch wären derartige Bilder von einem akinetischen Stupor bei Schizophrenie nicht zu trennen. Es ist aber zu berücksichtigen, daß man in diesem Fall nur einen kurzen Ausschnitt aus der gesamten Psychose vor sich hat. Wir müssen uns nach anderen Fällen umsehen, ob diese den Sachverhalt nicht besser klären. Einen solchen Fall haben Gerstmann und Schilder mitgeteilt, es bestand eine schwere Akinese und lokalisierte Katalepsie, das psychische Bild entsprach aber keineswegs dem der Schizophrenie; der Patient war zugänglich, willig, die Auffassung war im Vergleich zum Mangel an Initiative und zur Akinese relativ gut. Akinese und Katalepsie waren in diesem Falle sicherlich neurologischen Ursprungs. Negativismus, Widerstreben fehlten ebenso wie psychische Elementarsymptome¹⁾.

¹⁾ Studien über Bewegungsstörungen I. Diese Zeitschr. 58. 1920. Fall Preinfalk.

Auch in anderen Fällen traten in der akinetischen Nachphase mit ihren beschriebenen Symptomen die Katalepsie außerordentlich lebhaft hervor, ohne daß sich das psychische Bild von dem anderer Fälle unterschieden hätte¹⁾. Es ist ja gar nicht aufgeklärt, wo die Akinese und Katalepsie dieser Fälle lokalisiert sind. Subkortikale Schädigungen dürften jedenfalls neben den kortikalen eine Rolle spielen. Immerhin ist es beachtenswert, daß diese motorischen Erscheinungen nicht das psychische Bild eines schizophrenen Stupors nach sich ziehen, obwohl die Bewegungsstörungen als solche von jener der Schizophrenie nur schwer abtrennbar ist. Der Fall 20 könnte ja unter Umständen als katatoner Pseudotumor gelten, aber gerade diese Phasen der Schizophrenie bieten ja nichts für die Schizophrenie schlechthin Charakteristisches. In diesem Zusammenhang ist zu betonen, daß die Wälz- und Unruhebewegungen der Encephalitis epidemica katatonen Jaktationen im neurologischen Bild völlig entsprechen, trotz allem auch hier wieder ein psychisches Zustandsbild ohne schizophrene Züge. Die Jaktationen haben auf das psychische Gesamtbild nur den Einfluß, den Ideengang gelegentlich zu einem abspringenden zu machen, während die Ideenflucht als Ganzes sicherlich wie dies z. B. aus dem Fall 3 hervorgeht, von diesen motorischen Störungen unabhängig ist. So groß das Verdienst Kleists²⁾ ist, immer wieder durch eingehende und gründliche Untersuchungen den gemeinsamen Kern schizophrener und neurologischer Bewegungsstörungen dargetan zu haben, so sehr es zu begrüßen ist, daß er die Wichtigkeit motorischer Faktoren für die Willens- und Denkvorgänge betont hat, so hat er doch den Anteil des Psychischen an der Gestaltung der Psychosen und der Motilitätsstörung derselben unterschätzt. Allerdings wird man sagen müssen, es ist bisher nicht aufgeklärt, ob die Motilitätsstörung der Encephalitis epidemica mit der katatonen völlig identisch ist. Es wäre immerhin denkbar, daß die Beteiligung der einzelnen motorischen Apparate in beiden Fällen eine verschiedene sei. Gewiß werden hier noch weitere Untersuchungen nötig sein³⁾. Jedenfalls ist vorläufig festzuhalten, daß es offenbar bei der Encephalitis neurologisch bedingte Motilitätsstörungen gibt, welche einesteils weitgehende Ähnlichkeit mit gewissen Bildern der Schizophrenie und den Motilitätspsychosen im Sinne Kleists aufweisen, anderenteils keine schizophrenen Denkstörungen im Gefolge haben.

¹⁾ Gerstmann und Schilder, Zur Frage der Katalepsie. Med. Klin. 1921.

²⁾ Untersuchungen zur Kenntnis psychomotorischer Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Klinkhardt, Leipzig 1908. Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen. Ebenda 1909.

³⁾ In mehreren Fällen haben wir Zwangshaltung beobachtet, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit schizophrenen Haltungsanomalien hatten. (Hierzu wäre die Publikation von Dimitz zu vergleichen.) Allgemeines über diese Fragen: Schilder, Studien über Bewegungsstörungen III. Diese Zeitschr. 61, 203. 1920.

Es scheint uns hier der Ort zu sein, noch einige Worte über die Schlafsucht dieser Kranken zu sagen. Es ist das ein Symptom, das neben der Akinese und Initiativlosigkeit selbständig besteht. Dimitz hat bereits hervorgehoben, daß die Patienten nachts sehr wenig schlafen und tagsüber viel zu schlafen pflegen. Meist ist dieser Schlaf ein traumloser. Er ist, wie auch die mitgeteilten Fälle zeigen, mit kurzen deliranten Phasen gemengt¹⁾. Weckt man diese Patienten aus dem Schlaf oder kämpft er selbst gegen die Schlaftrunkenheit an, so kommt es zu jenen eigenartigen, kurzen Verwirrheitszuständen, welche uns von der normalen Schlaftrunkenheit her geläufig sind²⁾. Ein abortiv verlaufender Fall sei hier mitgeteilt.

Fall 21. Ho., Franziska, 27 Jahre alt, Hilfsarbeiterin, aufgenommen 14. IV. 1920.

Anamnese: 8. III. fühlte Pat. ein Steifigkeitsgefühl in der Zunge, so daß sie zwar schnell, aber sehr verwaschen sprach. Tags darauf hohes Fieber. Magendrücken, Zusammenzucken im ganzen Körper, jedoch nur einige Male im Tage. Keine Bewegungsunruhe. Hochgradige Schlafsucht. Wie die Pat. gehe oder stehe, seien ihr die Augen zugefallen. In der letzten Zeit wiederholt durch einige Minuten verwirrt. So habe sie z. B. vor einigen Tagen die Hose ihres Mannes nach dem Ausbürsten zusammengerollt und habe gesagt, sie müsse sie zusammengeben, um sie auf einen Teller zu legen. Gleich darauf erfaßte sie, daß sie unsinnig gesprochen habe und korrigiert sich: „Ja, wo war ich denn schon wieder.“ Die Pat. schlafe aber hauptsächlich des Tags, in der Nacht sei sie sehr viel wach. Pat. war trotz ihrer Erkrankung fähig, ihre Arbeit zu Hause leidlich zu verrichten, konnte sogar mit dem Wirtschaftsgeld gut umgehen.

15. IV. Pat. ist zeitlich orientiert, muß sich aber länger besinnen, bezeichnet den April erst als 5., dann als 6. Monat, korrigiert aber bald. Örtlich ist Pat. orientiert, erinnert sich, vom Kassenarzt auf die Klinik geschickt worden zu sein. Pat. ist leicht deprimiert, schwerfällig, bewegungsarm. Alle Bewegungen sind träge.

Sie sei hier und da verloren. Momentan rede sie einige Wörter, die ein Unsinn seien. Nie hätten Sinnestäuschungen bestanden. Nachts sei sie schlaflos, unter Tags könne sie immer schlafen. Pat. sieht müde aus, die Lidspalten sind etwas eng, Pupillen untermittelweit, etwas entrundet, auf Licht unvollständig, auf Konvergenz prompt reagierend, lebhafter Lid- und Zungentremor. Fingertremor. Sonst Nervenstatus o. B. Die Schlafsucht nimmt bei Pat. ziemlich rasch ab. Pat. wird von der Mutter vor Eintritt der Heilung aus dem Spital herausgenommen.

Bevor wir zusammenfassend das Gesamtbild unserer Fälle überschauen, sei einer eigenartigen Beeinflussung gedacht, welche das motorische Verhalten auf den Inhalt der Delirien ausübt. Bei den hyperkinetischen Formen der Encephalitis finden wir in den Delirien auffallend häufig bewegte Gebilde. Im Fall I z. B. ein Automobil. Wird man hierin kaum etwas Spezifisches sehen — K n a u e r hat die gleiche Halluzination

¹⁾ Die grundlegende Arbeit Economos enthält vieles Hierhergehörige. Jahrb. f. Psych. 1917.

²⁾ Vgl. hierzu Landauer, Handlungen des Schlafenden. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 39. 1918.

bei einer nicht choreatischen Typhuspsychose angetroffen — so muß man doch einen unmittelbaren Zusammenhang der Bewegungsstörung mit dem Inhalt des Delirs im Fall 6 unbedingt annehmen. Hier sieht die Patientin Tanzende, fühlt sich gestört durch sie im Schlaf, sucht sie durch Dazwischenstellen ihrer Beine am Tanzen zu hindern. Dazwischen gelegentlich das Bewußtsein aufblitzend, sie wolle die Unruhebewegungen, welche sie im Schlafe stören, unterdrücken. Hier erscheint zweifellos die eigene Störung hinaus projiziert in das delirante Bild oder besser das Bild des Delirs gestaltet die eigene Unruhe der Patientin sowohl als auch ihr Widerstreben gegen die Unruhe. Der nun folgende Fall zeigt, daß es sich keineswegs um etwas Vereinzelttes handelt.

Fall 22. Fro., Barbara, 20 Jahre, Wirtstochter, aufgenommen 28. IV. 1920.

Anamnese: Die Pat. erkrankte am 23. I. mit rheumatischen Schmerzen in den Armen, die sehr stark waren und andauernd bestanden. Sie hatte ein Gefühl, als ob die Hand zu eiern anfangen würde. Fieber. Am 8. Tag fing Pat. zu phantasieren an, sprach ununterbrochen Tag und Nacht, erzählte den Kindern allerlei, wollte immer Gäste bedienen, machte die Kastentür auf in der Meinung, es sei die Zimmertüre. Einmal sagte Pat., „die Burschen sind schuld, daß ich so krank bin“. „Die Mutter ist so streng, hat aber doch nicht gesehen, daß mich der verführt hat.“ (Pat. war kurz vorher auf einem Ball.) Gleichzeitig mit den Delirien setzte das Fieber ein. Während der Delirien war Pat. sehr heiter. Als man ihr sagte, sie werde versehen, ließ sie das ganz gleichgültig. Mit der Psychose begann auch eine auffällige Bewegungsunruhe. Sie stieß rasch mit den Füßen und rief: „Mutter gehns weg, sonst führ ich sie zusammen.“ Lag sie zu Bett, so hatte sie am ganzen Körper klonische Zuckungen. Sie machte häufig Bewegungen des Radfahrens im Bett und sagte, sie sei vom vielen Radfahren an den Knien ganz aufgeschunden. Die Delirien dauerten 3 Tage und sistierten gleichzeitig mit den Zuckungen. In den folgenden 2 Wochen bestand eine schwere Pneumonie. Während derselben keine Schmerzen, keine Zuckungen, keine Delirien. In der Rekonvaleszenz nach der Pneumonie nichts Auffälliges. Pat. war immer heiteren, übermütigen Temperaments. Mitte März begann Pat. zuerst im linken Arm zu zucken, dann am linken Bein, endlich auch im Gesicht, kein Fieber. Keine Schmerzen. Pat. wurde aber schlaflos.

Bei der Aufnahme gibt Pat. folgende Eigenanamnese: Am 23. I. begann die jetzige Erkrankung mit Schmerzen im Kleinfingerballen der rechten Hand, später auch im Daumenballen und gleichzeitig wurden die Finger gefühllos. Die Schmerzen erstreckten sich später auch auf den Vorderarm. Am 4. Tage bekam sie auch Schmerzen in der linken Hand. In dieser Zeit habe Pat. noch einen Ball besucht. Hernach nahmen die Schmerzen zu, traten auch in der Schulter, in der Wirbelsäule auf und in den Beinen. Nach 14 Tagen sistierten die Schmerzen jedoch fast ganz. Am 8. Tage der Erkrankung habe Pat. Fieber bekommen. Gleichzeitig habe Pat. einen „Veitstanz“ bekommen, in welchem sie Gegenstände vom Tisch herunterwarf, ohne zu wollen. Sie habe auch phantasiert, könne sich aber an alles erinnern. Sie habe im Bett die Bewegungen des Radfahrens nachgeahmt, so daß alle gelacht haben. Sie habe sehr viel gesprochen (und wenn sie viel sprach, sei ihr leichter gewesen). Einmal sei sie auf den Gang hinaus, habe geglaubt, sie müsse unbedingt ins Extrazimmer gehen und die Gäste bedienen. Ein andermal kam ihr vor, sie sei im Extrazimmer und sehe Gäste mit leeren Gläsern und sie wollte immer wieder einschenken gehen. Ein andermal wieder erschien ihr ein Bekannter und gab ihr ein schön geschnitztes Holz, er ließ es zu Boden fallen. Sie habe sofort suchen

wollen, habe aber nichts gefunden. Einmal lief sie tatsächlich auf den Hof hinaus. Es kam ihr aber so vor, als sei sie auf der Straße und als lief sie in ein Haus hinein. Sie sei durch verschiedene Räume gegangen, in denen schlafende und schnarchende Menschen gelegen seien, beleuchtet vom hereinscheinenden Mond. Auf jedem Nachtkästchen sei eine Uhr gelegen. Sie habe immer wissen wollen, wieviel Uhr es sei, habe sich aber nicht getraut, eine Uhr anzugreifen. Sie habe nach ihren Eltern gerufen, damit sie ihr sagten, wie spät es sei. Aber nichts habe sich gerührt. Dann sei sie herausgegangen und es war ihr, als ginge sie in ein anderes Gasthaus hinein. Dort habe sie dann Tische und Sessel durcheinander geworfen. Wieder einmal kam ihr vor, als ginge sie im Ballkleid zu einer Tanzunterhaltung. Als sie über die Stiege hinaufging, hörte sie plötzlich eine Stimme „Drahdwaber!“ und sie sei dann schnell im Walzertempo über die Stiege hinunter auf die Gasse gelaufen, wo ihr der Nachtwächter begegnet sei. In ihren Delirien erlebte sie einmal ein schönes Weihnachtsfest. Die Kinder waren in Reih und Glied aufgestellt, der Schwager der Pat. teilte Geschenke aus, hüpfte dabei aber immer im Takt der Musik, die dazu spielte. Sie habe sich in diesem Augenblick ganz gesund gefühlt. Manchmal kam es ihr vor, als würde sich die Lampe des Zimmers in großen Kreisen ziemlich rasch herumbewegen.

Die Pat. erinnert sich, daß sie versehen wurde und daß der Arzt an ihrem Bette gesagt hat, „ich glaub kaum, daß sie die Nacht überlebt“. Sie wundert sich noch heute über ihre damalige Gleichgültigkeit. Sie habe sich ganz ruhig gedacht, „wenn's ist, so ist es.“

Die Pat. ist orientiert, geordnet, heiter, sogar etwas bummelwitzig. Pat. ist den größten Teil der Nacht schlaflos, schläft erst in den ersten Morgenstunden ein und schläft dann bis in die Nachmittagsstunden. Es besteht eine klonisch-choreatische Bewegungsunruhe der linken Körperhälfte vom Typus der Herdchorea, die zum Teil einen gewissen Rhythmus aufweist. Der linke Mundfacialis ist etwas paretisch. Im Ulnarisgebiet der Hand links eine leichte Herabsetzung der Sensibilität. Die tiefen Reflexe lebhaft, rechts = links. Kein Babinski. Pupillen verhalten sich normal.

Im Verlaufe der nächsten Wochen Abnahme der Bewegungsunruhe, so daß Pat. Ende Juli gebessert entlassen wird.

In den folgenden Monaten bessert sich auch die Schlaflosigkeit der Pat. zusehends. Es stellt sich eine geringe Steifheit des Nackens ein mit angedeuteter Starre des Gesichtsausdrucks. Die Hemichorea schwindet völlig. Im Dezember 1920 ist Pat. trotz der früher genannten Restsymptome wieder vollständig arbeitsfähig und versieht von früh bis abends ihren Dienst in der Küche und in den Gastzimmern eines mittelgroßen Gasthauses in ihrem Heimatdorf.

Während ihres Aufenthaltes auf der Klinik war Pat. stets fieberfrei.

Die Patientin hat eine Chorea vom Typus der herdförmigen Chorea. Beachtenswert ist, wie in dem nächtlichen Delirium des Beginnes einmal die motorische Störung in ein Schweben und Tanzen transformiert wird. In einem zweiten Bild wird jedoch die Störung hinausprojiziert: Der Onkel hüpfte im Takte der Musik und die Patientin steht ruhig dabei. In dem ersten traumhaften Bild löscht die Pat. ihr eigenes Unbehagen über die Bewegungsunruhe, indem diese zwar bei ihrer Person verbleibt, aber die Form des schwebenden Tanzes annimmt. Im zweiten Bild wird die dunkel erfaßte Unruhe in eine Bewegung des Onkels verarbeitet, so daß die Pat. dabei ruhig bleiben kann. Schilder hat bereits früher darauf verwiesen, daß derartige Beobachtungen

für die Theorie der Halluzinationen von Belang sind¹⁾. Es kann gefragt werden, warum derartige Erscheinungen relativ selten beobachtet werden. Es gehört zur Gestaltung einer derartigen Halluzination offenbar die vorbereuhte (im Sinne der Freudschen Terminologie) Wahrnehmung der eigenen Unruhe²⁾. Diese ist offenbar nicht in allen Fällen gegeben.

Im Falle 1 ist es auffallend, wie oft die Pat. berichtet, es sei jemand zerstückelt worden, das Gesicht einer halluzinierten Person wäre auseinander gegangen u. dgl. m. Wir sind nicht geneigt, hierin einen Zufall zu sehen, sondern meinen, das auch hier die motorische Unruhe das sich gestaltende halluzinatorische Bild in Stücke zerreiht. Auf ähnliche Mechanismen hat Schilder in seiner Halluzinationsarbeit verwiesen.

Offenbar gehört es zu den wesentlichen Eigenschaften des deliranten Zustandes, daß das vorbereuhte Material in freier Weise verarbeitet wird zu halluzinatorischen Bildern. So erscheint das Unbehagen, über das Gefühl der Schwäche und die Schwerbeweglichkeit der Beine in zweien unserer Fälle in der Art, daß sie halluzinieren, die Beine seien weggeschnitten.

Wir können uns jetzt der Zusammenfassung und Besprechung unseres Materials zuwenden. Am häufigsten haben wir bei der Encephalitis epidemica das Delirium als psychische Störung beobachtet. Es ist in der verschiedensten Ausprägung nachzuweisen. Die schweren Fälle sind charakterisiert durch eine mäßige Bewußtseinstörung. Die Umwelt wird nur wenig beachtet. Doch waren die meisten unserer Patienten noch bis zum Eintritt der schweren Benommenheit fixierbar, fahten Fragen auf und waren fähig, einen kurzen Gedankengang geordnet durchzuführen, allerdings war der Gedankengang abspringend, die „Obervorstellung“ erwies sich als nicht genügend eindringlich, so daß Bilder einer mäßigen Ideenflucht nicht selten in Erscheinung traten. Diese Ideenflucht war jedoch nicht mit Hyperprosexie vergesellschaftet. Die Auffassung der Umgebung war auch in den schweren Fällen meist eine gute, doch schoben sich illusionäre und halluzinatorische Elemente in die Auffassung ein, dies zeigte sich besonders, wenn komplizierte Bilder vorgelegt wurden, wie z. B. Dürersche Holsschnitte. Die Einschreibungen erwiesen sich sehr häufig als komplexbestimmt. Während die deliranten Störungen bei fixierter Aufmerksamkeit sehr zurücktraten, beherrschten sie das Bild, wenn die Patienten sich selbst überlassen wurden, sie glitten in ein Alltagsdelirium hinüber, welches in vielen Fällen den ausgesprochenen Charakter eines Beschäftigungsdelirs trug. Auch während

¹⁾ Über Halluzinationen. Diese Zeitschr. 53. 1920.

²⁾ Vielleicht wäre besser zu sagen, nicht voll entwickelte Wahrnehmung. Auf die Theorie dieser Dinge kann aber nicht eingegangen werden. Der Ausdruck vorbereuht kennzeichnet den Tatbestand in ausreichender Weise.

der schweren Benommenheit blieb der Charakter des Beschäftigungsdelirs noch gewahrt. In einzelnen Fällen traten auch lebhaft Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten sehr stark hervor, die Patienten halluzinierten Tiere und waren suggestiv leicht zum Halluzinieren zu bringen. Schwitzen, Tremor, bulbäre Sprachstörungen, grobes Zittern vervollständigen in einem derartigen Fall das Bild des Delirium tremens.

Die Stimmung ist bald eine gleichmäßige, doch tritt meist Ungeduld, entsprechend dem Charakter des Beschäftigungsdeliriums, hervor. Einzelne Patienten sind euphorisch. Man kann geradezu von manischen Bildern sprechen. Derartige manische Zustandsbilder können das Tagesbild fast völlig beherrschen, während die Nacht durch delirante Erlebnisse ausgefüllt erscheint. Auch bei den manischen Bildern wird der Umgebung relativ wenig spontane Beachtung geschenkt. Ein ängstlicher Zug schimmert durch. In einzelnen schweren Fällen war die Ideenflucht bis zur Grenze der Inkohärenz gesteigert. Die Bewußtseins-trübung und die Auffassungsstörung war eine schwerere. Sonst blieb der Grundtypus der Störung gewahrt.

Sehr häufig kommt es von vornherein gar nicht zu schweren Delirien. Die deliranten Erlebnisse beschränken sich auf die Nacht, tagsüber herrscht das neurologische Bild der Encephalitis epidemica. In einzelnen Fällen ist das Delirium auf hysteriform gefärbten Halluzinationen beschränkt, welche meist einer trüben, ängstlichen Stimmung Ausdruck verleihen; eine Patientin sieht ein Totengerippe, eine andere Gestalten, welche ihr den Kopf abschneiden wollen usw. Die neurologischen Störungen verflochten sich in eigenartiger Weise in das psychische Bild. In einzelnen Fällen zeigte es sich, daß die Erscheinungsform der Halluzinationen mitbestimmt war durch die motorischen Störungen. Das manische Bild wird eigenartig gefärbt durch die motorische maschinenmäßige Unruhe, welche nichts zu tun hat mit der motorischen Unruhe anderer Manischer. An der Flüchtigkeit und Unaufmerksamkeit, an dem Abbrechen des Gedankenganges erscheint in einzelnen Fällen die neurologisch bedingte motorische Unruhe beteiligt. Die Hastigkeit des Sprechens, welche in vielen Fällen beobachtet wurde, dürfte teils psychisch bedingt sein, teils neurologisch. Im Falle 2 traten neben Klangassoziationen Wortverstümmelungen hervor, an denen nicht nur die ablehnend witzelnde Stimmungslage der Patienten schuldtragend sein dürfte, sondern auch ein direkter neurologischer Faktor möglicherweise im Sinne einer leichten aphasischen Störung.

Hiermit wäre ein ungefähres Bild des Deliriums dieser Fälle entworfen. Es gibt nur wenige Fälle, in denen delirante Episoden völlig fehlen, zumindest spielen sich solche zu Beginn der Erkrankung in der Nacht ab. Meist beherrschen sie nur durch kurze Zeit das Bild und werden von andersartigen Störungen abgelöst. Die ausgeprägten

Formen finden sich im allgemeinen nur bei Fällen, welche nicht dem klassischen Typus der Encephalitis lethargica entsprechen, doch findet man bei der klassischen Encephalitis lethargica gleichfalls Delirien vom Charakter der Beschäftigungsdelirien in milder Form angelegt. Die Dauer der deliranten Phase schwankt zwischen Tagen und Wochen. Die Erinnerung an die Erlebnisse des Deliriums und an die im Delirium aufgefaßten Ereignisse wird auch über die Zeit des Deliriums hinaus bewahrt, wie auch im Delirium selbst die Störungen der Merkfähigkeit meist keine wesentliche Rolle spielten¹⁾. Es muß noch hervorgehoben werden, daß das Delirium in keiner irgendwie fixierten Beziehung zu der Höhe des Fiebers steht. Wir haben Delirien auch bei annähernd normalen Temperaturen gesehen.

Auf die Phase des Deliriums erfolgt in den meisten Fällen eine sich lange hinziehende Phase der Apathie, Interesselosigkeit, welche mit einer ausgesprochenen Bewegungsverarmung gepaart ist. Die Patienten liegen stumpf und interesselos da, es fehlt die Initiative. Sie sind moros aber nicht deprimiert. Man gewinnt fast den Eindruck einer Demenz, beschäftigt man sich jedoch mit den Patienten, so ergibt sich, daß sie intellektuell vollwertig sind und auch die Merkfähigkeit hat nicht gelitten, wenigstens in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle. In einzelnen Fällen haben wir allerdings solche Störungen gefunden. Der Verlauf dieser Phase ist ein sehr schleppender und kann sich über Monate hinziehen. Bei einem Kinde schien dieser Zustand besonders schwer, so daß das Kind den Eindruck einer Dementia praecox machte. Es hat sich jedoch geistig völlig erholt. Ähnliche Störungen wenn auch leichteren Grades finden sich in jenen Fällen bei Encephalitis epidemica, wo als Spätfolge mehr oder minder schwere neurologische Symptome das Bild beherrschen.

Natürlich ist die Beschreibung und die Auseinanderhaltung zweier Phasen eine schematische. Delirante Erscheinungen und Apathie können sich auch in freierer Weise mischen. Auch die Schlafsucht kann in wechselnder Weise hineinspielen.

Wir haben eine Reihe amenter Zustandsbilder gesehen. In einem Falle trat die Amentia zu Beginn der tödlich verlaufenden Erkrankung auf, in einem zweiten setzte eine schwere verworrene Manie unmittelbar gleichfalls rasch nach Beginn der Encephalitis ein und war von einem katatonen Zustand gefolgt. In einem Falle trat die ängstliche Verstimmung erst einige Zeit nach Beginn der Erkrankung auf, war aber durch den Mangel der Ratlosigkeit und Verwirrtheit im engeren Sinne gekennzeichnet. Schließlich hatte man in Falle 18 den Eindruck, daß der langdauernde, körperliche Prozeß die Vorbedingung für die

¹⁾ Unsere Befunde sind in diesem Punkte unvollständig.

amentiaartige Psychose schuf. Es dominierten in diesem Falle die Bewußtseinstörung, eigenartige Impulse bei schwerer Störung der Auffassung und des Gedächtnisses. Ein Fall bot das Bild des Delirium acutum.

Es wären nun noch Fälle nachzutragen, welche dem Grenzgebiet zwischen Neurologischem und Psychiatrischem angehören. Es sind das Fälle, in welchen Akinese, Katalepsie, Spannungen das Bild beherrschen. In einem derartigen Falle trat sehr bald schwere Bewußtseinstörung und Tod ein. In anderen Fällen war das Bild nur von leichter Bewußtseinstörung begleitet, hingegen fehlten psychische Elementarsymptome. Häufig, besonders bei Spätfällen fehlt jede Bewußtseinstörung. Diese Fälle sind ja für die Theorie besonders wichtig. Wir verweisen auf das Vorangehende.

Hiermit wäre die Beschreibung der Psychosen bei der Encephalitis epidemica in großen Zügen erledigt.

Das Delirium dieser Fälle entspricht ja in allen Punkten dem Typus des Fieberdeliriums. Es ist nur beachtenswert, daß fast durchwegs der banale Alltagscharakter in den Delirien bewahrt bleibt. Es zeigte sich wiederum, daß diese Delirien nicht unmittelbar vom Fieber abhängen. Das Delirium ist ein Beschäftigungsdelirium. Es zeigt sich, daß der psychischen Struktur des Deliriums nichts absolut Spezifisches zukommt. Der Fall 3 kann klinisch in keiner Weise von einem Delirium tremens differenziert werden. Wenn in anderen Fällen eine Differentialdiagnose möglich war, so ist das darauf zurückzuführen, daß die neurologischen Begleitumstände sie gestatten. Es liegt also in diesen Delirien ein neuer Beleg dafür vor, daß verschiedene gut charakterisierte Ursachen gleiche psychische Zustandsbilder verursachen können [vgl. hierzu Bonnhöfer¹⁾].

Das vorliegende Material gestattet nicht anzunehmen, daß die Konstitution des Betroffenen auf die klinische Gestaltung des Bildes von wesentlichem Einfluß sei. Wir haben, wie erwähnt, in zwei Fällen ausgesprochene manische Zustandsbilder gesehen. Wir haben keine Veranlassung, diese auf die persönliche Artung der Betroffenen zurückzuführen. Es erscheint viel mehr wahrscheinlicher, daß das Überwiegen eines auch sonst im Zustandsbilde vorhandenen Faktors auf nicht näher gekannte Verschiedenheiten des Prozesses selbst zu beziehen ist. Es ist hervorzuheben, daß in diesen beiden Fällen die Wälz- und Unruhebewegungen besonders ausgesprochen waren. Es ist zuzugeben, daß unsere Untersuchungen über die Vorgeschichte unserer Kranken etwas lückenhaft sind.

Das Stadium nach dem Delirium entspricht in sehr vieler Hinsicht dem Verhalten der Psychosen bei der Chorea minor, welches in der

¹⁾ Handbuch für Psychiatrie.

Arbeit von Kleist¹⁾ eingehend dargestellt ist. Es kann wohl kein Zufall sein, daß ein derartiges Verhalten mit grober Läsion subcortikaler motorischer Zentren in beiden Fällen zusammentrifft. Nun sind in einer Reihe von Encephalitisfällen an Stelle der Chorea motorische Wälz- und Unruhebewegungen vorhanden. Es ist wohl anzunehmen, daß diese doch wenigstens durch die Läsion eines verwandten übergeschichteten Systems zustande kommen. Sie haben in ihrem Aussehen zwar eine verblüffende Ähnlichkeit mit rein psychisch bedingten Erscheinungen, zeigen jedoch trotzdem keine unmittelbaren Beziehungen zum Psychischen. Die Ablösung hyperkinetischer Formen durch akinetische ist bei der Rheumatismuspsychose und auch sonst bei Infektionspsychosen beobachtet. Doch sind die Typen der Hyperkinesen und Akinesen wohl weitgehend verschieden (vgl. Knauer und Kleist). Wenn auch das Nachstadium der Encephalitis von dem der leichten Fälle der Chorea minor nicht sicher getrennt werden kann, so ist doch die delirante erste Phase recht charakteristisch gegenüber den Amentia-bildern der Chorea minor. Es gibt jedoch bei der Chorea minor viel schwerere stuporöse Phasen, so vermerkt z. B. Kleist bei seinen Fällen, die Kranken lägen regungslos und stumm da, ließen auch unter sich gehen, sträubten sich gegen passive Bewegungen. Die Bewußtseinsstörungen sind tiefere. Die Auffassung und das Denken dieser Kranken sind schwerer gestört als bei unseren akinetischen Fällen. Die Schlafsucht kompliziert ferner in eigenartiger Weise ein Bild des Nachstadiums der Encephalitis epidemica, so daß letzteres als Ganzes doch eine unverkennbare Struktur hat und das muß für die psychische Störung der Encephalitis epidemica insgesamt gelten. Mögen die einzelnen Teilbilder unspezifisch sein, Verlauf und Gesamtbild müssen als spezifisch angesehen werden, auch in bezug auf das Psychische. Ja man kann sogar den Stupor als vollcharakterisiert ansehen. Diese Gruppe von Psychosen würde also der Kraepelinschen Forderung entsprechen, daß einer bestimmten Infektion eine bestimmte Psychose zugeordnet sein muß. Allerdings darf man nicht außer acht lassen, daß es sich um eine schon neurologisch gut charakterisierte Erkrankung handelt und es ist fraglich, ob eine derartige „Spezifität des psychischen Bildes“ auch für jene Formen der Infektionspsychosen gilt, in denen durch die grobe Hirnerkrankung der Psychose keine Leitlinien gezogen sind. Die Untersuchungen Knauers über die rheumatischen Psychosen lassen allerdings vermuten, daß es gelingen dürfte, bestimmten Infektionskrankheiten bestimmte Grundformen psychischer Erkrankungen zuzuordnen, von einer Spezifität der Einzelbilder kann nur mit großer Vorsicht gesprochen werden [vgl. unseren Versuch, den

¹⁾ Über die psychische Störung bei der Chorea minor. Allg. Zeitschr. f. Psych. 64, 709. 1907.

Stupor der Encephalitis epidemica von dem Stupor der Chorea minor und der Rheumatismuspsychose abzutrennen¹⁾]. Gesamtverlauf, Dauer und Ausgang dürften jedoch ein charakteristisches Gesamtbild ergeben. Daß und weshalb die Grenzen auch zwischen diesen Gesamtbildern flüssige sind, hat Knauer hinreichend auseinandergesetzt. Daß gerade bei der Encephalitis epidemica die Umgrenzung eine relativ scharfe ist, glauben wir dargetan zu haben.

¹⁾ Es ist anzunehmen, daß bei verschiedener Ätiologie (verschiedener Infektion) im allgemeinen verschiedene Gesamtbilder auftreten. Es dürften bestimmte Syndrome bestimmten Infektionen häufiger zukommen als anderen, ohne daß eine absolute Spezifität dieser Bilder bestände. Es kann also ein Syndrom, das sonst charakteristisch ist, bei einer Infektion, der es im allgemeinen zugehört, fehlen und gelegentlich bei einer anderen vorkommen, der es sonst nicht zugehört. Die Arbeit von Krisch, Über symptomatische Psychosen, Beihefte zu der Monatsschr. f. Neurol. u. Psych. 1920, H. 9, orientiert über die Auffassungen der Frage von den exogenen Psychosen. In jüngster Zeit Kleist, Die Influenzapsychosen und die Anlagen zu Infektionspsychosen. Monogr. aus dem Gesamtgebiet der Neurol. u. Psych. Springer 1920.