

XXX.

Aus der psychiatrischen Klinik in Heidelberg (Prof. Fürstner)

Beiträge zur Kenntniss der in frühem Lebensalter auftretenden Psychosen.

Von

Dr. **Schoenthal**,

erstem Assistenten der Klinik.

Bei der grossen Seltenheit der im frühen Lebensalter beobachteten Psychosen*) und dem entsprechend geringen Stande unserer Kenntnisse über dieselben, dürfte zur Zeit immer noch die Mittheilung diesbezüglichen casuistischen Materials von Interesse sein. In der hiesigen Klinik kamen in den letzten 4 Jahren unter 720 Aufnahmen die verhältnissmässig grosse Zahl von 10 Kranken, welche im Alter von 10—15 Jahren standen, zur Aufnahme. Dieser Umstand, sowie die Thatsache, dass die beobachteten Fälle zum grossen Theil Bemerkenswerthes in Symptomen und Verlauf darbieten, veranlasst mich zur Mittheilung derselben.

Fall I.

Psychose bei Chorea. Genesung.

Adolph Dörwang von Philippsburg, 10³/₄ Jahre alt (geb. 25. Dezember 1878), Aufnahme am 26. November 1889. Eltern sind gesund, ebenso Eltern und Geschwister des Vaters und der Mutter, auch sonst unter den Verwandten keine Neurosen oder Psychosen. Die Eltern sind seit 1863 verheirathet und

*) Emminghaus, die psychischen Störungen des Kindesalters. 1887. — Hagen, statist. Untersuch. über Geisteskrankh. 1876. Scherpf, Jahrb. f. Kinderheilkunde N. F. XVI. u. v. A.

haben 11 Kinder, wovon 9 starben: 1 mit 4 Jahren an Lungenentzündung, 8 mit 1—1½ Jahren an „Gichtern“ (Eklampsie). Ein Knabe, 8 Jahre alt, ist gesund, hört zeitweise schlecht. Patient selbst lernte mit 1 Jahr laufen, entwickelte sich auch sonst normal, hatte keine Krämpfe. Intellektuell war er ebenfalls gut entwickelt, lernte in der Schule sehr gut. — Stets gesund bis zur jetzigen Erkrankung. Im August erkrankte er ziemlich plötzlich ohne nachweisbare Ursache an Chorea, die mit psychischen Störungen einhergieng; letztere bestanden in Gereiztheit, Schimpfen und Schlagen gegen Eltern und Bruder, Drohen mit „Todtstechen“ gegen den jüngeren Bruder, gegen den er früher sehr artig und liebevoll war. Ferner bestand Unaufmerksamkeit, Drang zum Fortlaufen, Angst, Schlaflosigkeit. Er gab an, er sehe Nachts Männer, vor denen er sich sehr fürchte. Nach 5—6 Wochen Heilung der Chorea, Fortbestehen der Geistesstörung; letztere nahm im Laufe des October noch zu, starke Unruhe, Schlaflosigkeit, Sinnestäuschungen, (Nachts Erscheinung von Gestalten). Zunehmend erregt und unlenksam, häufiges Weinen, rascher Stimmungswechsel, meist deprimirt, zeitweise sehr zornig. In Zornparoxysmen lässt er sich hinfallen, reagirt auf Anrede nicht, schlägt um sich, wie es nach der Erzählung der Eltern scheint, bei erhaltenem Bewusstsein. Nach solchem Anfall nie Blut an den Lippen, Zunge, Bettstücken. Wegen der vermeintlichen Ungezogenheit bekam der Knabe häufig Strafen, die völlig fruchtlos blieben.

Status praesens am 27. Nov. Kräftig gebaueter Knabe, etwas schlecht genährt, seinem Alter entsprechend entwickelt, am Schädel nichts Auffälliges, Haut und Schleimhäute blass, Pupillen sehr weit, gleich, reagieren prompt. Reflexe, Sensibilität normal; auch sonst, insbesondere am Herzen, somatisch nichts Abnormes. Nur fallen ganz geringe choreatische Bewegungen, insbesondere an der linken oberen und unteren Extremität auf, die bei intendirten Bewegungen besonders des Armes deutlich hervortreten. Die Intelligenz scheint eine sehr gute, der Knabe weiss prompt aufzufassen und zu antworten und zeigt sehr gute Schulkenntnisse. Stimmung ist wechselnd, häufig plötzliches Weinen ohne Grund. Er erzählt, dass er den „Veitstanz“ gehabt, er habe oft zu Hause so „arge Angst“ gehabt, besonders Nachts; da habe er „so schwarze Männer“ gesehen auf seinem Bett und an der Wand. Sie bewegten sich auf ihn zu, wollten sich an ihn machen. Es sei richtig, dass er oft fortgelaufen sei, warum, wisse er nicht. Ueber das Benehmen gegen seine Eltern und Geschwister giebt er nicht Auskunft, weint nur, wenn man ihn darnach fragt.

Therapie: Bettruhe, Bäder, Sol. Fowleri.

1. December. Schief bis jetzt hier gut, bleibt ruhig zu Bett liegen, hallucinirt anscheinend nicht. Giebt selbst an, es gehe besser, hier schlafe er gut. Nahrungsaufnahme ist befriedigend, starker Stimmungswechsel.

4. December. Weint seltener, schläft anhaltend sehr gut. Die choreatischen Bewegungen sind nur höchst selten mehr wahrzunehmen.

8. December. Zunehmende Besserung, Schlaf und Appetit sehr gut, keine Hallucinationen. Das ganze Wesen des Knaben hat sich geändert, er

ist zutraulich, natürlich, hat Krankheitseinsicht. Choreatische Bewegungen sind nicht mehr vorhanden.

12. Fortschreitende Besserung; ist zeitweise ausser Bett, verträgt es gut. Körpergewicht nimmt zu. Die Dosis der Sol. Fowleri, von welcher Patient zuletzt täglich 3×8 Tropfen genommen, wird langsam verringert.

19. December. Anhaltend ausser Bett, hält sich sehr gut.

24. December. Sol. Fowleri seit zwei Tagen ausgesetzt. Patient ist anscheinend körperlich und geistig ganz normal.

28. December. Geheilt entlassen. Das Körpergewicht ist hier von 67 auf 71 Pfund gestiegen. Der Vater des Kranken berichtete am 15. März 90, dass das Befinden ganz normal geblieben sei.

Fall II.

Chorea und Psychose nach Schreck. Genesung.

Caroline Zimmermann von Menzingen, $13\frac{1}{2}$ Jahre alt, (geb. 29. Dec. 1876) aufgenommen 18. Juni 1890. Grossvater väterlicherseits litt an „Krämpfen“. Vater ist kränklich, neigt zur Hypochondrie. 11 Geschwister: 6 starben im Alter von 14 Tagen bis 4 Wochen „an Krämpfen“. Die Kranke war als Kind sehr schwächlich, lernte erst mit 3 Jahren laufen, mit $1\frac{1}{2}$ Jahren begann sie zu sprechen. Im Alter von 6 Jahren soll sie einmal einen Anfall von Bewusstlosigkeit von kurzer Dauer, mit Zuckungen einhergehend, gehabt haben. In der Schule hat sie nach Angabe der Eltern gut gelernt. (? siehe Status.) Sie war ein ruhiges, freundliches Kind.

Am 16. Mai stolperte sie auf einer in einen Keller führenden Treppe, stürzte, blieb hängen, den Kopf nach unten, wurde alsbald aus ihrer Lage befreit, war aber sehr erschrocken. Anfangs nichts auffälliges; sie ass ruhig zu Nacht, bald nach dem Essen jedoch fiel sie in „Krämpfe“: wurde abwechselnd roth und blass, es bestanden Zuckungen in Armen und Beinen, ein Kopf und Rumpf, vorwiegend Drehbewegungen, dazwischen grosse, schleudernde Bewegungen des ganzen Körpers; keine Verletzung bei den Krämpfen; Dauer mit wechselnder Intensität fast eine Stunde, zwischendurch mehrere Pausen. In den letzteren war die Kranke heiter, aufgereggt, schwatzte und lachte viel. In der Nacht schlief sie. Am andern Morgen neuer Anfall, der aufhörte, nachdem der Arzt in Gegenwart der anscheinend bewusstlosen Kranken der Mutter gegenüber ein sehr schmerzhaftes Heilverfahren für den Fall des Wiedereintritts der Krämpfe in Aussicht gestellt hatte. Bald darnach Auftreten von choreatischen Zuckungen auf beiden Seiten, sowie zugleich damit psychische Störungen. Das Mädchen arbeitete nicht mehr, war unmotiviert heiter, zu allen möglichen Streichen aufgelegt, so z. B. ging sie barfuss mit einem Regenschirm im Bach spazieren, sang und piffte, sprach viel, auch unanständige Redensarten, schlug die Geschwister, die Mutter, war ungehorsam, lief vom Hause weg, trieb läppische Spiele. Die choreatischen Bewegungen nahmen an Intensität und Extensität zu, schliesslich bestand völlige Unfähigkeit, still zu sitzen oder sich geordnet zu beschäftigen. Im Schlafe sistirten

die Zuckungen. Der Schlaf war jedoch sehr beeinträchtigt, die Nahrungsaufnahme gut.

Stat. praes. am 18. Juni: Zartgebautes, mageres Kind, für sein Alter nicht entsprechend gross und entwickelt. Kindlicher Habitus, Schleimhäute blass; Schädel im Ganzen klein, Gesichtsskelett asymmetrisch, rechte Hälfte überwiegt, Stirn ziemlich schmal, starrer Gaumen, Haut und Schleimhäute blass. Patellarreflexe lebhaft. Zunge zittert leicht im Gewebe. Sensibilität normal. Auf motorischem Gebiete fällt nur eine gewisse Unruhe auf. Die Kranke kann beim Sitzen die Füsse nicht still halten, macht Ruck- und Drehbewegungen mit dem Oberkörper, den Armen, grimassiert ab und zu. Bei intensiven Bewegungen treten choreatische Zuckungen stärker hervor. In der Ruhe sind die letzteren in den unteren Extremitäten stärker und häufiger als in den oberen. Die Intelligenz ist gering, Rechnen geht schlecht. Einfache Fragen über Schulgedächtnissmaterial werden falsch beantwortet. Ueber Zeit und Ort ist die Kranke orientiert. Die Stimmung ist zeitweise eine gehobene, zeitweise ist sie ohne äusseren Grund deprimiert, weinerlich. Pat. giebt an, mehrfach zu Hause in der Nacht weisse Gestalten „so wie Gespenster“ an ihrem Bett gesehen zu haben. Die Gestalten bewegten sich nicht, verschwanden sehr rasch wieder. Sie habe sich nicht sehr vor ihnen gefürchtet. Seit einigen Nächten seien sie nicht mehr gekommen.

Ordin.: Bettruhe, Bäder, Arsen.

20. Juni. Häufiger Stimmungswechsel, Schlaf gut, ebenso Nahrungsaufnahme. Die choreatischen Zuckungen bestehen in gleicher Intensität fort, Krämpfe von der Art der in der Anamnese beschriebenen sind bis jetzt hier nicht aufgetreten.

24. Juni. Die Stimmung wechselt noch sehr, die Zuckungen scheinen seltener zu werden. Hallucinationen sind bis jetzt hier nicht beobachtet.

29. Juni. Die choreatischen Zuckungen sind kaum mehr bemerkbar. Die Stimmung ist gleichmässiger, heiter und freundlich. Patientin wird mit Handarbeit beschäftigt, Schlaf und Appetit sehr gut.

5. Juli. Ist ausser Bett, anscheinend völlig frei von choreatischen Zuckungen, erholt sich körperlich sichtlich, auf psychischem Gebiete ist zur Zeit nichts Abnormes wahrzunehmen.

10. Juli. Körpergewicht nimmt zu, Patientin ist frei von somatischen und psychischen Störungen.

19. Juli. Geheilt entlassen. Das Körpergewicht ist hier von 76 auf 80 Pfund gestiegen.

Beide oben wiedergegebenen Fälle bieten in Symptomen und Verlauf viel gemeinsames: Beide Kranke zeigen ziemlich gleichzeitig mit dem Auftreten einer anscheinend leichten Chorea psychische Störungen. Leichtere psychische Anomalien sind bekanntlich ungemein häufig, fast regelmässig, bei Chorea zu beobachten. Sie bestehen in geringgradiger Verstimmung, Launenhaftigkeit, Reizbarkeit, in schwereren Fällen sich steigend bis zum Jähzorn und Heftigkeit gegen

die Umgebung. Indess ist man seit längerer Zeit auf das Vorkommen ernsterer Psychosen im Verlaufe der Chorea aufmerksam geworden. *) Was die in den obigen Fällen vorhandenen psychischen Störungen anlangt, so bestanden, kurz zusammengefasst: Bewegungsdrang, wechselnde theils gehobene, theils gereizte, theils ängstliche Stimmung; Thätlichkeiten gegen die Umgebung, Schlaflosigkeit, sowie Sinnes-täuschungen. Wenn man die Psychose unter eine der typischen Formen psychischer Störungen rubriciren soll, muss man sie wohl der Manie zuthellen. Dass hier keine ganz typische Manie mit ihrer Trias von Symptomen: heitere Verstimmung, Bewegungsdrang und Ideenflucht vorhanden war, dass insbesondere letztere gefehlt zu haben oder nur angedeutet („sang und sprach viel“) bei der Kranken Z. vorhanden gewesen zu sein scheint, ist nicht auffällig. Es ist klar, dass entsprechend den in diesem Alter noch in Entstehung und Ausbildung begriffenen psychischen Functionen nicht jenes typische der Manie eigene Spiel der erleichterten und beschleunigten Ideenassociation stattfinden kann, wie beim Erwachsenen. Denn das Material für diese Associationen ist ja zum grossen Theil noch nicht vorhanden. Interessant ist, dass bei dem 3 Jahre älteren Mädchen das Symptom der Ideenflucht schon angedeutet ist, während es bei dem 10jährigen Knaben noch fehlt. Im Gegensatz hierzu sind die Erscheinungen auf motorischem Gebiete — eine bei Kinderpsychosen oft beobachtete Thatsache — verhältnissmässig um so ausgeprägter. In solchem Alter ungewöhnliche und im Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten des Kindes stehende Thätlichkeiten gegen die Umgebung (Schlagen gegen Eltern, Geschwister, Drohung mit Todtstechen gegen den jüngeren Bruder), Drang zum Fortlaufen finden wir bei dem kranken D. notirt. Das Mädchen Z. beging „übermüthige Streiche“, schlug die Mutter und die Geschwister, lief von Hause weg, trieb „läppische Spiele“. — Auf motorischem Gebiete bestand ferner noch eine beachtenswerthe Erscheinung: bei beiden Kranken waren Convulsionen vorhanden, von denen sich sagen lässt, dass sie nicht epileptischer Natur waren; dagegen wären sie schwierig einer typischen Kategorie von Krämpfen zuzurechnen. Bei der Z. erinnert zwar Manches in den Erscheinungen der Convulsionen an hysterische Anfälle und ist ja Chorea bisweilen mit Hysterie kombinirt. Indess wird man bei dem

*) Marcé, Mém de l'acac de méd. tome XXIV. p. i. Arndt, dieses Archiv Bd. I. S. 509. Mayer, ebenda Bd. II. S. 535. Steinen, Antheil der Psychoe am Krankheitsbilde der Chorea. Diss. Strassburg 1875. Scherpf l. c. Soltmann, Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. V. S. 158 u. v. A.

Fehlen aller sonstigen hysterischen Erscheinungen bei der Z. doch vielleicht Bedenken tragen müssen, die Convulsionen strikte als hysterische zu bezeichnen. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass bei Kindern in solchem Falle überhaupt leicht Convulsionen als Steigerung der bei den Erwachsenen weit gelinderen Erscheinungen auf motorischem Gebiete auftreten, so wird man diesen Modus der Entstehung — wenigstens sicher bei dem Knaben D., wo die Convulsionen direct im Anschluss an, beziehungsweise auf der Höhe von infolge zorniger Stimmung erfolgenden motorischen Akten auftraten — vielleicht aber auch bei der Z. anzunehmen haben. Auch diese Abweichung vom Krankheitsbilde der Manie der Erwachsenen entspricht dem in normalem Zustande vorhandenen Unterschied zwischen dem psychischen Verhalten des Kindes und des Erwachsenen und bestätigt die Erfahrung, dass die Psychosen der Kinder nicht ein typischer Abklatsch derjenigen der Erwachsenen sind, sondern in manchen Erscheinungen dem physiologisch vorhandenen Unterschiede der Lebensalter entsprechende Verschiedenheiten zeigen. In beiden Fällen waren Sinnestäuschungen vorhanden und zwar Gesichtstäuschungen, die ja überhaupt im Verhältniss zu den anderen Sinnestäuschungen im Kindesalter noch überwiegen. Von sonstigen Symptomen bestanden in beiden Fällen Schlaflosigkeit, Anämie und schlechter Ernährungszustand: Erscheinungen, die, wie die psychischen Störungen, sich in der Anstalt rasch besserten. Der günstige Ausgang in völlige Genesung trat in beiden Fällen nach sehr kurzer Zeit, etwa 4 Wochen — nachdem die Erscheinungen bei D. seit 3 Monaten, bei der Z. seit 5 Wochen bestanden hatten — ein und zwar erfolgte so rasch nach dem Eintritt in die Anstaltsbehandlung eine entschiedene Besserung; dass ich geneigt bin, der Versetzung aus den häuslichen Verhältnissen in die Klinik einen Hauptantheil an dem Erfolge der Behandlung zuzuschreiben. In ätiologischer Beziehung finden wir bei der Z. den Beginn nach Schreck, einer bei der Chorea sehr häufigen Gelegenheitsursache. Als prädisponirendes Moment ist wohl in beiden Fällen neuropathische Belastung anzunehmen. Im Falle Z. finden sich Neurosen beim Grossvater und beim Vater, 6 Geschwister starben an Eklampsie. Auch fanden sich bei der Kranken die objectiven Stigmata hereditatis (kleiner Schädel, asymmetrisches Gesichtsskelett, steiler Gaumen). Im Falle D. sind zwar keine Erkrankungen des Nervensystems in der Ascendenz und den Seitenlinien zu ermitteln, indess macht der Umstand, dass 8 Geschwister an Eklampsie starben, das Bestehen einer neuropathischen Belastung sehr wahrscheinlich, um so mehr, als keine andere Ursache der Erkrankung ermittelt werden konnte.

Fall. III.

Stupor bei einem 14 jährigen Knaben, Genesung.

Ludwig Nüchtern von Neuenheim, 14 Jahre alt, (geboren 18. Februar 1874). Aufnahme 4. März 1889. Vater des Vaters war geisteskrank. Vater ist Trinker, Mutter ist nervös. Normale Entwicklung, lernte rechtzeitig laufen und sprechen. In der Schule war er ein ziemlich guter Schüler, klagte im Alter von 7—9 Jahren häufig über Kopfschmerzen, sonst stets gesund. Vor etwa 12—14 Tagen fiel der Umgebung des Knaben auf, dass er still, gedrückt wurde, oft vor sich hinstarrte. Der Appetit war vermindert, er klagte auf Befragen über Kopfschmerzen.

Allmählig wurde er immer stiller, sah ängstlich aus, verkroch sich scheu in die Ecken, antwortete auf Anreden theilweise gar nicht, theilweise erst nach langem Besinnen. Einmal äusserte er plötzlich zur Mutter: „Ach Gott,“ auf Befragen was ihm fehle, antwortete er dann: „Ich habe meine Gedanken verloren.“ Er horchte öfters an einem Schrank, behauptete Dr. R., der Arzt der Familie, sei darin und spreche heraus. Seit 2—3 Tagen ist er ganz stumm, spricht sowohl spontan, wie auf Anreden gar nichts, nimmt fast gar keine Nahrung.

Status bei der Aufnahme. Vollständig infantiler Habitus, asymmetrischer, dolichocephaler Schädel, steiler Gaumen. Blässe der Haut und Schleimhäute, Wangen circumscripirt geröthet. Füsse und Hände cyanotisch, fühlen sich eisig kalt an.

Gesichtsausdruck ängstlich, starr: weit geöffnete Augen. Pupillen weit, gleich, reagiren. Die physical. Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergiebt normale Verhältnisse. Reflexe, besonders die Patellarreflexe leicht gesteigert, die Sensibilität scheint bedeutend herabgesetzt bzw. erloschen. Man kann eine dicke Nadel durch die Haut durchstechen, ohne dass Patient eine Miene verzieht, auch blutet der Stich fast gar nicht; beim Berühren des Nasenseptum mit der Nadelspitze reagirt er gar nicht; als man versucht, die Nadel in das Nasenseptum einzustechen, sieht er den Arzt mit weit geöffneten Augen an und zieht den Kopf etwas zurück. Patient liegt stumm, regungslos da, giebt auf keine Frage oder Anrede Antwort, dagegen kommt er allen Aufforderungen nach, (z. B. „zeige die Zunge, mache die Augen zu, gieb die Hand, geh' an die Thüre“, u. s. w.) Dabei zeigt sich keine Motilitätsstörung, keine Ataxie. — Patient bleibt ohne jede Reaction da stehen, wo man ihn hinstellt. Jede beliebige, durch passive Bewegung den Gliedern gegebene Stellung wird cataleptiform beibehalten. Puls 88, regelmässig. Temperatur 36,8. Körpergewicht 60 Pfund. Therapie: Bettruhe, tägliche warme Bäder, gute Ernährung.

6. März. Hier hat Patient bis jetzt hinreichend Nahrung zu sich genommen. Bis jetzt entleerte er Stuhl und Urin von selbst, liess nicht unter sich gehen. Urin hell, klar, spez. Gewicht 1020, ohne abnorme Bestandtheile. Patient ist völlig stumm, regungslos, antwortet auf Fragen gar nicht. Manchmal jedoch scheint es, als ob er antworten wollte, aber trotz aller Mühe und Anläufe nicht könnte.

9. März. Unverändert, Nahrungsaufnahme leidlich gut. Patient hört zwar zuweilen mitten im spontanen Essen plötzlich auf, es genügt jedoch die Aufforderung, weiter zu essen, damit er von selbst weiter isst.

11. März. Unverändert. Körpergewicht 59 Pfund.

18. März. Nahrungsaufnahme weniger gut. Körpergewicht 57 Pfund. Einmal äusserte Patient zum Arzte: „Soll ich?“ Zu weiterem Sprechen war er jedoch nicht zu bewegen. Zeitweise macht er Riech- und Schmeckbewegungen mit den Gebärden des Abscheus.

26. März. Isst nur, wenn er mit dem Löffel gefüttert wird, schluckt dann aber ganz gut, so dass das Quantum der aufgenommenen Nahrung ein ausreichendes ist. Körpergewicht allerdings sinkend, 58 Pfund.

2. April. Patient äusserte heute zum Wärter: „Warum soll ich denn sterben?“ Sonst ganz unverändert. Nahrungsaufnahme reichlich. Stuhl etwas träge. Temperatur seit der Aufnahme morgens 36,0—36,6. Abends 36,4 bis 37,1. Körpergewicht 58 Pfund.

8. April. Patient macht häufig eigenthümliche drehende und wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper. Auskunft oder Antwort giebt er nicht. Auch beim Besuch der Mutter stand er gestern ihr ganz regungslos, stumm gegenüber. Körpergewicht 59 Pfund.

12. April. Stand heute von selbst plötzlich auf, ging ans Fenster, sah aufmerksam hinaus. Ueber das Verhalten gefragt, giebt er keine Auskunft; liess gestern u. heute den Urin ins Bett.

16. April. Nahrungsaufnahme sehr gut. Heute morgen sagte Patient zu einem ihn mit „guten Morgen“ anredenden Kranken ziemlich laut „guten Morgen“. Danach war er trotz allen Zuredens wieder stumm. Der Gesichtsausdruck scheint seit einigen Tagen heiterer und freier. Körpergewicht 61 Pfund.

20. April. Beantwortet auf Anreden einzelne Fragen mit Nicken oder Schütteln des Kopfes; z. B. bei der Frage des Arztes, ob er Schmerzen habe, schüttelt er den Kopf, vom Wärter gefragt, ob er in den Garten wolle, nickt er. Der Gesichtsausdruck ist natürlicher, die Nahrungsaufnahme sehr gut. Patient ist wieder reinlich betreffs der Entleerung der Excremente.

23. April. Sprach heute morgen bei der Visite, antwortete auf die Frage wie gehts? „gut.“ „Guten Morgen,“ „guten Morgen.“ Warum hast du so lange nicht gesprochen? — Keine Antwort. — „Kannst du jetzt sprechen?“ „ja.“ „Hast du Schmerzen?“ „nein.“ „Hast du Angst?“ „ach ja.“ „Willst du heim zur Mama?“ schweigt. „Weisst du, wo du hier bist?“ schweigt. „Bist du krank?“ „Ich weiss nicht, wie so, wenn ich . . .“ Körpergewicht 62 Pfund.

26. April. Spricht mehr und immer leichter, nur manchmal verstummt er noch mitten im Gespräch. Gesichtsausdruck ist heiter, frei von Angst. Er giebt an, er wisse nicht, wo er hier sei, wie er hereingekommen sei, wisse er auch nicht.

Als man ihm sagt, dass er im Krankenhaus sei, scheint er dies zu begreifen, fragt nach seiner Mama. Ueber den Grund seiner Stammheit, seiner

zeitweiligen Nahrungsverweigerung giebt er keine Auskunft. Nur giebt er an, er habe „so arge Angst gehabt.“

30. April. Spricht ganz geläufig, ist heiter und frei, freute sich heute beim Besuch der Mutter, erzählte ihr, er sei krank gewesen, erzählte über das Leben in der Klinik. In der That scheint er eine insbesondere im Verhältniss zur Auffassungskraft seines Alters auffällig gute Krankheitseinsicht zu haben. Er kann über den Beginn der Krankheit wenig Auskunft geben. Er erinnert sich nicht der Verbringung in die Klinik, ebenso wenig oder nur ganz traumhaft der realen Vorgänge in derselben. „Es ist mir wie wenn ich zuerst in einem andern Saal gewesen wäre“, u. s. w. Hallucirter Erlebnisse erinnert er sich ebenfalls nur fragmentarisch, Stimmen habe er gehört: „Ich glaube, es war der Teufel.“ — „Es war mir einmal, wie wenn ich auf einem Kirchhof wäre;“ einmal hat einer gerufen: „das Köpfchen thut weh“; „der Geisterkönig hat auch gesprochen.“ Gestalten will er auch wahrgenommen haben: „den Ali-Baba, wie er in meinem Märchenbuch abgebildet ist, der hat Gesichter geschnitten.“ Von Geruchs- oder Geschmackstäuschungen weiss er anscheinend nichts, dagegen sei es ihm oft vorgekommen, als ob er fliege, andere Male, als ob er in die Erde versinke. Am besten erinnert er sich noch, dass er grosse Angst gehabt habe, vor was, wisse er nicht mehr. Der abrupten Aeusserungen „soll ich“, „warum soll ich sterben“, erinnert er sich nicht. Körpergewicht 65 Pfund.

6. Mai. Ist andauernd ganz munter, zeigt sich als aufgeräumter, intellectuell jedoch nicht sehr hoch stehender Knabe, benimmt sich ganz natürlich, Appetit ist sehr gut. Die somatischen Untersuchungen ergeben stets ganz normale Verhältnisse. Sensibilität, Motilität, Reflexe normal. Körpergewicht 67 Pfund.

10. Mai. Geheilt entlassen. Körpergewicht bei der Entlassung 68 Pfund.

Patient blieb nach der Entlassung gesund und ist z. Zt. (März 1891) noch gesund, nur sehr leicht reizbar.

Das geschilderte Krankheitsbild entspricht in allen seinen Symptomen, in Beginn und Verlauf so typisch dem Bilde des Stupors bei Erwachsenen, dass nur wenig Epikritisches hinzuzufügen ist. Bemerkenswerth ist der sehr kurze, günstige Verlauf und zwar mit einer ziemlich plötzlich eintretenden Aenderung. Die starke Zunahme des Körpergewichts entspricht den bei Erwachsenen in Betreff des Körpergewichts bei Heilung von Psychosen gemachten Beobachtungen.

Was die einzelnen Symptome anlangt, so stimmten dieselben, wie erwähnt, völlig mit den bei Stupor der Erwachsenen vorkommenden überein und nur der eigenthümliche Inhalt der Sinnestäuschungen (Geisterkönig, Ali Baba, aus dem Märchenbuch „1000 und eine Nacht“) ist auf Rechnung des noch kindlichen Vorstellungsinhaltes zu setzen. Dass die Erinnerung an die realen und hallucinirten Erlebnisse während der Krankheit nach der Genesung nur lückenhaft

ist, wird so häufig in Fällen von Strupor bei Erwachsenen beobachtet, dass man es hier wohl nicht auf Rechnung der kindlichen Intelligenz setzen kann. Im Gegentheil überrascht es, wie schnell der kleine Patient Krankheitseinsicht bekam, sich orientirte, an die Erlebnisse vor der Erkrankung anknüpfte — wo es doch oft Erwachsenen sehr schwer wird, in solchen Fällen sich auch nur allmählich zurechtzufinden und das frühere psychische Gleichgewicht zu erlangen. Als aetiologisches Moment war auch in diesem Falle erbliche Belastung vorhanden. Es ist beachtenswerth, dass hier, wo die Erkrankung im späten Kindesalter einsetzt, das Krankheitsbild fast völlig demjenigen bei Erwachsenen gleicht.

Fall IV.

Circuläre Psychose bei einem 15 jährigen Mädchen.

Mathilde Hoffmann aus Freudenberg, 15 Jahre alt, (geb. 2. Januar 1875) aufgenommen 4. Juli 1890. Vater ist psychisch eigenthümlich, stottert. Von 7 Geschwistern ist eine Schwester im Alter von 6 Jahren an „Krämpfen“ gestorben. Patientin selbst entwickelte sich normal, lernte rechtzeitig sprechen und laufen. In der Schule lernte sie gut, war stets ein sehr braves, gehorsames Kind; bis jetzt nie krank, noch keine Menses. Anfangs Juni Klagen über Kopfschmerzen, bald darnach Schlaflosigkeit, heftiges Wesen, Streitsucht, Ungehorsam. Sie schimpfte und fluchte, lief von Hause weg, sang viel, kletterte auf die Bäume; meist gehobene Stimmung; später, etwa nach 14 Tagen war sie traurig, bat die Eltern für die begangenen Ungezogenheiten um Verzeihung, äusserte Angst, wollte nicht allein bleiben, sah Gestalten (die heilige Familie). Seit dem 24. Juni wieder „Verschlimmerung“, wurde unruhig, schlief Nachts nicht, sang und deklamirte, nahm wenig Nahrung.

4. Juli. Stat. praes. Sehr mageres, für sein Alter kleines Mädchen, von durchaus kindlichem Habitus. Keine Mammae, keine Haare an den Pubes. Blasse Schleimbhäute. Schädel im ganzen sehr klein, fliehende Stirn, hervorstehende Zähne, namentlich am Oberkiefer. Leichte Asymmetrie der Gesichtshälften: die rechte überwiegt, auch Lidspalten different. Pupillen gleich weit, prompt reagirend. Innere Organe, Reflexe, Sensibilität, Motilität, ohne Abnormitäten. Temperatur 36°. Puls 90. Urin normal.

Bei gehobener Stimmung besteht lebhafter Bewegungsdrang, sowie Ideenflucht. Patientin liegt unruhig zappelnd im Bett, spricht fast fortwährend anknüpfend an die Vorgänge in der Umgebung in hastiger, übersprudelnder bis zur Unverständlichkeit lebhafter Weise, deutet alles im Sinne ihrer gehobenen Stimmung. Ihr Aufenthalt hier im Hause ist nur ein „Ausflug“ zur Abwechslung, ihre mannigfachen Ungehörigkeiten, die sie zu Hause begangen, giebt sie lächelnd zu: „Die Andern sind schuld daran, warum haben sie mich nicht gehen lassen,“ u. s. w. Sie sieht überall im Saal Bekannte, Dorfgenossen. Eine Prüfung der Intelligenz giebt kein sicheres Urtheil, weil die

abnorme Stimmung die Antworten beeinflusst, welche abschweifend, muthwillig, übermüthig erfolgen, wobei sehr deutlich die Ideenflucht zu Tage tritt. Wie heisst du? „Mathilde Hoffmann, umgekehrt heisst es Edlihtam Namföh.“ Wie alt? „15 mal 10 ist 150.“ Bist du katholisch? „Katholisch bin und bleib ich, katholisch ist gut leben, katholisch ist gut sterben, erst kommt der Katholik, dann der Luther, der Römer, die Germanen, die Inder, Perser und die Meder.“ Wie viel Tage hat der November? „30 Tage macht 4 Wochen oder 365 Tage und das Schaltjahr hat 366.“

Wie viel ist 7.3?“ „7.3 ist 21 macht 210 und 7.10 giebt 70 Liter Bier, da haben wir genug davon.“ Zwischendurch werden zusammenhangslose Gebete, Gesangbuchverse, Bibelsprüche hergesagt. Von den Gesichtstäuschungen erzählt Patientin, dass sie „die Muttergottes mit dem Christuskind auf dem Arm“ an ihrem Bett gesehen habe „und wenn die Kinder weinen, dann muss die Muttergottes dem Teufel den Kopf zertreten.“ Dem weggehenden Arzte ruft sie zu; „Adieu, gute Besserung.“ Sie springt aus dem Bett, läuft im Hemd im Saal herum, kritisirt die andern Kranken, sie wird nach Hause gehen, „sobald es ihr passt.“

5. Juli. Ist weniger erregt, Bewegungsdrang ist zwar noch ziemlich lebhaft, jedoch spricht und singt die Kranke nicht mehr soviel. Stimmung heiter, zeitweise gereizt.

7. Juli. Stimmung häufig sehr gereizt, giebt kurze abweisende Antworten, kritisirt die anderen Kranken, spielt ihnen allerlei Streiche. Der Schlaf ist fast in jeder Nacht gestört, sie singt und lärmt. Nahrungsaufnahme ist genügend.

12. Juli. Heute morgen ist Patientin ganz deprimirt, sitzt mit ganz ängstlichem Gesichtsausdruck, rasch athmend, im Bett, die Augen weit offen. Angeredet, antwortet sie erst gar nicht, dann deutet sie stumm auf die Praecordialgegend; nach längerem Zureden giebt sie an, sie hätte Angst, weint; äusserte später zur Wärterin, ihre Eltern seien todt (Hallucination), „ich komme nicht mehr nach Haus, ich mag nicht mehr leben.“ Sehr verdächtige Manipulationen mit dem Halstuch veranlassen die Verlegung zur Wachabtheilung.

15. Juli. Traurige Haltung, ängstlicher Gesichtsausdruck, weint sehr viel, antwortet wenig, zaghaft. Scheint zu halluciniren, spricht davon, dass ihren Eltern gestern Schlimmes zugestossen wäre. Nimmt sehr wenig Nahrung.

18. Juli. Status idem. Seufzt viel. 27. Juli. Ist etwas munterer, spricht mehr und freier.

22. Juli. Patientin ist seit heute Morgen exaltirt lustig, sieht ganz anders aus wie bisher, strahlt vor Heiterkeit, spricht viel, singt, giebt kecke abweisende Antworten, bleibt nicht zu Bett, tanzt auf dem Saale, neckt die anderen Kranken, stiehlt ihnen Gegenstände. Deutliche Ideenflucht: „Da kommt der Doctor, die Visite, die nobeln Herrschaften. Mein Vater ist nur ein Bäcker, aber er backt gutes Brod. Fleisch muss man dazu haben. Wasser und Brod mackt die Wangen roth. Roth, röther, am röthesten. Der Doctor, des Doctors, dem Doctor.“ Von den Hallucinationen während der Zeit

der Depression will sie nichts wissen: „Ach was dummes Zeug, was geht denn das Euch an;“ Bietet genau das Krankheitsbild wie am Tag der Aufnahme.

24. Juli. Sehr heitere Stimmung, starker Bewegungsdrang, lärmt viel, turnt im Garten, spielt den anderen Kranken allerlei Schabernack. Ungezoogene Antworten, theilweise cynischen Inhalts; Ideenflucht: „Ueb immer Treu und Redlichkeit bis an dein kühles Grab, wir kommen noch nicht auf den Kirchhof, wir sind lustig, lustig gelebt und lustig gestorben, besser als verdorben, verdorbene Sachen kann man nicht benützen, heute muss man schwitzen; scheint die Sonne, diese Wonne.“

7. August. Seit heute wieder ganz deprimirt, spricht gar nicht, athmet tief und ängstlich, weint viel, zeigt auf den Leib mit schmerzlicher Gebärde. Aeusserte zu einer Kranken: „Es ist alles futsch“, giebt auf Fragen dem Arzt kaum Antwort, klammert sich dann ängstlich an ihn an, ihn um den Hals fassend.

10. August. Sehr deprimirt und ängstlich, giebt kaum Auskunft. Wie geht es? „Ich weiss nicht, schlecht“, das ist alles, was sie nach langem Bemühen producirt.

20. August. Seit letzter Nacht wieder lärmend, singt und spricht viel, bietet wieder ganz das Bild wie bei der Aufnahme.

25. August. Anhaltend erregt. Die Erregung gleicht genau der vorigen.

2. September. Auf dringenden Wunsch der Eltern ungeheilt entlassen.

Die in der Ueberschrift gegebene Diagnose des Falles bedarf wohl keiner ausführlichen Begründung. Ueberblickt man die in der Anstalt beobachteten, in Verlauf und Symptomen stereotyp übereinstimmenden, in regelmässiger Folge sich abwechselnden Zustandsbilder von Exaltation und Depression, den raschen Uebergang aus der einen in die andere Phase, die scharfe Trennung der einen Phase von der andern, der typisch-maniacalisch gestalteten von der typisch-melancholisch gestalteten, den auch auf somatischem Gebiete (Mimik, Aussehen, Ernährung) ausgesprochenen Gegensatz der zwei Phasen, so genügt, obwohl hier nur drei Stadien der Exaltation und zwei der Depression zur Beobachtung kamen, doch der hier beobachtete Verlaufsabschnitt zur Stellung der Diagnose.

Erfahren wir ja zudem aus der Anamnese, dass auch zu Hause gleich vom Beginn an ein circulärer Verlauf vorhanden war. Beginn mit Schlaflosigkeit, heftigem Wesen, Streitsucht, Ungehorsam, Bewegungsdrang, gehobener Stimmung; dann folgt eine Zeit, in der die Kranke Angst hat, nicht allein sein will, in trauriger Stimmung ist, für die in der maniacalischen Zeit begangenen Handlungen um Verzeihung bittet. Dann soll wieder am 24. Juni eine „Verschlimmerung“ eingetreten sein, das heisst es trat wieder der maniacalische Zustand

mit seinen der Umgebung fühlbareren Consequenzen in Denk- und Handlungsweise ein. Wir hätten also ein etwa 14tägiges maniacalisches Stadium, dann ein melancholisches von etwa 10 Tagen, dann folgen 18 Tage Manie, 10 Tage Depression, 15 Tage Manie, 13 Tage Depression, darauf erneuerte Manie, in der Patientin entlassen wurde.

Im Januar 1891 berichtete der Vater der Kranken, dass „das regelmässige Wechseln von heiterem und traurigen Benehmen bis zum November anhielt. Es dauerte jedesmal 2—3 Wochen an. Seit November ist die Kleine in ihrem Charakter gleichmässig brav und folgsam, arbeitet fleissig mit den anderen Geschwistern, was vorher nicht der Fall war.“ Die Regeln sind noch nicht eingetreten. *)

Wie bei den Erwachsenen das Symptomenbild der Manie (heitere Stimmung, Ideenflucht, Bewegungsdrang) und das Symptomenbild der Melancholie (traurige Stimmung, gehemmter Ideenablauf, Verringerung bis Unmöglichkeit motorischer Leistung), wenn sie als Phasen der circulären Psychose auftreten, gegenüber der idiopathischen Manie beziehungsweise Melancholie in ihren Symptomen wenig Specifisches bieten, so war es auch hier der Fall. Nur entsprach eben die Phase der Manie dem Symptomenbild einer Manie des kindlichen Alters und in gleicher Weise verhielt es sich mit der Melancholie. Was erstere anlangt, so war der Inhalt der deutlich vorhandenen Ideenflucht ein dem Kindesalter adaequater. Schulreminiscenzen, Kalenderlectüre spielen eine Hauptrolle; auch der Bewegungsdrang gestaltet sich in seinen Consequenzen ebenfalls dem kindlichen Denken und Handeln entsprechend. Als Folge der Stimmungsanomalie ist bemerkbar die ethische Depravation: Neigung zu cynischen Redensarten u. dgl. In der melancholischen Phase ist das geringe Quantum der producirtten melancholischen Ideen, das Ueberwiegen der Angst, das Weinen **) auffällig und wohl ebenfalls als eine dem kindlichen Alter entsprechende Modification der gewöhnlichen Melancholie aufzufassen. Im Uebrigen war der frappante Gegensatz der beiden Stadien in seinem ganzen Gepräge markant vorhanden, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht; besonders hinweisen möchte ich auf den charakteristischen Wechsel im Zustand der körperlichen Ernährung und dem mimischen Aussehen: die verfallenen, ängstlichen Gesichtszüge in der Melancholie, das frische, vergnügte Aussehen in der Manie. Ferner möchte ich hervorheben, dass wir als Consequenz

*) Anmerkung bei der Correctur: Das Mädchen ist zur Zeit (Februar 1892) noch ganz gesund.

**) Emminghaus l. c. S. 66. 144.

der depressiven Stimmung eine bedenkliche Neigung zum suicidium auftreten sehen (Aeßerung: „Ich mag nicht mehr leben“, verdächtige Manipulationen mit dem Halstuch), eine Thatsache, die wohl wiederum Anlass geben kann, in Fällen von kindlicher Melancholie ebenso wie bei Melancholie der Erwachsenen an diese Eventualität zu denken und entsprechende Massnahmen (Ueberwachung) zu ergreifen.

Bemerkenswerth erscheint der ungemein rasche, brüske Uebergang aus der einen Phase in die andere; in dieser Beziehung bestätigt der Fall die Erfahrung, dass dieser plötzliche Uebergang sich vorwiegend in den mit kurz dauernden Verlaufsphasen einhergehenden Fällen von circulärer Psychose findet.

Es scheint in diesem Falle die Heilung einer circulären Psychose vorzuliegen; wenigstens blieb die Kranke, nachdem vorher monatelang der typische Cyclus melancholischer und manischer Phasen bestanden hatte, von einer gewissen Zeit ab völlig frei von krankhaften Erscheinungen. Sofern es sich hier um eine dauernde Genesung handeln sollte, würde der Fall die öfters gemachte Beobachtung bestätigen, dass den mit kurzen Paroxysmen verlaufenden circulären Psychosen eine bessere Prognose, als denjenigen mit längeren Paroxysmen zukommt, indem bei den ersteren — in allerdings sehr seltenen Fällen — eine Heilung vorkommen soll.

In den meisten Fällen von circulärer Psychose bei Erwachsenen kann man constatiren, dass die Erkrankung schon im Jugendalter begonnen hat, indem man bei genauerem Nachforschen durch den Kranken oder dessen Angehörige erfährt, dass leichte Anfälle von regelmässig wechselnder Depression und Exaltation schon seit der Jugendzeit bestanden haben, und zwar ist es meist die Zeit des Pubertätseintritts, in die der Beginn der Störung fällt. Nach Kirn*) ist das Letztere in 66% der Beobachtungen der Fall. Hier können wir den Beginn in der Kindheit constatiren; das Mädchen war noch nicht menstruiert, von durchaus kindlichem Habitus, ohne entwickelte Mammae und Pubes; die Thatsache eines so frühzeitigen Vorkommens der circulären Psychose ist einerseits geeignet, die bisherige Auffassung dieser Psychose als einer in hervorragendem Masse hereditär-degenerativen Form zu bestätigen, andererseits ist sie für die Diagnose und Prognose der Melancholie und Manie des Kindesalters von Bedeutung; in Fällen von plötzlichem Einsetzen oder plötzlichem Aufhören einer Melancholie oder Manie wird man, wie

*) Die periodischen Psychosen. Stuttgart 1878. S. 20. 58.

bei Erwachsenen, an die Möglichkeit der circulären Psychose denken müssen.

Fall V.

Hereditär-degenerative Psychose in Form des sogenannten moralischen Irrsinns.

Joseph Steidle, 15 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, aufgenommen 7. Januar 89. Der Vater starb an Herzleiden, war zeitweise malancholisch; Mutter starb im Wochenbett. Bruder der Mutter starb durch Selbstmord; Grossvater der Mutter war Potator. 6 Geschwister, im Alter von 12 bis 24 Jahren, angeblich sämtlich gesund. Normale körperliche Entwicklung. Von frühester Jugend an entschieden unlenksam und jähzornig, war sehr schwer zu erziehen, durch Milde und Strenge nicht zu bessern. Mit 4 Jahren (nach dem Tode der Eltern) war er zum Oheim (Vormund) gekommen, von diesem und von den Lehrern wurde er oft mit den härtesten Strafen behandelt, indess ohne jeglichen Erfolg. Mit 13 Jahren wurde er nach Entlassung aus der Schule zu einem Bäcker in K. in die Lehre gegeben; nach 4 Wochen musste er wieder austreten, da er unverbesserlich faul, widerspänstig gewesen war; darauf wurde er nach H. zu einem Bäcker in die Lehre geschickt, indess auch hier wurde er nach einigen Tagen weggeschickt: er war sehr widerspänstig, frech, beschmutzte das Zimmer im Zorn, weil er gestraft worden war. Darnach war er eine Zeit lang zu Hause, arbeitete Nichts, war durch keine Bitten, Drohungen oder Strafen zu besserem Verhalten zu veranlassen. Dann wurde er in K. zu einem Metzger in die Lehre gegeben; nach 8 Tagen wurde er entlassen, er war sehr ungeberdig gewesen, hatte gelogen, falsche Bestellungen und Unterschlagungen gemacht. Er war viel geschlagen worden, aber ohne den geringsten Erfolg; er äusserte selbst, er spüre es nicht, „der Kopf ist wie Cement, und der Buckel wie Eisen.“ Auch bei einem andern Metzger in K., zu dem er hierauf in die Lehre kam, konnte er nur wenige Tage bleiben, er war gar nicht anzuleiten, schimpfte in unfläthigsten Ausdrücken, schrieb Liebesbriefe! Nach Hause genommen, blieb er widerspänstig, arbeitsscheu, immer zu schlechten Streichen geneigt, durch keine Strafen zu bessern, so dass dem Onkel selbst die Idee kam, „ob das nicht eine Krankheit sei.“ — Am 10. Dezember 88 lief er heimlich von Hause weg, übernachtete in B. und T.; als ihm am dritten Tag das Geld ausging, bettelte er; in W. liess er sich von einem Schulkameraden Geld, verkaufte ausserdem seinen Ueberzieher und fuhr mit dem Erlös mit der Eisenbahn nach Heidelberg, trieb sich erst herum, dann ging er zu seiner hier wohnenden Schwester. Dort benahm er sich trotz aller Mühe, die man sich mit ihm gab, wie bisher: stahl Geld, machte schlechte Streiche, schimpfte, bei Tadel oder Strafen unbändig, drohte mit Erhängen, schrieb Liebesbriefe nach Hause, machte der Dienstmagd sexuelle Anträge! Die Angehörigen bringen ihn zur Beobachtung und allenfallsigen Behandlung in die Klinik.

Status: Mässig kräftig gebauter, für sein Alter noch sehr kleiner, et-

was blasser Knabe, asymmetrischer dolichocephaler Schädel, rechter Facialis mehr innervirt als der linke. Der Gesichtsausdruck ist zur Zeit scheu, deprimirt. Der Knabe antwortet leise, zögernd, zurückhaltend auf Fragen; im weiteren Verlaufe des Gespräches belebt sich der Gesichtsausdruck mehr und tritt manchmal sogar ein verschmitztes Lächeln oder ein eigenthümlich lauerner Blick hervor. Patient ist orientirt über Zeit und Ort. Die Prüfung der Intelligenz ergibt, dass das in der Schule erlernte Gedächtnissmaterial sehr gut reproducirt wird; die Leistungen im Rechnen sind, so lange es sich um Gedächtnissleistungen handelt, auch noch ziemlich gut; jedoch sobald es sich dabei darum handelt, Schlüsse zu bilden, sind die Leistungen sehr gering. Evidenter ist der Defect auf ethischem Gebiete: Kommt man auf die anamnestic geschilderten Ereignisse zu sprechen, so legt Patient ein schwer zu schilderndes eigenthümliches Verhalten an den Tag; zunächst tritt am meisten hervor, dass er, wo es irgend angängig ist, Alles zu leugnen versucht; er verwickelt sich dabei in Widersprüche und bringt unglaubliche Sachen vor; weist man ihm das nach, so lächelt er verschmitzt und verweigert dann jede weitere Auskunft oder ersinnt nach einiger Zeit eine neue Unwahrheit. Bei anderen Thatsachen wiederum weiss er recht geschickt andere Darstellungen, als die in der Anamnese gegebenen, als die richtigen hinzustellen, oder raffinirte Entschuldigungen vorzubringen. Dass er bei den verschiedenen Meistern in der Lehre nicht bleiben konnte, ist, wie er angiebt, nicht seine Schuld, bei dem ersten Meister war er brustkrank, weil die Arbeit zu schwer war und der Meister zu viel verlangte; bei dem anderen war das Essen zu schlecht; widerspänstig sei er nie gewesen; von den Unterschlagungen und falschen Bestellungen will er Nichts wissen u. s. w. Die Liebesbriefe geschrieben zu haben giebt er zu, aber das sei nichts unrechtes. Von Hause durchgebrannt sei er nur, weil es zu Hause so viel Streit gegeben habe, das habe ihm nicht mehr gefallen, er sieht nicht ein, wesshalb das unrecht gegen den Onkel gehandelt war, er wollte ihm ja sogar unterwegs schreiben, kam aber nicht dazu. Betreffs des Verhaltens auf der Reise verwickelt er sich in die mannigfachsten Lügen, Beschönigungen und Widersprüche. Ausgesprochene Grössenideen oder Verfolgungsideen, sowie Sinnestäuschungen sind nicht zu erweisen.

15. Januar. Pat. hält sich im Allgemeinen ruhig und geordnet, bietet indess noch deutlicher als beim Eintritt das Bild des raffinirt Lügenden, wo es sich um Beschönigung und um vortheilhafte Darstellung seines Vorlebens handelt. Indess auch in seinem Verhalten in der Anstalt gegenüber dem Personal und den Kranken tritt der moralische Defect schon deutlicher hervor: wenn der Arzt in der Nähe ist, ruhig, duckmäuserig, hinter dessen Rücken schlechte Witze machend, die Kranken neckend, dem Personal allerlei Schabernack spielend, darüber zur Rechenschaft gestellt, entweder lügend oder beschönigend.

28. Januar. Unverändert: stets zu schlechten Streichen geneigt, dabei äusserlich den Braven markirend.

5. Februar. Letzte Nacht liess Pat. den Urin in's Bett gehen: er giebt an, lebhaft geträumt zu haben, dass er im Freien sei und dort urinire. Kein

Kopfschmerz heute Morgen, kein Zungenbiss, kein Speichel oder Blut am Bett, nichts sonstwie auf Epilepsie hindeutendes.

10. Februar. Sang letzte Nacht von 4 Uhr ab, giebt an, es sei so langweilig gewesen, er habe nicht schlafen können und deshalb geistliche und weltliche Lieder zu seiner Unterhaltung gesungen. Sonst ganz unverändert.

1. März. Zeigt stets ganz das gleiche Verhalten, stiehlt und versteckt Gegenstände z. Th. auch für ihn werthlose Sachen, beschuldigt dann andere, dies gethan zu haben; treibt alles Mögliche, wodurch er das Personal in Verlegenheit bringen kann, verhetzt die Kranken untereinander.

10. März. Es fällt häufig auf, dass der Junge sich mit erwachsenen Kranken über geschlechtliche Dinge unterhält, er zieht Informationen über geschlechtliche Verhältnisse ein, gebraucht obscene Ausdrücke, will sich wenn er „draussen“ ist, einen „Schatz“ anschaffen! er könne es schon, dazu sei er alt genug. Für die Art und den Zweck seines Aufenthaltes hat er offenbar gar kein Verständniss. Es geht dies auch aus seinen Briefen hervor, in denen er die Angehörigen um Besuch oder Abholung bittet. Auch im Uebrigen zeigen diese Briefe einen eigenartigen, altklug sich geberdenden Schwachsinn. So schreibt er u. A. „ich möchte jetzt einmal wieder nach Hause; ihr glaubt mir's gar nicht, wie einem die Zeit so lang wird in dem Irrenhause. Ich verlasse mich also darauf, dass Ihr kommt. Marie soll auch mitkommen. Es wird eben hier eine Drahtseilbahn auf das Schloss gebaut. Wie ist denn in Flehingen die Gemeinderathswahl ausgefallen? Ich habe im Sinn, wenn ich wieder aus der Irrenklinik bin, Kaufmann zu werden, Was sagt ihr dazu?“ u. s. w.

19. März. Ungeheilt entlassen.

Der Kranke bot das Krankheitsbild jenes eigenthümlichen, ethisch intellectuellen Defects, der unter der wenig guten Bezeichnung: „moralisches Irresein“ (moral insanity) seit Langem bekannt, von vielen Autoren beschrieben und erörtert wurde. Wie fast immer, war die Krankheit eine angeborene; „von frühester Jugend an“ zeigte sich die für die Umgebung, Erzieher und Lehrer, so schwierige Verhältnisse schaffende Handlungsweise derartiger Kranker. Wie bei sehr Vielen derselben, wurde auch bei ihm diese Handlungsweise nicht als Folge einer Krankheit, eines angeborenen Defects angesehen, sondern als Bosheit und wurde dementsprechend mit Strafen dagegen eingeschritten, natürlich ohne Erfolg, — bis endlich dem Vormund die Idee kam, „ob das nicht Krankheit sei“. Von den hier in der Anstalt beobachteten Symptomen möchte ich bloss eines hervorheben: den frühzeitig vorhandenen Geschlechtstrieb, der sich ohne Rücksicht auf Scham und Sitte in Gesprächen über sexuelle Beziehungen mit Erwachsenen in obscönen Ausdrücken u. dgl. äusserte.

Es ist ja bekannt, dass bei durch erbliche Belastung psychopathischen Individuen der Geschlechtstrieb abnorm frühzeitig auftritt

und zur Befriedigung drängt. In Fällen mit hochgradigem Schwachsinn (Idiotie) kann sich dieser letztere Drang ganz triebartig in sehr frühem Alter manifestiren. In dieser Beziehung bot ein vor etwa einem Jahre zur poliklinischen Untersuchung in die Klinik gebrachter Idiot eine sehr interessante Erscheinung. Der Vater erzählte, dass ihm und seiner Frau seit längerer Zeit auffiel, dass der 7½jährige(!) Knabe zeitweise ein steifes Glied habe; vor Kurzem beobachteten sie sogar, dass der Knabe auf dem Bauche liegend deutliche Coitusbewegungen machte! Der Knabe war im Uebrigen hochgradiger Idiot hatte keine Spur von articulirter Sprache, liess Excremente durchweg unter sich.

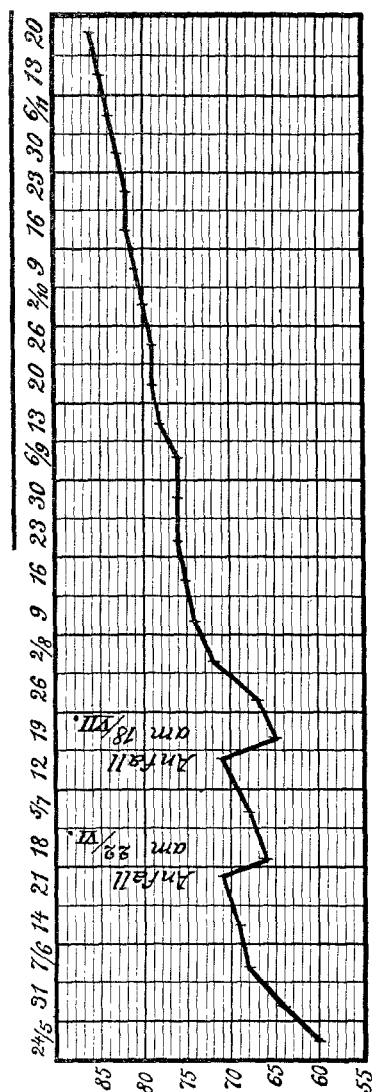
Die Grenze zwischen dem Kindesalter und dem Alter der Pubertät ist wohl kaum scharf zu ziehen, bei den Mädchen ist hier einigermaßen durch das Eintreten der ersten Menstruation ein präziser Anhaltspunkt gegeben, bei Knaben ist die Bestimmung der in Betracht kommenden Grenze schwerer und für eine gewisse Uebergangszeit ganz unmöglich. Keinesfalls entscheidet die Zahl der zurückgelegten Lebensjahre, sondern die Anzeichen der vorhandenen Geschlechtsentwicklung: es kommt darauf an, ob noch kindlicher Habitus vorhanden ist oder ob nicht und so ist der zuletzt beschriebene Fall, ganz abgesehen davon, dass die beschriebene Störung während des Kindesalters schon vorhanden war, zu den Psychosen des Kindesalters zu rechnen, während die 3 nächsten Fälle von Psychosen dem Alter der Pubertät zuzurechnen sind, obwohl sie zum Theil ein um wenig früheres Lebensalter betreffen.

Fall VI.

Bertha Schmidtberger von Bruchsal, 15 Jahre alt, (geboren 20. März 1881) aufgenommen am 22. Mai 1886.

Vater starb an Delirium tremens und soll vorher schon längere Zeit geistesgestört gewesen sein. Die Kranke entwickelte sich normal, war früher gesund, soll in der Schule gut gelernt haben. Noch keine Menstruation. Etwa am 20. März wurde sie nach dem ärztlichen Attest ziemlich erregt, unruhig, sprach viel und lebhaft, häufig von einem Gegenstand zum andern abspringend ohne Zusammenhang, klagte dabei über Herzklopfen, Kopfweh und Mattigkeit. Die Erregung nahm rasch zu, die motorische Unruhe wurde immer grösser, Patientin sprach fast unaufhörlich, war zum Theil sehr ängstlich und hatte Gesichtshallucinationen; namentlich erschreckte sie die Gestalt eines schwarzen Hundes, ausserdem sah sie schwarze Gestalten, vor denen sie sich fürchtete.

Curve I. (Fall Schmidtberger).



Nach 2 Tagen nahmen die Erscheinungen allmählich ab, die Sinnes-
täuschungen verschwanden, ebenso die Aengstlichkeit. Es blieb am längsten
die starke motorische Unruhe mit grosser Geschwätzigkeit über alle möglichen
Gegenstände in theilweise läppischer Art. Am 2. April war das Benehmen
ein durchaus normales, das Mädchen arbeitete. Schlaf und Appetit waren
vorhanden.

Am 20. April trat erneuter Anfall ein. In den Zwischenzeiten war Patientin normal, beschäftigte sich, hatte guten Schlaf und Appetit.

Status praes. Sehr grazil gebautes Mädchen, starke Blässe der Haut und Schleimhäute, Gesichtsschädel verhältnissmässig stark entwickelt, rechte Gesichtshälfte breiter als die linke, rechter Facialis mehr innervirt. Rechte Pupille weiter als die linke, beide reagiren. Sehr congestionirtes Gesicht, Puls sehr frequent 112. Eine weitere körperliche Untersuchung ist zur Zeit bei der grossen Unruhe der Patientin nicht möglich; sie liegt keinen Augenblick still im Bette, macht sich mit andern Kranken zu schaffen, lacht, grimassirt, weint und spricht fortwährend wirr durcheinander; wird sie gefragt, so giebt sie meist, offenbar mit Absicht, unrichtige Antworten. Wenn man sie dann in ernstem strengem Tone anredet, so erfolgen richtige, zutreffende Antworten. Die Stimmung ist weniger eine gehobene, als eine gereizte; das Bewusstsein ist nicht ganz klar; Patientin ist offenbar über Zeit und Ort nicht vollständig orientirt, verkennt die Umgebung zum Theil. Gegen Abend wird sie so unruhig, dass sie für die Nacht isolirt werden muss. Sie ist unreinlich, schmiert.

25. Mai. Anhaltende Erregung, stets sehr congestionirtes Gesicht, mit sehr frequentem Puls (104 — 116). Ist Nachts meist sehr unruhig. Sie singt, spricht und declamirt abwechselnd, dabei deutliche Ideenflucht zeigend. Der Gesichtsausdruck, das Benehmen und die Antworten lassen jetzt noch mehr, wie bei der Aufnahme darauf schliessen, dass das Bewusstsein nicht klar ist, die Nahrungsaufnahme ist mässig gut. Patientin ist sehr häufig unrein, auch gebraucht sie in ihren Reden obscöne Ausdrücke.

2. Juni. Nachdem die Erregung bis gestern unverändert angehalten hatte, wurde Patientin gestern ziemlich plötzlich ruhig, orientirte sich, klagte über Müdigkeit, erklärte, es sei ihr, wie wenn sie aus einem Traum aufwache. Sie erinnert sich der Vorgänge während der krankhaften Zeit nur theilweise. So z. B. kann sie sich gar nicht der Fahrt von zu Hause hierher erinnern, weiss nicht genau, wer mit ihr kam u. s. w.

Heute ist sie vollkommen klar, hat vollste Krankheitseinsicht, ist in ihrem Benehmen ganz bescheiden, fast schen und gedrückt. Das Gesicht ist nicht mehr congestionirt. Puls 88.

8. Juni. Anhaltend vollkommen ruhig und klar, beschäftigt sich, erholt sich körperlich sehr rasch.

15. Juni. Unverändert, Körpergewicht nimmt zu.

23. Juni. Gestern Abend fing Patientin ziemlich unvermittelt an laut zu weinen, hielt sich die Hände fest an beide Schläfen gepresst, klagte der Wärterin über Kopfschmerz. Bei der Visite war der Gesichtsausdruck ganz verändert, traumartig benommen. Sie war offenbar ängstlich, erklärte, böse Leute draussen am Fenster zu sehen. Herzaction war beschleunigt. Gesicht sehr congestionirt. Heute Morgen giebt sie auf Fragen fast gar keine Antwort, weint viel, eigenthümliche Zitterbewegungen in Ober- und Unterlippe. Hat in der Nacht wenig geschlafen. Gegen Mittag fängt Patientin an laut zu singen und zu declamiren, bleibt aber zu Bett liegen.

24. Juni. Schlieft in der Nacht wenig, sprach viel; zwischendurch

weinte sie. Heute Morgen giebt sie auf Fragen wenig Antwort, sieht sehr benommen aus, schlägt eine andere Kranke, mit der sie sonst gern verkehrt, als dieselbe sich ihr nähert, plötzlich heftig in's Gesicht. Als der Arzt bei der Visite nach ihrem Puls langt, tritt ein eigenthümlicher Anfall ein: convulsivische Zuckungen in Ober- und Unter-Extremitäten, Trommeln mit den Beinen, Hin- und Herrotationen mit dem Kopfe, sodann grosse Bewegungen mit dem ganzen Körper, Bogenstellungen, Beckenbewegungen, dazwischen pathetische Stellungen, abwechselnd Physiognomie der Angst, visionäres starres Geradeausblicken mit erweiterten Pupillen, die gut auf Licht reagiren. Zwischendurch Lachen und Weinen, Zähneknirschen, nach dem Anfall Sensibilität überall erhalten; eher geringe Hyperästhesie. Druck auf die Ovarialgegend beeinflusst den Anfall nicht. Auf Beklopfen der Patellarsehnen tritt ein Clonus zunächst in demselben Beine, dann im andern, und hierauf im ganzen Körper ein convulsivisches Zittern ein. Nachmittags: Patientin isst wenig; ein Anfall wie der oben erwähnte tritt ein, sobald der Arzt sich ihr nähert, blickt, wenn kein Anfall da ist, mit müdem traumverlorenem Blick vor sich hin.

25. Juni. Bekommt, wenn nicht beobachtet, keinen Anfall. Ist heute unruhiger, bleibt nicht zu Bett, läuft wie träumend herum, lächelt viel, begeht einige ganz verkehrte Handlungen, zerknittert einen vor einigen Tagen von ihren Eltern erhaltenen Brief, tritt einer sitzenden Patientin auf den Fuss und bleibt in dieser Stellung längere Zeit stehen. Fasst man sie an, so lässt sie sich auf den Boden fallen und es beginnt ein kleiner „Anfall“. Beim Versuch sie vom Boden aufzuheben, wird sie einmal ganz steif: mit geschlossenen Füßen, wie eine leblose Masse, lässt sie sich in ganz steifer, gestreckter Haltung aufheben und nachdem sie steht, in schlaffer, gebeugter Haltung wieder niedersinken.

26. Juni. Klinische Vorstellung: läuft mit erhobenem Kopf, grossen Schritten mit theils freudigem, theils zornigem Antlitz in dem Saal umher. Anfälle treten auch auf Druck auf die Ovarialgegend ein.

27. Juni. Begeht allerlei, das Gepräge des Uebermuthes und der Willkür tragende Handlungen. Anfälle seit gestern nicht mehr aufgetreten. Ist ziemlich unruhig, weint, singt, betet, declamirt abwechselnd. Kopf stets sehr congestionirt. Puls weniger beschleunigt. 88 bis 100. Nahrungsaufnahme ganz gut.

29. Juni. Ganz unverändert.

2. Juli. Benahm sich heute Morgen beim Besuch der Mutter, nachdem sie während des Vormittags schon etwas ruhiger war, zuerst etwas eigenthümlich, rückte dann näher an die Mutter heran, begann zu weinen und erzählte, sie habe „es wieder gehabt“, es scheine ihr, dass es seit heute wieder vorbei sei. Nachmittags ist sie in der That in Aussehen und Mienenspiel ganz verändert. Sie ist ganz ruhig, klar und orientirt, erinnert sich der Vorgänge während der Erregung nur lückenhaft, z. B. der klinischen Vorstellung, des Schlagens ihrer Freundin u. s. w. Sehr gut erinnert sie sich der Krämpfe und Anfälle. Giebt an, dass sie noch nie in ihrem Leben solche Anfälle ge-

habt habe, will sie auch bei Andern nie gesehen haben. Die Stimmung ist leicht deprimirt, ganz von selbst giebt die Kranke wieder an, es sei ihr heute früh gewesen, wie wenn sie aus einem Traum erwache. Es ist auffallend, wie der Gesichtsausdruck sich vollständig von gestern auf heute verändert hat.

8. Juli. Hält sich seit 2. Juli wieder ganz ruhig und geordnet, volle Krankheitseinsicht. Die wiederholte Prüfung der Erinnerung ergiebt, dass sich die Kranke an einen Theil der realen Vorgänge während der krankhaften Störung nur dunkel und unklar erinnert. Wiederholte Untersuchungen ergaben das Fortbestehen einer leichten Hyperästhesie.

15. Juli. Anhaltend ganz klar, bescheidenes, ruhiges Benehmen. Sieht nur häufig congestionirt im Gesicht aus.

18. Juli. Seit heute ziemlich plötzlich verändert: Anfall gleicht genau dem vorigen, nur sind keine Krampfanfälle vorhanden, auch auf Druck auf die Ovarien nicht auszulösen. Kopf congestionirt. Puls 108. Patientin ist benommen, gereizt, aggressiv, lacht und weint abwechselnd, ist offenbar von Hallucinationen beherrscht, läuft an die Thüren, sieht durch die Schlüssel-löcher, sucht in den Ecken und unter ihrem Bett, spricht von Kerlen, die sie in Ruhe lassen sollten, ist wieder unrein.

20. Juli. Unverändert. Nachts sehr unruhig.

23. Juli. Ist ruhiger, aber noch benommen, scheint noch viel zu halluciniren.

26. Juli. Seit heute wieder ganz klar, volle Krankheitseinsicht. Weiss sich mancher Vorgänge nicht zu erinnern, z. B. dass sie im Isolirzimmer war, erzählt, dass sie viel Stimmen gehört habe, die sie beschimpften, bedrohten. Ferner sah sie schwarze Männer, vor denen sie grosse Angst hatte, häufig sei es ihr gewesen, als ob sie singen müsse. Der Gesichtsausdruck ist wieder, ganz im Gegensatz zu dem des Anfalls, heiter und frei. Allgemeine Hyperästhesie der Haut besteht weiter.

1. August. Anhaltend klar, ruhig und geordnet, es besteht leichte Hyperästhesie, rasch wechselnde Gefässfülle im Gesicht.

4. August. Status idem. Auf psychischem Gebiete gar nichts abnormes, nur ist die kleine Kranke auffallend kokett und unterhält sich gern mit einer andern Kranken über sexuelle Dinge.

15. August. Psychisch anhaltend völlig normal, abgesehen von Koketterie und Neigung, mit anderen Kranken über sexuelle Dinge zu sprechen. Vortreffliches Aussehen.

1. September. Vollständig normal, die Hyperästhesie ist seit einiger Zeit nicht mehr vorhanden, dagegen besteht noch die Neigung zu Congestionen.

20. September. Status idem.

10. October. Unverändert, ausser sexueller Erregbarkeit, nichts abnormes zu finden.

20. November. Nachdem Patientin anhaltend anfallsfrei und abgesehen von sexueller Erregbarkeit, sowie Neigung zu Fluxionen nach dem Kopf völlig normal geblieben ist, wird sie heute entlassen.

Bei einem 15jährigen erblich belasteten Mädchen treten rasch

vorübergehende psychische Störungen auf, welche plötzlich beginnen und plötzlich endigen. Es besteht eine mässig tiefe Bewusstseins-trübung mit dementsprechender nachfolgender partieller Amnesie, ferner Hallucinationen, Stimmungsanomalien, auf motorischem Gebiete neben Bewegungsdrang hysteriforme Convulsionen. Die einzelnen Anfälle gleichen sich in Symptomen und Verlauf, intervallär besteht Neigung zu Congestionen, leichte Hyperästhesie, sexuelle Erregbarkeit. Die Anfälle treten in regelmässigen Zwischenräumen auf.

- | | | | | |
|------|--------|-----------|-----|-----------|
| I. | Anfall | 20. März | bis | 2. April |
| II. | „ | 20. April | „ | 28. April |
| III. | „ | 20. Mai | „ | 1. Juni |
| IV. | „ | 22. Juni | „ | 2. Juli |
| V. | „ | 18. Juli | „ | 26. Juli |

Ohne Zweifel ist man berechtigt, hier von einer periodischen Psychose zu sprechen. Das Krankheitsbild bietet indess manche Züge, die von dem Bilde der gewöhnlichen periodischen Manie abweichen. Es sind dies vor allem die oben erwähnten Bewusstseins-trübungen, sowie der nachfolgende Erinnerungsdefect. Wenn wir indessen die Zeiträume übersehen, in welchen sich die Anfälle wiederholen — ziemlich genau in 4 Wochen — so werden wir sofort an eine wohl-bekannte, wenn auch selten beobachtete Abart der periodischen Psychose erinnert, mit der unser Krankheitsbild übereinstimmt. v. Krafft-Ebing beschrieb (dieses Archiv Band VIII. S. 65—107. (vgl. Lehrb. II. Aufl. Bd. II. S. 273.) eine Reihe von Fällen von periodischer Psychose, bei welchen die Anfälle an die Zeit und den Vorgang der Menstruation gebunden waren. Diese periodische menstruale Psychose hat folgende Merkmale: sie beginnt und endigt rasch, die einzelnen Anfälle gleichen sich in Symptomen und Verlauf. Der Anfall gestaltet den mimischen Ausdruck der Persönlichkeit gänzlich um, während des Anfalls besteht mehr weniger tiefe Bewusstseins-trübung bis zu völligem Stupor mit nachfolgendem partiellen Fehlen der Erinnerung, ausgesprochene Neigung zu Fluxionen zum Gehirn, Hallucinationen; delirirendes Gepräge der ganzen Störung. Intervallär bestehen: tarder Puls, mannigfache nervöse Symptome, auffällige sexuelle Erregbarkeit. Im Rahmen des ganzen Krankheitsbildes können sich Symptome anderweitiger Neurosen (in unserem Falle Hysterie) zeigen. Alle diese aufgezählten Merkmale finden sich in dem obigen Falle: nun aber haben wir es hier mit einem überhaupt noch nicht menstruirten Mädchen zu thun! Wenn ich trotzdem den Fall in Analogie mit der menstruellen periodischen Psychose bringe, so möchte ich hierfür neben der ganz prägnanten Uebereinstimmung mit den menstrualen Fäl-

len in Symptomen und Verlauf, als Begründung anführen: die Wiederkehr der Anfälle in etwa 4wöchentlichem Zeitraum, das Auftreten der Psychose in einem Alter, wo der Eintritt der Menses zu erwarten war, im Zusammenhalt mit dem Umstande, dass nach v. Krafft-Ebing's Beobachtung auch bei Ausbleiben menstrualer Blutung zur Zeit der periodisch wiederkehrenden Ovulation der Anfall sich einstellen kann, ganz besonders aber die Thatsache, dass auch nach eingetretener Genesung, als später die Menses sich einstellten, dieselben mit für diese Fälle sehr charakteristischen psychischen Störungen einhergingen, welche zwar geringfügig waren, aber in ihrer Art eine abortive Form der früher bestandenen menstrualen Psychose vorstellten. Der Stiefater der Kranken, sowie die letztere selbst, berichteten nämlich von Zeit zu Zeit über das Befinden; im Januar 87, zwei Monate nach der Entlassung, berichtete der Vater, dass das Mädchen ganz normal geblieben sei, nur trete zeitweise „plötzlicher Blutandrang zum Kopf mit jähem Erröthen“ auf. Im März 87 berichtete der Vater, dass „zu gewissen Zeiten eine grosse Erregtheit eintritt, welche mit Blutandrang zum Kopf und eigenthümlich stierem Blick einhergeht; jedoch so selten und in so geringem Grade, dass es „einem Unbefangenen gar nicht auffällt“. Im April 87 „traten die Menses ein. Sie kamen von dieser Zeit an ziemlich regelmässig, alle vier Wochen“. „Kurz vor und während dieser Zeit (Dauer der Menses 3 bis 5 Tage) ist sie lebhafter, spricht mehr, ist in ihren Bewegungen hastiger und unbedachter. Das Gesicht zeigt oft eine jähe Röthe. Ist sie bei gewöhnlicher Hausarbeit (z. B. Nähen) zu dieser Zeit beschäftigt, so starrt sie plötzlich wie traumverloren vor sich hin, legt dann plötzlich ohne Rücksicht auf die Anwesenheit anderer Personen die Arbeit fort, geht in ein Nebenzimmer, und schaut eine Zeit lang zum Fenster hinaus. Nachher nimmt sie ihre Arbeit ruhig wieder auf. Einen Grund für dieses Verhalten giebt sie auf unser Befragen nicht an, oder antwortet barsch: „Ich will sehen, was draussen vorgeht.“ — Ich selbst untersuchte die Kranke zuletzt im März 88. Die Neigung zu lebhaften Fluxionen nach dem Kopf bestand noch, sonst war somatisch und psychisch nichts Abnormes zu finden. Der Vater gab an, dass die von ihm brieflich beschriebenen zur Zeit der Menses auftretenden Störungen nur noch kaum angedeutet vorhanden wären.

In Erwägung all dieser angeführten Momente hat die Annahme, dass hier eine periodische Psychose zur menstrualen Zeit ohne Vorhandensein einer menstrualen Blutung auftrat, nichts unwahrscheinliches, wenn man nur bedenkt, dass die Geistesstörung in den Fällen von periodischen menstrualen Psychosen vielleicht nicht durch die

Blutung, sondern durch die Ovulation, deren äusserlich wahrnehmbares Anzeichen die menstruale Blutung nur ist, ausgelöst sein dürfte. Sehr interessant ist das Verhalten des Körpergewichts, welches in der Kurve I wiedergegeben ist: Schnelles beträchtliches Sinken' jeweils mit eintretendem Anfall, sodann langsamer Anstieg, zuletzt einhergehend mit der zunehmenden Genesung, ein konstantes Zunehmen des Körpergewichts.

Ich möchte noch erwähnen, dass manche Momente (plötzlicher Beginn, Bewusstseinstörung, Amnesie, auch das Verhalten des Körpergewichts) an eine epileptische Psychose denken lassen (welche ja ebenfalls reflectorisch durch den menstrualen Vorgang ausgelöst sein könnte). In der That hat man überhaupt für einen Theil der Fälle von periodischer menstrualer Psychose die Auffassung derselben als epileptische Psychose geltend zu machen gesucht*) und auch v. Krafft-Ebing (l. c. Seite 106) giebt die Berechtigung dieser Auffassung für einen Theil der Fälle zu. Was nun unsern Fall anlangt, so möchte ich bei dem Mangel jeglicher erweisbarer epileptischer Antecedentien oder epileptischer Symptome, bei dem günstigen Ausgange, sowie in Anbetracht des Umstandes, dass das beobachtete Verhalten des Körpergewichts sich in dieser Weise ebenso bei periodischer Psychose findet**), den Fall nicht als epileptische Psychose ansehen, da wir wissen, dass das Symptom der Amnesie durchaus nicht in so ausschliesslicher Weise, wie Samt dies seiner Zeit in seiner berühmten Arbeit angab, den epileptischen Psychosen zukommt, sondern sich bei einer Reihe andersartiger psychischer Störungen (acute Verwirrtheit, acute Dementia, Intoxicationsdelirien u. s. w.) findet. Weit eher könnte man vielleicht hier bei dem Vorhandensein von hysterischen Anfällen, Hyperaesthesie, sexueller Erregbarkeit von hysterischer Psychose (hysterische Dämmerzustände) sprechen. Ich glaube indess, da vor und nach dem Auftreten der gesammten psychischen Störung hysterische Symptome nicht vorhanden waren und was die einzelnen Anfälle psychischer Störung anlangt, nur bei einem derselben hysterische Krampfanfälle beobachtet wurden, die Psychose nicht als eine hysterische bezeichnen zu sollen, sondern fasse die hysterischen Symptome als Combination auf, umsomehr, da, wie erwähnt, v.

*) Weiss: Psychiatr. Studien, herausgegeben von Leidesdorf S. 24 u. Wiener med. Wochenschr. 1876. No. 17, 18. Schüle, Lehrb. II. Aufl. S. 571. Kirn l. c. S. 98.

**) Fürstner, D. Arch. f. klin. Med. 1890. S. 273.

Krafft-Ebing in seinen Fällen häufig das Bestehen von Symptomen anderweitiger Neurosen beobachtete.

Die eben gegebene Auffassung des Falles erhält nun eine weitere Ergänzung durch einen anderen hier zur Beobachtung gekommenen ganz analogen Fall.

Fall VII.

Maier Mathilde, 15 Jahre (geb. 24. April 73), aufgenommen 30. Juni 88.

Schwester des Vaters ist geisteskrank, sonst nichts auf hereditäre Belastung Hindeutendes vorhanden, Eltern und Geschwister gesund. Patientin entwickelte sich normal, lernte in der Schule mässig gut, war bisher stets gesund. Am 24. Juni klagte sie über Kopfschmerzen, seit dem 26. Juni bestand starke Erregung: schrie, sang, betete, lief im Orte umher, verweigerte die Nahrung, war schlaflos. Pat. ist bisher nicht menstruiert gewesen, nach dem ärztlichen Attest bestehen seit einem halben Jahre „starke chlorotische Beschwerden“. Stat. präsens: Sehr gracil gebautes, dürrig genährtes, blass aussehendes Mädchen; Conjunctivae und Lippenschleimhaut sehr blass. Schädel klein, schmale Stirn, steiles Hinterhaupt, rechte Gesichtshälfte überwiegt. Spärlich ausgebildete Mammae. Somatisch sonst nichts Abnormes. Pupillen mittelweit, gleich, reagieren. — Die Kranke ist in mässiger Unruhe, verlässt fortwährend das Bett, rüttelt an den Thüren, ruft nach ihrem Vater und ihrer Mutter; sie ist nicht orientirt, giebt auf Fragen zum Theil ganz unzusammenhängende, auf ihre Familie bezügliche Antworten; nur ganz einfache Fragen, z. B. nach Namen, Alter und dergl. werden richtig beantwortet. Der Gesichtsausdruck ist ängstlich, rathlos. Spontan spricht Patientin wenig, weint häufig, lacht dazwischen, horcht dann wieder gespannt, anscheinend auf Stimmen. Gegen Abend wird sie unruhiger, trommelt an Thüren und Fenstern, wird isolirt.

1. Juli. Ist unruhiger als gestern, singt viel; stellt plötzlich und abgerissen kurze Fragen: „warum denn?“ „was soll ich denn?“ Auf an sie gestellte Fragen antwortet sie ganz verkehrt, z. B.: „Haben Sie geschlafen?“ — „er hat's doch der Mama versprochen.“ „Warum bleiben Sie nicht zu Bett?“ „ich bin nicht schuld daran.“ Sieht zeitweise mit starrem, aufmerksamem Blick in die Ecken, unter's Bett. Nimmt sehr wenig Nahrung.

2. Juli. War in der Nacht sehr unruhig, ist auch heute sehr unruhig, Stimmung ist heute weniger ängstlich, eher heiter, gehoben: singt lustige Lieder. Patientin erkennt die Umgebung, hält Kranke für Bekannte, den Arzt für einen Lehrer.

3. Juli. Wurde gestern Abend ruhiger, schlief in der Nacht; bleibt heute zu Bette liegen, giebt ruhig und klar Auskunft. Sie erinnert sich der Vorgänge in der Zeit der Erregung nur unklar, weiss sich nur wenig an die Verbringung in die Klinik zu erinnern. Sie erinnert sich, dass ihre Krankheit mit Kopfschmerzen angefangen habe, später habe sie Angst gehabt, die hier (zeigt auf die Präcordien) gesessen habe. Weshalb und vor was sie Angst gehabt habe, könne sie nicht mehr recht angeben; Gehörstäuschungen scheint

sie gehabt zu haben; sie erzählt, dass häufig Leute um sie herumgestanden hätten, sie gefragt hätten, wie sie heisse und gesagt hätten, sie sei nicht brav. Auch Geschmacks- und Geruchstäuschungen scheinen vorhanden gewesen zu sein: das Essen habe so eklich geschmeckt und gerochen. Sie giebt an, dass sie früher nie Krampfanfälle gehabt habe, nie sich auf Zunge und Lippen gebissen, nie Morgens Speichel oder Blut an ihren Bettstücken gehabt habe, nie morgendlicher Kopfschmerz oder dergl. Auch zur Zeit kein Zungen- oder Lippenbiss zu finden.

8. Juli. Ist vollkommen rubig und geordnet, ist seit gestern ausser Bett, beschäftigt sich, Schlaf und Appetit sind sehr gut. Psychisch: zur Zeit gar nichts Abnormes zu finden. Patientin scheint von Hause aus mässig schwachsinnig zu sein. Sie rechnet nicht sehr gewandt, hat nur sehr geringe Schulkenntnisse.

16. Juli. Anhaltend völlig normal, Körpergewicht nimmt sehr zu, Aussehen ist sehr gut. Blässe der Schleimhäute noch vorhanden, aber nicht mehr so stark wie bei der Aufnahme. Gutmüthiges, fleissiges etwas schwachsinniges Mädchen.

24. Juli. Urlaubsweise nach Hause entlassen.

27. August. Wiederaufnahme: war zu Hause ganz normal bis vor 6 Tagen, am 21 August; seit diesem Tage ist sie ängstlich, erregt, sehr unruhig, verlässt die Wohnung, schläft Nachts nicht, isst nichts. Bietet bei der Aufnahme genau dasselbe Bild wie bei der vorigen Aufnahme, nur ist die Angst und die Verwirrtheit noch erheblich grösser. Patientin ist nicht im Stande, irgend eine correcte Antwort zu geben, der Gesichtsausdruck ist ängstlich, gespannt. Patientin seufzt und stöhnt viel, macht Abwehrbewegungen, nimmt von der Umgebung gar keine Notiz. Nahrungs-Aufnahme sehr schlecht. Patientin sieht sehr schlecht aus, wiegt 6 Pfund weniger als bei ihrer Entlassung.

28. August. Schief in der Nacht wenig, verliess häufig das Bett, irrte in dem Saale umher, rüttelte an den Thüren. Die Angst besteht fort, ebenso deutet das Benehmen und der Gesichtsausdruck noch darauf hin, dass Pat. von Hallucinationen beherrscht ist; irgend eine Antwort oder Auskunft ist jedoch von der Pat. nicht zu erhalten. Nimmt fast gar keine Nahrung.

30. August. Seit heute etwas ruhiger und zugänglicher, bleibt endlich etwas zu Bette liegen. Klagt über Angst, die sie hauptsächlich praecordial localisirt. Die Nahrungsaufnahme besser.

31. August. Ist ruhiger, heiterer, aber nicht ganz klar, erkennt die Umgebung wieder, spricht und singt viel, bleibt mehr zu Bett und nimmt reichlich Nahrung.

2. September. Seit heute Morgen ist Pat. anscheinend ganz klar; giebt an, sie sei wieder krank gewesen, es habe mit Kopfschmerzen angefangen, dann habe sie singen und herumlaufen müssen, später habe sie, „arge Angst“ gehabt, habe Gestalten gesehen, Stimmen gehört, alles sei so ganz anders gewesen; erst seit heute morgen kenne sie sich wieder aus, wisse, dass sie zum zweitenmale hier sei, weil sie wieder krank geworden sei. Gesichtsaus-

druck ist wieder ganz verändert; Pat. ist wieder das heitere, gutmüthige Mädchen, wie bei dem vorigen Aufenthalte.

10. September. Blieb völlig klar, hält sich ruhig und geordnet, beschäftigt sich fleissig.

27. September. Blieb andauernd normal, auch zur Zeit der vermuthlichen fälligen Menses (20.—25. September) nichts Abnormes wahrzunehmen.

10. October. Körpergewicht nimmt sehr zu. Pat. sieht frisch und blühend aus, ist andauernd ganz normal.

21. October. Pat. ist seit heute früh völlig verändert; weinerlicher ängstlicher Gesichtsausdruck, gereiztes Benehmen, spricht sehr viel und hastig, wirft ihre und anderer Kranker Arbeiten herum, isst Nichts. Nachmittags wird sie sehr unruhig, singt und betet, schlägt nach Kranken und Wärterinnen, muss isolirt werden. Sehr congestionirtes Gesicht.

22. October. War in der Nacht sehr unruhig, beschmutzte das Isolirzimmer; ist heute sehr erregt, springt und tanzt, dazwischen steht sie mit starrem Blicke und sieht in's Leere. Antwortet fast gar nicht auf Fragen. Hochgradig congestionirtes Gesicht. Nahrungsaufnahme leidlich gut.

24. October. Seit heute Morgen ruhiger, aber nicht ganz klar; sie erkennt zwar die Umgebung richtig, ist indessen ganz ängstlich und bringt ganz abrupte Aeusserungen vor. Mit Mühe ist aus letzteren zu entnehmen, dass sie sich auf sexuelle Dinge beziehen; Pat. scheint Sensationen in der Genitalsphäre zu haben. Sie deutet an, dass sie sich so sehr schäme, dass man nichts Schlimmes von ihr denken möge, man möge ihr es doch nicht vorwerfen (Hallucination?), sie sei immer „anständig in dieser Art“ gewesen; „darüber habe ich nie gesprochen“; wenn der Arzt ihr aber sage, sie müsse es sagen, so wolle sie es sagen.

26. October. Ganz ruhig aber nicht klar, leicht ängstlich, sieht nicht mehr so congestionirt aus.

27. October. Ist wieder ganz klar, ruhig, vollste Krankheitseinsicht; betreffs der merkwürdigen Aeusserungen vom 24. October befragt, wird sie sehr verlegen, bittet, nicht davon zu sprechen, das wären Träume gewesen. Gesichtsausdruck hat sich über Nacht wieder total geändert, ist heiter, freundlich.

10. November. Anhaltend normal. Körpergewicht nimmt wieder sehr zu.

20. November. Andauernd ruhig klar. Schlaf und Appetit sehr gut. Beschäftigt sich fleissig.

25. November. Gestern Nachmittag fiel auf, dass das sonst gleichmässige heitere, ruhige und freundliche Mädchen gereizt, barsch und abweisend war; Gesicht sehr congestionirt, Puls (bis jetzt bei den Anfällen nicht verändert) sehr frequent, 104. In der Nacht schlief sie schlecht, sprach häufig im Schlafe. Heute Morgen antwortet sie wenig, sieht sehr congestionirt aus, ist offenbar ängstlich, irrt ohne Notiz von der Umgebung zu nehmen, im Saale umher, springt dann plötzlich an die Thüre und trommelt daran.

26. November. Mässig unruhig, singt, weint, lacht, betet abwechselnd; giebt wenig Antwort; bleibt zu Bett liegen.

28. November. War letzte Nacht sehr unruhig, musste isolirt werden; heute Morgen in heiterer Stimmung, lacht viel, singt Lieder, tanzt. Gesicht stark geröthet; Puls anhaltend frequent 96—108.

30. November. Seit gestern ganz ruhig, klar und orientirt. Krankheitseinsicht. Ziemlich gute Erinnerung für die Zeit der Erregung, es sei wieder über sie gekommen, sie habe „Stimmen“ gehört, die sie bedroht und beschimpft hätten, habe sich nicht mehr ausgekannt; Gestalten will sie nicht gesehen haben. Gesichtsausdruck wieder normal. Röthe des Gesichts geschwunden.

10. December. Körpergewicht nimmt wieder sehr zu; ist heiter, sehr fleissig, ganz normal.

18. December. Klagte heute Vormittag über Kopfschmerzen, Nachmittag stellte sich Erbrechen und Uebelkeit, ohne Temperatursteigerung ein. Geröthetes Gesicht. Leichte Depression.

19. December. Kein Erbrechen mehr; Appetit gut, Gesicht geröthet. Puls 88. Leichte Depression, fragt viel, ob sie wieder gesund würde, klagt über „Heimweh“.

20. December. Gesicht nicht mehr geröthet, Puls 84. Deutliche Depression; weint, hat keine Lust zum Arbeiten.

21. December. Ist wieder ganz heiter.

23. Januar 1889. Patientin, welche bis gestern keine Veränderung bot, fing gestern Abend gegen 8 Uhr plötzlich an, zu weinen, dann heftig zu lachen, wurde unruhig, sprach auf Befragen gar nichts. In der Nacht sehr unruhig, schlaflos, sang und declamirte. Heute Morgen sehr heiter, spricht viel, das Gesicht ist sehr geröthet. Auf Fragen antwortet sie wenig oder abweisend: „das geht Sie nichts an, lasst mich thun was ich will“. Puls 112!

24. Januar. Wechselnd heiter und ängstlich, Gesichtsausdruck starr. Patientin verharret oft lange Zeit in derselben (manchmal ganz unbequemen) Stellung; giebt auf Fragen nur kurze abweisende Antworten.

25. Januar. Klinische Vorstellung: rascher Stimmungswechsel; anfangs durchaus gehobene Stimmung, Gesichtsausdruck heiter, Wangen lebhaft geröthet, lacht und spricht viel, ist kaum zu fixiren; plötzlich wird Gesichtsausdruck und Haltung ernst, starr, dann wieder ängstlicher Gesichtsausdruck. Puls 112.

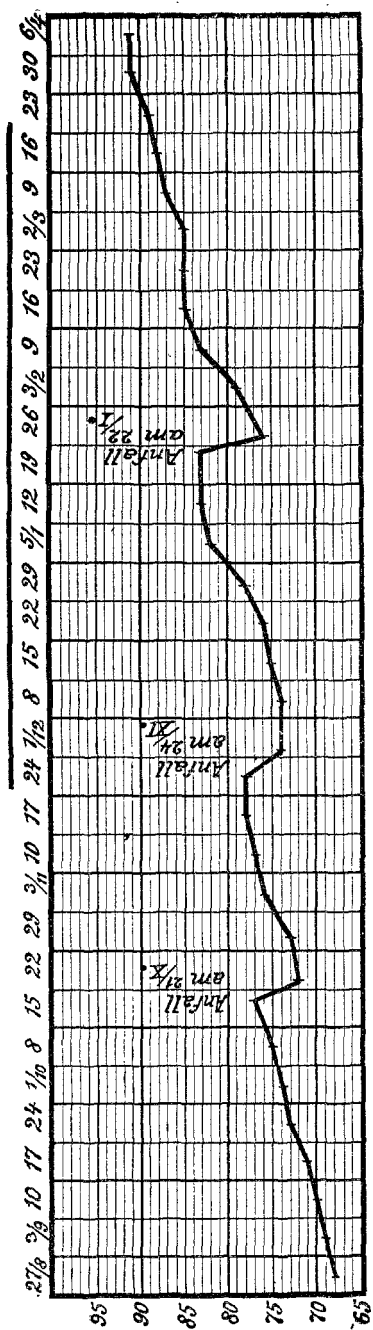
28. Januar. Unverändert. Motorische Unruhe sehr gering. Tiefe Benommenheit. Wechsel von angstvoller Depression und heiterer Exaltation. Puls anhaltend sehr frequent, Gesicht nicht mehr so stark geröthet. Körpergewicht in dieser Woche von 83 auf 76 Pfund gesunken.

2. Februar. Seit vorgestern langsame Besserung. Seit heute wieder ganz klar. Volle Krankheitseinsicht. Erinnerung sehr lückenhaft; von der klinischen Demonstration weiss sie fast gar nichts; nur, dass sie in einem „grossen Saale mit vielen Lichtern war“. — Puls 88.

4. Februar. Ruhig, klar, Gesichtsausdruck frei.

6. Februar. Ausser Bett, beschäftigt sich; ist ganz normal.

Curve II. (Fall Maier).



15. Februar. Körpergewicht nimmt sehr zu. Patientin ist freundlich, heiter, fleissig.

25. Februar. Körperlich und geistig andauernd ganz normal, auch zur Zeit der fälligen Menses (20.—25. Februar) Körpergewicht stetig zunehmend.

15. März. Status idem.

7. April. Patientin, welche andauernd ganz normal geblieben war und im Ganzen hier 23 Pfund, seit dem letzten Anfall (26. Januar) 15 Pfund zugenommen hat, wird heute geheilt entlassen. Patientin blieb genesen nach Berichten des Vaters vom Juni 1890, März 1890 und Januar 1891; die Menses sind seit November 1890 regelmässig vorhanden, ausser geringer Uebelkeit während derselben psychisch und somatisch nichts Abnormes.

Der Fall bietet in wirklich auffallender Weise ein Analogon zu Fall V. Hier wie dort sehen wir rasch beginnende und endigende mehrtägige psychische Störung in Form eines Erregungszustandes, welcher mit Bewusstseinstrübung und nachfolgender partieller Amnesie, Hallucinationen, totaler Veränderung der Mimik, lebhaften Fluxions-Erscheinungen einhergeht, bei beiden Fällen Störungen in der Sexualsphäre. Eine sehr bemerkenswerthe Uebereinstimmung findet sich auch im Verhalten des Körpergewichts (siehe Kurve II).

Die Zeiträume, in denen die Anfälle auftraten, sind aus nachfolgender Zusammenstellung ersichtlich.

Fällige Menstruation:

ca. 20. Juni.
 „ 20. Juli.
 „ 20. August
 „ 20. Septemb.
 „ 20. October.
 „ 20. Novemb.
 „ 20. Decemb.
 „ 20. Januar.

Anfall:

24. Juni bis 2. Juli.
 kein Anfall.
 21. August bis 2. Septemb.
 kein Anfall.
 21. October bis 27. Octob.
 24. Novemb. bis 29. Nov.
 Am 28. Decemb. notirt Kopfschmerz, Erbrechen, Uebelkeit, Depression.
 22. Januar bis 2. Februar.

Bei dem zweiten und vierten Menstruationstermin trat kein Anfall auf, bei dem 7. ist er nur abortiv angedeutet, sonst hält er sich ziemlich genau an den supponirten Menstrualtermin.

Bei beiden Kranken erfolgte der Ausgang in Genesung. v. Krafft bezeichnet in der oben citirten Arbeit (S. 103) die Prognose der Fälle als eine „ungünstige, wie die der periodischen Psychose überhaupt“, womit unsere Fälle also nicht übereinstimmen würden. In seinem später er-

schieneenen Lehrbuch (II. Auflage Band II. S. 276) allerdings äussert sich K. dahin, dass die Prognose „bei nicht veraltetem Leiden“ keine ungünstige sei. Aetiologisch ist in beiden Fällen als praedisponirendes Moment erbliche Belastung anzuführen. Den Anstoss zur Erkrankung des praedisponirten Centralnervensystems gab dann der in beiden Fällen mit hochgradiger Anaemie einhergehende Beginn der Pubertät. Mit Besserung der Anaemie war offenbar das Nervensystem widerstandskräftig genug geworden, um auch bei vorhandener menstrualer Blutung auf den Vorgang ohne ernstere Störung oder mit nur angedeuteten psychischen Anomalien zu reagieren.

Auch in dem folgenden Falle ist ohne Zweifel aetiologisch ein Zusammenhang der Psychose mit dem Eintritt der Pubertät bei dem ebenfalls erblich belasteten Mädchen anzunehmen. Eine präzise Bezeichnung der Psychose, die hier vorhanden war, ist indessen nicht möglich, da die Kranke bereits genesen zur Klinik kam und hier kein Anfall beobachtet wurde. Der ausserhalb der Klinik beobachtete Anfall ähnelte etwas (rascher Verlauf, nachher Erinnerungsdefecte!) den in den beiden vorigen Beobachtungen beschriebenen Anfällen.

Fall VIII.

Barbara Hauck 14³/₄ Jahre alt, geboren 20. September 1875, eingetreten 5. Juni 1890. Eine Cousine der Kranken, Tochter des Bruders der Mutter litt wiederholt an „Tobsuchtsanfällen“. Grosseltern und Eltern angeblich gesund, ebenso sämtliche 14 ältere Geschwister. Die Kranke war, abgesehen von häufiger Conjunctivitis, früher stets gesund, lernte in der Schule gut. Im Januar dieses Jahres mässig heftige Influenza. Vom 8.—12. April dieses Jahres bestanden zum ersten Mal die Menses, ohne besondere Erscheinungen, seitdem blieben sie wieder weg. Am 21. Mai fing die Kranke plötzlich an, mit den anderen Familienmitgliedern zu zanken, klagte, dass man sie nicht in Ruhe liesse, über sie dummes Zeug schwatze. Der am 22. Mai hinzugezogene Arzt fand sie sehr aufgeregt, es bestand Ideenflucht, grosses Selbstbewusstsein, Schlaflosigkeit. Patientin klagte, dass die Kinder gesagt hätten, sie sei närrisch, war gereizt, absprechend, sagte in Bezug auf die Wohnung der Eltern, in diesem Loch könne sie nicht gesund werden. Der Appetit war gut, die Kranke war zwar ziemlich unruhig, liess sich aber doch zur Noth im Bett verpflegen. Am 29. Mai war sie bereits ruhiger und 1—2 Tage darnach ganz normal.

Status bei der Aufnahme in die Klinik am 5. Juni. Graziöses, blasses, schlecht genährtes Mädchen. Intelligenter Gesichtsausdruck. Innere Organe normal. Mammae schwach entwickelt. Sensibilität, Motilität, Reflexe ohne Störung. Leichte Asymmetrie des Gesichts, rechte Hälfte etwas erwiegt. Die Kranke ist orientirt über Zeit und Ort. Intelligenz ganz gut, ihrem Alter und Stande entsprechend. Patientin hat Erinnerungsdefecte für die Zeit der Erregung, so

z. B. kann sie sich der Besuche des Arztes nicht richtig erinnern. Giebt an, sie sei ärgerlich und aufgereggt gewesen, weil man so viel über sie gesprochen habe. (Gehörshalluciationen?) Zur Zeit nicht die geringste psychische Anomalie nachweisbar.

7. Juni. Eintritt der Menses. Psychisch ganz normal.

12. Juni. Menses vorüber.

15. Juni. Beschäftigt sich fleissig, bietet psychisch gar nichts Abnormes. Ihr Ernährungszustand wird zusehends besser.

5. Juli. Menses ohne jegliche Störung.

19. Juli Patientin, die während der ganzen Zeit ihres Aufenthaltes nicht die geringste psychische Abnormalität darbot und hier um 12 Pfund zugenommen hat, wird heute entlassen.

Bei der ebenfalls zur Zeit der Pubertät entstandenen Psychose des nachstehenden Falles handelt es sich um eine Manie.

Fall IX.

Helene Fuchs, Tagelöhnerstochter, 14³/₄ Jahre alt, (geboren am 4. August 75) aufgenommen am 26. Mai 90.

Vater litt in seinem 14. Jahre an Geistesstörung, die 10 bis 11 Monate dauerte, er ist jetzt noch erheblich schwachsinnig. Ein Bruder des Vaters war ebenfalls geisteskrank und starb in einer Irrenanstalt. Sämmtliche 5 Geschwister der Kranken starben im ersten Lebensjahre an „Gichtern“ (Krämpfen). Patientin stotterte von Jugend auf, lernte in der Schule sehr schwer, wurde ihres Schwachsinn halber von anderen Kindern viel geneckt. Sie ist noch nicht menstruiert. Am 21. Mai begann sie im Anschluss an einen Streit mit einem andern Mädchen sehr erregt zu werden: lief in der Stadt umher, kaufte allerlei Sachen zusammen, lief öfters zum Pfarrer, um mit ihm zu beten; sah von ihrem Bett aus die Mutter Gottes, fiel vor ihr auf die Knie, sang Kirchenlieder; seit gestern wesentliche Steigerung der Unruhe, unaufhörliches Sprechen, Singen und Gesticuliren. Die Nahrungsaufnahme war gut.

Stat. präs. Für sein Alter kleines, gracil gebautes, sehr schlecht genährtes Mädchen. Soweit die Unruhe der Kranken eine Untersuchung zulässt, erscheinen die inneren Organe, Sensibilität, Motilität u. s. w. normal. Schädel im Ganzen klein und schmal, asymmetrisch, ebenso das Gesichtsskelet, rechte Hälfte überwiegt, rechte Lidspalte weiter als die linke; steiler Gaumen. Temp. 36,8, Puls 110. Patientin ist in fortwährender motorischer Unruhe, springt im Zimmer umher, greift nach Allem, was ihre Aufmerksamkeit erregt (Uhrkette, Schlüssel und dergl.), in täppischer Weise, wie ein kleines Kind. Fortwährendes Grimassiren, Lachen, Sprechen; die Sprache durch Stottern behindert, das, was sie vorbringt, zum Theil unverständlich. Patientin associirt nach dem Gleichklang, macht sinnlose Reime, knüpft an hingeworfene Worte an, das Producirte ist monoton, schwachsinnig und kindisch, entspricht einem sehr geringen Vorrath von Vorstellungen. Es ist nicht mög-

lich mit der Kranken längere Zeit ein geordnetes Gespräch zu führen, sie giebt wohl Auskunft über Namen und Alter, schweift dann aber sofort ab, um von der „Mutter Gottes“, „dem Himmel“, dem „Blut“ zu schwatzen. Sie schlägt zuerst der Wärterin das Essen aus der Hand, um dann nach einigen Minuten gierig über dasselbe herzufallen. Patientin ist unrein. Ord.: Bettruhe, gute Ernährung, tägliche Bäder.

27. Mai. Patientin war die ganze Nacht hindurch andauernd unruhig, sehr laut.

30. Mai. Patientin bleibt nicht zu Bett, muss meist isolirt sein; Nachts ist sie schlaflos und sehr lärmend. Nahrungsaufnahme mässig gut.

3. Juni. Patientin ist seit gestern ruhiger; ist bei Tage im Garten, die motorische Erregung ist geringer, fortwährendes Lachen, Schwatzen, Grimassiren besteht noch, aber in geringerem Grade, so dass Patientin bei den anderen Kranken im Saal oder im Garten sein kann. Heute Morgen zum ersten Male menstruiert.

5. Juni. Menses abgelaufen.

8. Juni. Ist viel ruhiger, bleibt zu Bett liegen, erinnert sich ihres unruhigen Verhaltens, sie sei „so vergnügt“ gewesen. Schläft Nachts gut, nimmt reichlich Nahrung.

11. Juni. Patientin setzte sich heute Nacht plötzlich im Bette auf, fing mit lauter Stimme zu singen an „Herr Gott Dich loben wir“ u. s. w., sprang auf, klopfte an den Thüren, schimpfte die Wärterin, musste isolirt werden. Heute Morgen ist sie sehr unruhig, schlägt nach der Umgebung, schwatzt, lacht; Stimmung gehoben, lebhaftes Mienenspiel, das den in der Ruhe sehr einfältigen Gesichtsausdruck eigenthümlich (affenähnlich) gestaltet.

1. Juli. Erregung dauert in gleicher Stärke an. Patientin ist bei Tage häufig im Garten, weint, lacht und schreit fast beständig, läuft dabei fortwährend umher oder wälzt sich am Boden. Stimmung sehr wechselnd. — Nachts muss sie stets isolirt werden, ist meist schlaflos und lärmend, Nahrungsaufnahme gut

10. Juli. Sehr starke Erregung, ist auch bei Tage isolirt. Die Versuche, sie in den Garten zu lassen, enden gewöhnlich damit, dass sie den anderen Kranken die Kleider abreisst, oder ähnliche störende Akte vollführt. Stimmung ganz wechselnd, bald ist sie heiter, bald schreit oder weint sie. Körpergewicht sinkt rasch, im Ganzen bis jetzt um 12 Pfund.

20. Juli. Sehr starke anhaltende Erregung, tobt und schreit fast fortwährend, schlägt sinnlos an die Thüren. Schläft fast gar nicht. Sprachliche Production gering: sinnlos aneinandergereihte Bibelsprüche, Gesangbuchverse und dergleichen.

15. August. Ganz unverändert. Körpergewicht nimmt immer mehr ab.

15. September. Status idem.

1. October. Ist seit einigen Tagen etwas ruhiger, kann bei Tage im Saal bei den anderen Kranken sein. Nachts Isolirung noch nothwendig. Schlaf noch sehr gestört. Seit längerer Zeit ist Patientin sehr heiser.

10. October. Ist auch Nachts ruhiger, schläft auf dem gemeinsamen

Schlafsaal. Patientin antwortet auf Fragen, giebt im Verhältniss zu ihrem Schwachsinn leidlich verständige Auskunft, hat Krankheitseinsicht, hofft bald gesund zu werden und nach Hause zu kommen.

13. October. Die Heiserkeit hat sich rasch zu völliger Aphonie gesteigert. Laryngoscop. Untersuchung gelingt nur unvollkommen: Röthung und Schwellung der wahren und der falschen Stimmbänder lässt sich constatiren; ausserdem starke Laryngitis. Bettruhe, Priessnitz'scher Umschlag, Inhalat. von solut. Natr. chlorat.

15. October. Aphonie keineswegs gebessert, stwas Dyspnoe, namentlich im Schlaf, deutlicher Stridor. Psychisch: Bedeutende Besserung, giebt gut Auskunft, ist über Ort und Zeit ganz gut orientirt.

20. October. Dyspnoe nimmt zu, Temperatur stets subfebril.

26. October. Temp. am 25. October: 38,2, heute 38.6. Dyspnoe hat bedeutend zugenommen. Nasenflügelathmen; Schlaf Nachts durch Erstickungsangst gestört. Ernährungszustand sehr schlecht. Dämpfung über der R. Lungenspitze.

27. October. Patientin wird wegen der zunehmenden Dyspnoe auf die chirurgische Klinik verlegt. Sie wurde daselbst im November tracheotomirt, bekam ein Wunderysipel mit nachfolgenden Abscessen; später entwickelte sich rapide verlaufende Lungenphthise, an welcher Patientin am 6. Dezember starb.

Was die Symptome der obigen Manie anlangt, so entsprach die Gestaltung derselben auf psychischem Gebiete dem sehr jugendlichen Alter der Patientin. Ich kann diesbezüglich auf die in der Krankengeschichte gegebene Beschreibung verweisen, in dieser Hinsicht ist die Psychose des Falles, obwohl sie zur Zeit des Eintritts der Pubertät beginnt, eine echt „infantile“ zu nennen.

Noch mehr trifft dies bei dem folgenden Fall zu, obwohl es sich bei diesem um ein schon 15 $\frac{1}{4}$ Jahre altes Individuum handelt.

Fall X.

Manie bei einem 15jährigen Knaben. Genesung.

August A. von O., geboren am 4. August 72, aufgenommen am 23. Dezember 87. Bruder des Vaters ist geisteskrank, in einer Irren-Anstalt. Vater der Mutter war geisteskrank, von den Geschwistern des Kranken litt ein Bruder an Epilepsie. Patient selbst soll sich normal entwickelt haben, lernte rechtzeitig laufen und sprechen. In der Schule war er nur ein mittelmässiger Schüler. Auf psychischem Gebiete war bis jetzt bei ihm ausser einem „Hang zu Träumerei, sowie Neigung, viel und ohne jede Auswahl zu lesen“ nichts auffallendes vorhanden; sehr braves, etwas auffallend stilles Kind. Vor drei Tagen wurde er ziemlich plötzlich, nachdem er nur am Tage vorher über

Kopfschmerzen geklagt hatte, (seit einigen Nächten soll er allerdings auch ein wenig unruhig geschlafen haben) sehr erregt, unruhig, sprach viel, recitirte Gedichte und Gesangbuchverse, sprach in alles hinein, kam dabei von Einem aufs Andere zu sprechen, war Ermahnungen, Strafen und dergl. ganz unzugänglich, schlug die Geschwister, biss und spuckte gegen die Mutter; er war Nachts total schlaflos, ass sehr wenig, trank sehr viel.

Stat. präs. Sehr gracil gebauter Knabe. in schlechtem Ernährungszustand. Conjunctivae und Lippenschleimhäute sehr blass. Patient ist für sein Alter sehr schlecht entwickelt, völlig kindlicher Habitus. In Körperbau und Aussehen entspricht er etwa einem 10—12jährigen Knaben. Schädel asymmetrisch, ebenso Gesichtsskelett, linke Hälfte überwiegt. Zähne zum Theil schief stehend, zum Theil verbildet, steiler Gaumen; beiderseits verwachsene Ohr läppchen; rechte Pupille weiter als die linke, beide prompt reagirend. Patellarreflexe leicht gesteigert. Im Uebrigen erscheinen Reflexe, Motilität, Sensibilität normal, soweit bei der starken Unruhe des Knaben genauere Prüfung möglich ist. Puls 96. Temperatur 37,9. Patient ist in lebhafter motorischer Unruhe, er wirft sich im Bett hin und her, wirft die Bettstücke durcheinander, spricht in einem fort. Er kommt dabei auf die verschiedensten Dinge zu sprechen, jedoch wiederholen sich gewisse Themata sehr häufig nach einiger Zeit. — Er recitirt den „Erkönig“, schliesst „in seinen Armen, das Kind war todt,“ fährt sogleich fort: „todt, tödter, am tödttesten; das haben wir in der Schule gelernt, oh, das kann man alles noch, was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr; Hans Dampf in allen Gassen; Gassenbube bin ich fein, sage her mein Sprüchlein; ei guck doch, das ist mal schön, ich muss immerzu pappeln. ich kann's nicht lassen, dass thut mir passen; passt's euch nicht, so ändert's euch; hört ihr Leute was ich kann; ich kann alles was ich will; will, still; dichten kann ich; sah ein Knab ein Röslein stehen!“ u. s. w. Wenn man den Patienten anredet, so ist der Redestrom für kurze Zeit zu unterbrechen, er beantwortet dann die an ihn gerichteten Fragen nach Alter, Personalien und dergl. richtig, zum Theil giebt er scherzhaft übermüthige Antworten, z. B.: Auf die Frage nach dem Alter: „so alt wie mein kleiner Finger.“ Die Stimmung ist eine gehobene, heitere. Patient isst hastig, gierig, spricht fortwährend dazu. Bettruhe, warme Bäder, gute Ernährung, Eisen-China.

24. Dezember. Schief in der Nacht fast gar nicht, sang und sprach in einem fort. Heute Morgen noch stärker erregt als gestern. Ungemein beschleunigter Ideen-Ablauf, zeitweise ist Patient kaum mehr zu verstehen, zeitweise wiederholt er monoton einige Worte z. B. „Mama, Papa, Mama, Papa“ oder „Schneider, Schuster, Schneider, Schuster.“ Die Nahrungsaufnahme ist ziemlich gut. Patient bleibt trotz der hochgradigen Unruhe zu Bett liegen. Urin ohne abnorme Bestandtheile.

27. Dezember. Zunehmende Erregung, die Stimmung ist zeitweise zornig, der Knabe schlägt dann nach (erwachsenen) Kranken oder Wärtern. Hochgradige Ideenflucht. Patient ist durch keine Frage mehr von seinem

Ideenablauf abzubringen. Er bleibt nicht mehr zu Bett, Schlaf sehr schlecht, Nahrungsaufnahme gering, verweigert Arznei.

29. Dezember. Hochgradige Unruhe, ist seit gestern isolirt, lallt ganz unverständliche Worte, lalatulu, memetese u. s. w. Schläft Nachts sehr wenig, schmiert mit Koth und Urin. Der Bewegungsdrang ist ganz triebartig: Patient trommelt monoton mit den Füßen an der Thüre oder tritt mit beiden Füßen abwechselnd den Boden, oder schlägt mit den Händen auf den Fussboden und dergl. mehr; nimmt sehr wenig Nahrung. Körpergewicht ist um 2 Pfund gesunken, von 67 auf 65 Pfund.

3. Januar. Anhaltende motorische Erregung, unaufhörliches Sprechen; Stimmung zornig, reizbar; bei Nacht schläft Patient etwas mehr. Nahrungsaufnahme ist etwas besser.

8. Januar. Seit vorgestern viel ruhiger, bleibt zu Bett liegen, nimmt sehr reichlich Nahrung, Ideenflucht geringer: Mehr und mehr fällt auf, dass Patient immer dasselbe Material dabei producirt, dieselben Gedichte und Sprichwörter recitirt (Erlkönig, sah ein Knab ein Röslein stehen, was Hänschen nicht lernt u. s. w.), Körpergewicht am 6. Januar 62 Pfund.

14. Januar. Anhaltend ruhiger, Nachts guter Schlaf, die Stimmung ist heiter, gehoben, das Vorgebrachte wiederholt sich stereotyp: „ich kann dichten und singen“ u. s. w., spricht weniger. Sehr guter Appetit. Körpergewicht am 13. Januar 64 Pfund.

21. Januar. Ist viel ruhiger, spricht sehr wenig, auf Anreden erfolgen sogar etwar scheue, gedrückte Antworten. Nachdem eine diesbezügliche Prüfung bei dem jetzt ruhigeren Kranken möglich ist, ergiebt sich, dass ein ziemlicher Grad von Schwachsinn besteht. Er ist, wie körperlich, so auch geistig auf der Stufe eines 10—12jährigen Knaben. Das erlernte Gedächtnissmaterial steht zwar zur Verfügung, indessen complicirteres Rechnen, sowie andere psychische Leistungen, bei denen es auf Schlussbildung ankommt, gehen schlecht von statten. Körpergewicht am 20. Januar 66 Pfund.

27. Januar. Ist anhaltend ganz ruhig, anscheinend leicht deprimirt; hat volle Krankheitseinsicht, ungetrübte Erinnerung an die Zeit der Krankheit. Er giebt an, dass er sehr unruhig gewesen sei, er habe so eine Unruhe gehabt, musste immerfort reden: „Es kam mir soviel ein,“ ferner erzählt er auf Befragen, dass ihm „Gestalten vorgekommen“ seien: „Weisse Frauen in langen Kleidern, so wie Gespenster haben sie ausgesehen,“ ferner Thiergestalten, z. B. Löwen, Stimmen will er nicht gehört haben, auch von anderen Sinnestäuschungen lässt sich nichts ermitteln. Körpergewicht am 27. Januar 68 Pfund.

2. Februar. Anhaltende Genesung. Die leichte Depression ist geschwunden, auch jetzt indess zeigt sich noch die oben geschilderte psychische Schwäche.

8. Februar. Körpergewicht am 4. Februar 70 Pfund. Ist völlig genesen, somatisch und psychisch nichts Abnormes nachweisbar.

12. Februar. Geheilt entlassen. Körpergewicht 71 Pfund.

Es handelte sich in diesem Falle um eine schwere Manie bei

einem erblich belasteten, von Hause aus schlecht beanlagten Knaben. Bewegungsdrang und Stimmungsanomalien waren sehr typisch ausgesprochen. Was die Ideenflucht anlangt, so konnte es für den ersten Anblick scheinen, dass das producirt Material sehr reichhaltig sei und nicht der Manie eines 15jährigen noch dazu in seiner Entwicklung zurückgebliebenen Knaben entspreche. Nachdem sich aber im weiteren Verlaufe zeigte, dass der Patient immer dasselbe Material, wenn auch in neuer Gruppierung producirt, so wurde klar, dass der Vorrath, aus dem er schöpfte, sogar sehr klein war, dass nur eben die erleichterte Association (im Verein mit der Stimmungsanomalie) bewirkte, dass das ganze verfügbare Material hervorgebracht wurde, was für den ersten Anblick den Anschein eines normalen, oder sogar für dieses Alter reichen Besitzes von Vorstellungen erweckte. Trotz der Schwere der Erscheinungen (hochgradige Schlaflosigkeit, sehr schlechter Ernährungszustand, zeitweise ungemein starker, triebartiger Bewegungsdrang) trat der günstige Ausgang verhältnissmässig rasch ein. Das Verhalten des Körpergewichts entsprach wie bei sämtlichen oben wiedergegebenen Fällen, den in dieser Beziehung bei Erwachsenen gemachten Beobachtungen.

Zu den bei der Besprechung der einzelnen Fälle hervorgehobenen Gesichtspunkten möchte ich hier noch einige allgemeine, auf die Kenntniss der Psychosen des frühen Lebensalters bezügliche, aus den obigen Beobachtungen sich ergebende Schlüsse hinzufügen. In sämtlichen 10 Fällen war erbliche Belastung, zum Theil in sehr erheblichem Masse vorhanden, die in acht Fällen nicht nur aus dem nachweisbaren Vorkommen von Psychosen und Neurosen in der Ascendenz oder von Krämpfen bei Geschwistern und dergl. hervorging, sondern auch bei den Kranken selbst in Gestalt der bekannten somatischen Degenerationszeichen nachweisbar war. Es spricht dies für die Annahme, dass ganz vorwiegend schwer erblich belastete, von Haus aus defect veranlagte Individuen in so frühem Lebensalter schon psychisch erkranken. Schwachsinn war in fünf Fällen vorhanden. Bemerkenswerth erscheint das auffallend häufige Vorkommen von Hallucinationen, (in 8 unter 10 Fällen) auch bei Psychosen, in deren Verlauf wir bei Erwachsenen seltener Hallucinationen beobachten, (Chorea, Manie, circuläre Psychose), sowie das dem kindlichen und jugendlichen Alter eigene, überwiegende Vorkommen der Gesichts-Hallucinationen. In sehr prägnanter Weise zeigen die mitgetheilten Fälle, wie mit fortschreitender Entwicklung — was aber nicht mit zunehmender Zahl

der Jahre zusammenfällt — die psychischen Störungen symptomatisch reichhaltiger werden, man vergleiche z. B. die Manien der Fälle I., II., IV. sowie IX. und X. Von den 5 ersten im eigentlichen Kindesalter erkrankten Individuen sind 3 Knaben und 2 Mädchen, unter den um die Zeit der Pubertät erkrankten dagegen sind 4 Mädchen und 1 Knabe, letzterer seinem Entwicklungsgrade nach zu den Kindern gehörend. Diese Thatsache erklärt sich ohne weiteres durch den weit tiefer greifenden Einfluss auf den ganzen Organismus, welchen die Evolutionsperiode beim Weibe übt. Der Ausgang war in meinen Fällen günstiger, als dies sonst für die Psychosen des Kindesalters angegeben wird: ein Kranker blieb ungeheilt, eine Kranke starb an Tuberculose, 8 genasen und sind nach zum Theil langen inzwischen verflossenen Zeiträumen bis jetzt genesen geblieben. Bei Fall VI. und VII. (periodische menstruale Psychose) und bei Fall IV. (circuläre Psychose) dürfte allerdings eine gewisse Disposition für erneute Erkrankung fortbestehen.
