

XXII.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Tübingen
(Prof. Dr. Siemerling).

Beitrag zur Lehre von der Melancholie.

Von

Dr. A. Schott,

Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik.

~~~~~

Während man früher annahm, dass jede Psychose mit einem melancholischen Vorstadium beginne und dann einer anderen Form psychischer Störung Platz mache, hat schon Griesinger angefangen die Depressionszustände zu umgrenzen und zu trennen.

Der alten Auffassung giebt Zeller Ausdruck, indem er sagt, „die Schwermuth ist nach unseren neuesten (1844) Beobachtungen die Grundform der meisten Seelenstörungen, so dass es ganz zur Ausnahme gehört, wenn sie übersprungen wird, oder ihr Mangel nur scheinbar ist, indem das melancholische Stadium entweder von der Umgebung nicht erkannt wurde, da es in vielen Fällen dem gesunden Leben und einer gesunden Traurigkeit nahesteht, oder von den Kranken selbst auf's Sorgfältigste verborgen wird, oder ein Zwischenraum von Monaten und Jahren die beiden Stadien der Melancholie und Manie von einander scheidet“.

Griesinger bespricht die psychischen Depressionszustände im allgemeinen und rubricirt darunter die Hypochondrie, die Melancholie im engeren Sinne, die Schwermuth mit Stumpfsinn, die Schwermuth mit Aeusserung von Zerstörungstrieben und die Schwermuth mit anhaltender Willensaufregung. Bei der Melancholie im engeren Sinne unterscheidet er Anomalien der Selbstempfindung, der Triebe und des Wollens. „Die wesentliche Seelenstörung in der Melancholie ist nach ihm ein psychisches Wehethun, welches für den Kranken selbst in einem Gefühl von tiefem geistigem Unwohlsein, von Unfähigkeit zum Handeln, von Unterdrückung aller Kraft, von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit,

in einer totalen Herabstimmung des Selbstgefühls besteht“. „Die schmerzliche Concentration unterdrückt die Lebhaftigkeit und den gesunden Wechsel des Vorstellens. Wenige Gedanken beschäftigen den Kranken anhaltend und er äussert fast nur monotone Klagen über sich selbst, die mit ihm vorangegangene Veränderung, über einzelne Ereignisse aus der Zeit der beginnenden Erkrankung etc. Anomalien der Sinnesempfindung und Bewegung begleiten häufig diese geistigen Störungen, theils die Empfindungen von Leerheit, Abgestorbensein des Kopfes, der Glieder, ja des ganzen Körpers, theils widrige Empfindungen auf der ganzen Hautoberfläche, die den Wahn des Elektrisirtwerdens erregen, theils Hyperästhesie des Gesichts und Gehörs. Das eigentliche Irresein der Sinne, die Hallucinationen und Illusionen haben ganz den Charakter und das Gepräge der schmerzlichen Gemüthsverstimmung“.

v. Krafft-Ebing in seiner klinischen Studie über die Melancholie spricht sich dahin aus: „Die Grunderscheinung im melancholischen Irresein ist die einfache Gemüthsdepression, der psychische Schmerz in seiner elementaren Aeusserung, den wir, analog der Neuralgie der sensiblen Bahnen des Hirn-Rückenmarks, als eine psychische Neuralgie, als eine Neurose der sensorischen Centren der Corticalis des Grosshirns auffassen können“. Bei den Veränderungen, welche die Melancholie auf psychischem Gebiete im Gefolge hat, unterscheidet er Störungen des Gefühls, des Vorstellungsablaufs und des Wollens. v. Krafft-Ebing stellt drei Gruppen von Melancholie auf: 1. *Melancholia sine delirio*, 2. die melancholische Verstimmung mit Präcordialangst; 3. die Melancholie mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, ausserdem *Melancholia passiva* und *stupida* einerseits und *Melancholia activa* andererseits.

Nach Schüle ist für die Melancholie charakteristisch: „1. eine krankhafte Affection des Gemüths in der Richtung einer schmerzlichen Verstimmung in allen Graden von der höchsten Verzweiflung bis zur stillen Resignation; 2. eine damit schritthaltende Gebundenheit des Vorstellungslebens theils durch Uebermacht einer einzigen, vom Schmerz-affect getragenen Gedankengruppe, theils durch eine allgemeine Hemmung des Denkprocesses in Folge schmerzhafter Hyperästhesie der den Denkaect, als solchen, begleitenden inneren Organgefühle; 3. eine Erschwerung oder Bindung der Willensäusserungen, primärer oder secundärer Entstehung.“

Stets gehen mit diesem psychischen Zeichenverband vasomotorische und trophische und namentlich sensible Störungen mit einher, letztere sehr häufig in Form von Neuralgien“.

Nach Mendel ist „die Melancholie eine functionelle Krankheit des Hirns mit abnormen psychischen Erscheinungen, dessen Ausgangspunkt

und Grundlage eine krankhaft gesteigerte schmerzliche Erregung der Psyche ist“.

Der wahrhafte Inhalt der melancholischen Stimmung ist nach Meynert Gewissensangst. „Der Mechanismus dieses Wahns liegt wieder begründet in populären Fehlschlüssen von Lebenslagen auf Stimmungen. Der Kranke schliesst aus der Stimmung auf Thatsachen. Die melancholische Empfindung verbindet sich mit einer Hemmung des Gedankenablaufes und der Willensimpulse. Die Melancholie ist ausgezeichnet durch den Mangel der functionellen Hyperämie.

Die traurige Stimmung ist ein gebundener Affect. Die Färbung des Affectes hängt von der Beziehung der Associationsmassen zur Functionshyperämie ab“. Meynert stellt 4 Formen von Melancholie auf:

1. Einfache Melancholie,
2. Melancholie des circulären Irreseins,
3. Periodische Melancholie,
4. Ungeregelte Melancholie.

Mendel unterscheidet neben der hypochondrischen, activen und passiven Form als Varietäten: 1. eine abortive Form der Melancholie (*Melancholia sine delirio*); 2. *Melancholia attonita*.

Nach Arndt ist „die Melancholie ein ganzer Symptomencomplex, bestehend aus einer gedrückten Gemüthsstimmung, einer krankhaften Unentschlossenheit und Willenlosigkeit, einer davon abhängigen Unthätigkeit, Wortkargheit und Gedankenarmuth, in welchem aber die gedrückte Gemüthsstimmung besonders hervortritt und darum auch eine spezifische Farbe verleiht“.

Wernicke unterscheidet zwischen affectiver und depressiver Melancholie, von welcher letzterer es ihm jedoch fraglich erscheint ob sie eine eigene Geisteskrankheit darstellt.

Das subjective Insufficienzgefühl ist nach ihm das bedeutungsvollste und charakteristische Symptom der affectiven Melancholie. Das Wesen derselben machen hauptsächlich subjective Beschwerden aus. Objective Symptome werden erst bei einer gewissen Krankheitshöhe bemerkbar, können aber leicht übersehen oder missdeutet werden. Es sind die Zeichen intrapsychischer Akinese, also wesentlich negative Symptome.

J. L. A. Koch rechnet die Melancholie zu den idiopathischen Psychosen. „Das psychische Weh und das psychische Unvermögen geben der Melancholie ihr spezifisches Gepräge.“

Ziehen: „Heute verstehen wir unter Melancholie eine Psychose, deren Hauptsymptome folgende sind:

1. primäre traurige Verstimmung,

2. primäre Verlangsamung des Vorstellungsablaufes oder Denkhemmung.

Das erste Symptom fehlt niemals, das zweite kann vorübergehend unter besonderen Umständen verdeckt werden“.

Ziehen stellt 3 Formen der Melancholie auf und zwar:

1. Melancholia passiva — Resolution herrscht vor.
2. Melancholia attonita — Spannung der Körpermuskeln überwiegt.
3. Melancholia agitata.

Kraepelin theilt in der I. Ausgabe seines Werkes die Melancholie in die Melancholia simplex, Melancholie mit Wahnideen und in die Melancholia activa ein. Die beiden ersten Formen reiht er unter die Depressionszustände, die letztere unter die Aufregungszustände ein. Etwas verschieden davon ist die Eintheilung in der 3. Auflage; er unterscheidet 3 Formen der Melancholie: die Melancholia simplex, activa und attonita, ausserdem führt er unter den Formen des Wahnsinns den depressiven Wahnsinn auf. Er schreibt über letzteren: „Der depressive Wahnsinn ist offenbar den melancholischen Zuständen nahe verwandt; er pflegt sich auch unter ähnlichen Verhältnissen zu entwickeln, wie jene letzteren, doch scheint die Prädisposition hier eine erheblich grössere ätiologische Rolle zu spielen. Auffallend häufig sind bereits in früheren Jahren psychische Erkrankungen vorhergegangen. Am wichtigsten aber für die Würdigung der Erkrankung ist wohl der Umstand, dass sie in klassischer Ausbildung fast ausschliesslich zwischen dem 40. und 60. Jahre, namentlich im Anfang der 50 er Jahre und zwar überwiegend beim weiblichen Geschlecht vorkommt. Wir haben in ihr gewissermaassen die typische Psychose des Climacteriums vor uns. Es liegt daher nahe, die Krankheit als die Reactionsform eines nicht mehr ganz „rüstigen“ Gehirnes und als den Uebergang von der Melancholie zu den senilen Depressionszuständen aufzufassen“. Die Eintheilung in der V. Auflage ist sowohl in Beziehung auf ihre Vorgängerinnen als auch grossentheils in Betreff der gegenwärtig herrschenden Anschauungen verschieden.

Kraepelin theilt die Psychosen zunächst in zwei grosse Gruppen ein: A. Erworbene Geistesstörungen. B. Geistesstörungen aus krankhafter Veranlagung.

Die Melancholie als „Zustandsbild“ fällt weg. Er versteht nunmehr unter Melancholie ausschliesslich eine Psychose des Rückbildungsalters, die er der ersten Gruppe zutheilt. Die jugendlichen Formen schreibt er hauptsächlich dem periodischen Irresein zu, welches letzteres er zu den unter B. aufgeführten Geistesstörungen rechnet.

In der neuesten VI. Auflage unterscheidet Kr. zwischen Formen

des Irreseins, welche durch äussere Ursachen hervorgerufen werden und solchen, bei deren Entstehung mehr und mehr die krankhafte Veranlagung in den Vordergrund tritt. Die Melancholie wird dem Irresein des Rückbildungsalters untergeordnet.

„Mit dem Namen der Melancholie bezeichnen wir alle krankhaften ängstlichen Verstimmungen der höheren Lebensalter, welche nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins darstellen.“

Diese klinische Stellung der Melancholie ist naturgemäss auf Widerspruch gestossen und wurden dagegen folgende Einwendungen gemacht:

Neisser schreibt in seinem Referat über die V. Auflage des Kraepelin'schen Werkes: „Ein besonderes Interesse beansprucht Kraepelin's Stellungnahme zu den bisher von ihm — im Wesentlichen in Uebereinstimmung mit den übrigen Autoren, ausser Kahlbaum und einigen anderen — als Melancholie bzw. Manie bezeichneten Psychosen. Was zunächst die sog. Melancholien anlangt, so sollen nach Kr. nur die im Rückbildungsalter auftretenden Depressionen, sofern sie nicht Verlaufsabschnitte anderer Formen des Irreseins, namentlich des circulären, darstellen — eine innere Zusammengehörigkeit darbieten. Für ihn bedeutet also nunmehr Melancholie schlechtweg eine Erkrankung des höheren Lebensalters und er erblickt darin eine Involutionserkrankung, der eine mehr weniger nahe Beziehung zur senilen Demenz zukommt. Die depressiven Verstimmungen der jugendlichen Altersstufen sind nach Kr. nicht zur Melancholie zu werfen. Dieselben gehören vielmehr nach ihm entweder dem periodischen Irresein oder den Verblödungsprocessen an, einzelne dem Entartungsirresein und vielleicht auch der Hysterie. Jene nunmehr als klinische Einheit vorgeführte Melancholie des Rückbildungsalters umfasst sowohl solche Fälle, bei welchen eine einfache Traurigkeit bei völliger Besonnenheit bzw. mässiger Ausbildung von Versündigungsideen herrscht, als auch solche Fälle, bei denen von Anfang an die Angst und Unruhe überwiegt. Eine scharfe Abgrenzung wird auch gegenüber denjenigen Fällen, bei denen von Anfang an die Angst bloss anfallsweise oder mit schwerer deliriöser Bewusstseinstrübung hereinbricht, nicht gezogen. Wie schon erwähnt, sind auch die früher unter dem Namen des depressiven Wahnsinns geschilderten Formen hier einbezogen, insbesondere wird auch das *délire des négations* an dieser Stelle behandelt. In einzelnen Fällen kann es, namentlich bei vorgeschrittener geistiger Schwäche, auch zur Entwicklung von Grössenideen kommen. Das Bewusstsein erscheint bei dieser Form öfter stärker getrübt, die Orientirung unklar, der Gedanken gang verworren, namentlich in den Zeiten stärkerer Erregung. Dennoch

ist man vielfach überrascht durch die Besonnenheit, mit welcher die Kranken auf Fragen Auskunft geben und ihre krankhaften Vorstellungen äussern. Die Prognose der Melancholie bespricht Kr. ohne Differenzierung der einzelnen aufgezählten Erscheinungsformen der Krankheit; sie müsse im Ganzen als eine zweifelhafte bezeichnet werden. Von seinen Kranken fanden 32 pCt. volle Genesung, weitere 23 pCt. konnten gebessert nach Hause zurückkehren, ungeheilt blieben 26 pCt., während 19 pCt. innerhalb der ersten 2 Jahre der Krankheit zu Grunde gingen. Vorgeschrrittenes Lebensalter verschlechtert die Vorhersage. Differentialdiagnostisch kommt das circuläre Irresein, das sich ebenfalls im Rückbildungsalter entwickeln kann, in Betracht. Die grösste Schwierigkeit soll die Abgrenzung von der progressiven Paralyse darbieten“.

Nach Neisser vermag Kr. nicht mehr auszusagen als alle anderen Psychiater.

Rückle, welcher unter specieller Berücksichtigung der Kraepelin'schen Auffassung 94 Fälle von Melancholie zusammenstellte, konnte sich dieser engen Fassung des Begriffes Melancholie nicht anschliessen.

Schüle schreibt über diesen Punkt: „Die Melancholie kann alle Altersstufen befallen, jeweils mit auszeichnenden klinischen Modificationen (Senium); auch gewisse ätiologische Momente (Masturbation u. s. w.) führen bestimmte Nuancirungen ein“.

Kracauer: „Jedem Lebensalter entspricht eine bestimmte Durchschnittsentwicklung des Gehirns, jedem Entwicklungszustande desselben kommt eine ihm eigenthümliche Ausbildung der seelischen Functionen zu, und, wie von vorneherein zu erwarten, ist auch deren pathologische Abweichung in charakteristischer Weise gekennzeichnet“.

Jolly: „Die von Kraepelin gegebene Darstellung der Melancholie unterscheidet sich nun aber nicht wesentlich von den für die Melancholie in dem bisherigen Sinne geläufigen Schilderungen; es ist nicht ersichtlich, weshalb gerade diese in der climacterischen Zeit auftretenden Fälle von Melancholie in der That Melancholie und nichts anderes sein sollen und weshalb bei ihnen die Benennung nach dem vorwiegenden Symptom genügt, während die in identischer Weise verlaufenden Zustände anderer Lebensalter eine ganz andere Deutung zu beanspruchen hätten“.

Rückle kommt am Schlusse seiner Arbeit zu folgendem Ergebniss:

1. „Die Melancholie ist vorzugsweise eine Erkrankung des vorgerückteren Alters, kann aber ausserdem in jedem Lebensalter auftreten. Trotz aller nicht abzustreitenden gemeinsamen Punkte unterscheiden sich die Formen des höheren Alters nicht wesentlich von denen des jugendlichen.

2. Es muss dem Ergebniss späterer Untersuchungen vorbehalten

bleiben, ob der Begriff der Periodicität in der Melancholie nicht etwa weiter gefasst werden soll, als es bisher geschehen ist.“

Wie wir aus Vorstehendem ersehen können, ist in Betreff der klinischen Stellung und der Definition der Melancholie bis jetzt noch keine Einheitlichkeit erzielt; dasselbe ist der Fall bei den verschiedenen Theorien über die Entstehung der Melancholie.

Nach J. N. Ramaer lassen Beobachtungen während des Lebens vermuthen, dass bei Schwermuth das Organ des Bewusstseins durch ungewöhnliche Verhaltung von Blutbestandtheilen gereizt, die fehlerhafte Blutbeschaffenheit aber durch eine perverse Thätigkeit der Brust-, namentlich aber der Baueingeweide zu Stande gebracht werde.

Nach Arndt ist die Melancholie der Ausdruck der Anhäufung von Spannkraften im psychischen Organe. Die verschiedenen Formen derselben, unter denen sie auftritt, kann man zurückführen auf die Art und Weise, wie diese nach Ausgleichung streben.

Nach Norbury sind für das Zustandekommen der melancholischen Geistesstörung die Ernährungs- und Stoffwechselerhältnisse in erster Linie verantwortlich zu machen (Diabetes, harnsaure Diathese, Infektionskrankheiten, Arteriosklerose).

Watson weist in ätiologischer Hinsicht der Autointoxication die Hauptrolle zu.

B. Loveland fand bei 57 Fällen von Melancholie einen stärkeren Hb-Gehalt und eine Vermehrung der Zahl der rothen Blutkörperchen.

Nach O. Müller ist bei der Entstehung der melancholischen Verstimmung Mangel an O im Blute von Wichtigkeit; dafür sprechen nach Verf. die auffallende Prävalenz des venösen Kreislaufs, der häufig so intensive Lufthunger, der auffallend kleine Puls und die kühlen Extremitäten. „Es wäre, wollte man eine directe functionelle Störung des Nervensystems als die erste Ursache schon ansehen, unerklärlich, weshalb die melancholische Verstimmung in den Morgenstunden oft, nachdem die erste Hälfte der Nacht ruhigen und guten Schlaf brachte, sich am ausgesprochensten zeigt, während man das Gegentheil in Folge der Kräftigung des Nervensystems erwarten müsste.“

C. Lange sieht die periodisch wiederkehrenden Depressionszustände als Folgen der Harnsäurediathese an.

Die Melancholie ist nach Meynert durch einen Mangel functioneller Hyperämie bedingt, welcher einen Functionsmangel im Gefolge hat, gekennzeichnet durch Hemmung der centralen Action, einförmige Rindenbilder, Mangel an Bewegungsimpulsen.

Spamer vergleicht die Manie mit dem Sturmwind, die Melancholie mit der Windstille im psychischen Reflexbogen.

Verf. hat auf Grund von 250 Fällen von Melancholie versucht, differentialdiagnostische und prognostische Schlüsse zu ziehen. Das zur Verfügung stehende Krankenmaterial betraf  $70 = 28$  pCt. Männer und  $180 = 72$  pCt. Frauen, es ergab sich somit ein Verhältniss von  $1:2,5$ . Von diesen 70 Männern und 180 Frauen gehören  $80 = 32$  pCt. der Stadt- und  $170 = 68$  pCt. der Landbevölkerung an, und zwar ist das Verhältniss bei dem weiblichen Geschlecht wie  $56:124$  und bei den Männern wie  $24:46$ . Es stimmen diese Zahlen zu der Angabe Ziehen's, dass die ländliche Bevölkerung einen wesentlich höheren Procentsatz an Melancholien liefert als die städtische; auch nach Villiger kommt Melancholie bei der ländlichen Bevölkerung häufiger vor wie bei der städtischen.

Nach dem Civilstand befanden sich darunter 81 Ledige, 5 Geschiedene, 136 Verheirathete und 28 Verwitwete. Nach den Geschlechtern geordnet ergibt sich:

1. bei den Frauen: 65 Ledige, 5 Geschiedene, 89 Verheirathete und 21 Verwitwete;
2. bei den Männern: 16 Ledige, 47 Verheirathete und 7 Verwitwete.

Im Ganzen finden sich somit 32,4 pCt. Ledige und 54,4 pCt. Verheirathete.

Der Procentsatz der Verheiratheten ist beim männlichen Geschlecht ein wesentlich höherer mit 67,14 pCt. gegenüber dem weiblichen mit 40,4 pCt.

Was die eruirbaren ätiologischen Momente betrifft, so ist hier in erster Linie die erbliche Belastung zu nennen. Villiger, welcher 303 Fälle von Melancholie auf ihre Aetiologie hin untersuchte, hat gefunden, dass in der Aetiologie der Melancholie Heredität und psychopathische Constitution die Hauptrolle spielen. Er hat zweckmässig verschiedene Unterabtheilungen der erblichen Belastung aufgestellt und dementsprechend nicht unerhebliche Zahlenunterschiede gefunden. Seine Zahlen bewegen sich zwischen 56,1 pCt. und 70,6 pCt. Ziehen fand 51,2 resp. 57,5 pCt. Andere Autoren konnten 39,72 bis 45,9 pCt. erblicher Belastung feststellen.

Farquharson in seiner grossen Statistik von 730 Fällen von Melancholie konnte nur in 38,2 pCt. Erblichkeit nachweisen. Die weitere oder engere Fassung des Begriffes „erbliche Belastung“ hängt natürlich von dem subjectiven Ermessen des jeweiligen Untersuchers ab und wird eine exacte Klarstellung dieses ätiologischen Momentes bislang nicht möglich sein. Wie erheblich die Unterschiede in der angeführten Häufigkeit der erblichen Geistesstörung sind, geht nach Grass-



mann in deutlichster Weise daraus hervor, dass die Angaben zwischen 4—90 pCt. variiren! Nach demselben Verfasser lässt „das nähere Eingehen auf die heutige Lehre von der Erbllichkeit der Psychosen erkennen, dass die Heredität, wie sie wohl den wichtigsten ätiologischen Factor in der Pathogenese der Geisteskrankheit repräsentirt, so auch ein sehr schwieriges Problem für die wissenschaftliche Forschung noch lange Zeit darstellen wird“.

Die Zahlen für die Heredität bei Melancholie bewegen sich jedoch nicht in so weiten Grenzen, sondern schwanken von 31,58—70,6 pCt.!

Erbliche Belastung liess sich in 116 Fällen = 46,4 pCt. nachweisen, davon entfielen 45,5 pCt. auf das weibliche und 48,5 pCt. auf das männliche Geschlecht.

Die erbliche Belastung war in der Hälfte dieser Fälle eine gleichartige = 23,2 pCt. der Gesamtzahl. In der Betheiligung der beiden Geschlechter war kein nennenswerther Unterschied festzustellen.

Wie schon Villiger betont, findet sich bei den Melancholien gleichartige Vererbung auffallend häufig, er fand 18,8 pCt., also eine unserem Procentsatz nahestehende Zahl.

Die erbliche Belastung war eine directe in 59 Fällen = 23,6 pCt., davon betrafen 44 = 24,4 pCt. das weibliche und 15 = 21,4 pCt. das männliche Geschlecht.

Die directe gleichartige Heredität betraf 7 Männer = 10 pCt. und 19 Frauen = 10,5 pCt., also im Ganzen in 26 Fällen = 10,4 pCt.

Indirecte Heredität liess sich in 57 Fällen = 22,8 pCt. nachweisen, davon entfielen 42 = 16,8 pCt. auf Frauen und 15 = 6 pCt. der Gesamtheit auf Männer.

Indirecte gleichartige Heredität fand sich im Ganzen bei 18 Fällen = 7,2 pCt.

Die einfachen Melancholien weisen 41,4 pCt., die recidivirenden Melancholien 54,73 pCt. erbliche Belastung auf.

Psychopathische resp. neuropathische Constitution liess sich in 88 Fällen = 35,2 pCt. feststellen, davon betrafen 16 = 22,8 pCt. das männliche und 72 = 28,8 pCt. das weibliche Geschlecht.

Von den exogenen oder accessorischen Ursachen sind einerseits Gemüthsbewegungen, andererseits körperliche Erkrankungen, sowie die verschiedenen Geschlechtsperioden des Weibes (Pubertät, Schwangerschaft, Partus, Wochenbett mit Lactation und Climacterium) als ätiologische Factoren zu erwähnen.

Die Gemüthsbewegungen sind ausschliesslich depressirenden Inhalts (Tod von Angehörigen, heftiger Schreck, unglückliche Liebe, sociale Noth etc.), wobei für das jugendliche Alter mehr die mit dem Ge-

schlechtsleben in Zusammenhang stehenden Ereignisse und Erlebnisse eine Rolle spielen, während in dem vorgeschritteneren Lebensalter finanzielle Misstände die häufigste Ursache der melancholischen Verstimmung abgeben.

Psychische Ursachen wirken naturgemäss bei dem zarter beanlagten und tiefer empfindenden weiblichen Gemüth nachhaltiger und stärker, als bei dem Manne. Diesem Geschlechtsunterschiede entsprechend fanden sich psychische Insulte als auslösende Momente bei 80 Frauen = 44,4 pCt. und 15 Männern = 21,4 pCt., also im Ganzen in 95 Fällen = 38 pCt. sämtlicher Melancholien.

Mit acutem Ausbruch von körperlichen Erkrankungen fiel die Melancholie in 24 Fällen = 9,6 pCt. zusammen. Während nach Villiger unter den fieberhaften Krankheiten, welche Geistesstörungen im Gefolge haben, Typhus die erste Stelle einnimmt und unter den Psychosen gerade die Melancholie eine der häufigsten Formen ist, finden wir in 1. Linie Influenza als auslösendes Moment aufgeführt. Dieselbe wird in 20 Fällen = 8 pCt., wovon 17 auf Frauen und 3 auf Männer entfallen, als Ursache der Melancholie erwähnt.

Nach Althaus sind Psychosen nach Influenza zahlreicher als nach anderen acuten Infektionskrankheiten. Die meisten Autoren betonen, dass die durch Influenza ausgelösten Melancholien einen hypochondrischen Anstrich tragen — eine Erfahrung, welche auch Kirn bestätigt, der unter 39 Influenzapsychosen 22 meist einfache Melancholien, nicht selten mit hypochondrischem Charakter fand. Unter unseren Fällen ist in 14 ausdrücklich der hypochondrische Zug hervorgehoben. In zwei weiteren Fällen wurde die Entstehung eines Herzleidens, in je einem der Ausbruch von Tuberkulose und Lues als ätiologischer Factor in Anrechnung gebracht.

11 einfache Melancholien setzten im Wochenbett ein, davon 6 in der ersten Woche des Puerperiums, eine im späteren Puerperium und 4 in der Lactation. Dieselben boten nach E. Meyer „nichts im Verlaufe, Dauer und Ausgang, was von dem gewohnten Bilde der Melancholie abwich“.

4 weitere Fälle betrafen periodische Melancholien. Bei der einen Kranken war nach jeder der 8 Geburten ein melancholischer Anfall aufgetreten.

7 Melancholien traten schon in der Schwangerschaft in Erscheinung und 2 schlossen sich an einen Abort an.

Wir sehen also im Ganzen 24 Melancholien = 13,3 pCt. in Zusammenhang mit dem Fortpflanzungsgeschäft ausgelöst werden. Von den auslösenden äusseren Momenten sind fernerhin noch zu erwähnen:

soziale Missstände in 34 Fällen = 13,6 pCt., wobei das Verhältniss zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht sich wie 26:8 verhielt.

Ueberanstrengung irgend welcher Art wird in 17 Fällen = 6,8 pCt. (5 Männer, 12 Frauen) angeschuldigt.

Als besonderer psychischer Insult ist dann noch in 20 Fällen unglückliche Liebe erwähnt, welche ausschliesslich weibliche Wesen betrifft.

Wenn wir alle äusseren Factoren zusammenfassen, so finden wir in 180 Fällen = 75 pCt. solche angeführt, wobei es sich herausstellt, dass die Betheiligung der beiden Geschlechter eine fast ganz gleiche ist.

Nach dem Temperament finden wir in 68 Fällen = 27,2 pCt. ein heiteres (15 Männer = 21,4 pCt. und 53 Weiber = 29,4 pCt.), in 55 Fällen = 22,4 pCt. ein mittleres, in 126 Fällen = 54 pCt. ein stilles (40 Männer = 57,1 pCt. und 86 Weiber = 47,7 pCt.) Temperament bezeichnet.

Nach Esquirol ist die „Melancholie (lypémanie) meistens erblich; die daran leidenden Kranken kommen mit einem besonderen melancholischen Temperament zur Welt, das sie zur Lypémanie veranlagt.

Nach Magnan gehört die Lypémanie zu den stets auf erblicher Entartung beruhenden, sog. degenerativen Psychosen.

Nach der Intelligenz ergaben sich folgende Verhältnisszahlen:

Gut beanlagt 110 = 44 pCt. (22 Männer = 31,4 pCt. und 88 Weiber = 48,4 pCt.).

Mittel beanlagt 103 = 41,2 pCt. (40 Männer = 57,1 pCt. und 63 Weiber = 35 pCt.).

Schlecht beanlagt 37 = 14,8 pCt. (8 Männer = 11,4 pCt. und 29 Weiber = 16,1 pCt.).

Nach dem Lebensalter geordnet ergibt sich:

| Decennium       | Männer<br>pCt. | Frauen<br>pCt. | Gesamtzahl<br>pCt. |                                                                                                         |
|-----------------|----------------|----------------|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. (11.—20. J.) | — = —          | 6 = 3,3        | 6 = 2,4            | Auf die Zeit bis zum 50. Lebensj. entfallen 64,4 pCt., auf das höhere Altes 35,6 pCt. der Melancholien. |
| 3. (21.—30. J.) | 12 = 17,1      | 38 = 21,1      | 50 = 20,0          |                                                                                                         |
| 4. (31.—40. J.) | 10 = 14,2      | 34 = 18,8      | 44 = 17,6          |                                                                                                         |
| 5. (41.—50. J.) | 14 = 20,0      | 47 = 26,1      | 61 = 24,4          |                                                                                                         |
| 6. (51.—60. J.) | 18 = 25,7      | 40 = 22,2      | 58 = 23,2          |                                                                                                         |
| 7. (61.—70. J.) | 14 = 20,2      | 13 = 7,2       | 27 = 10,8          |                                                                                                         |
| 8. (71.—80. J.) | 2 = 2,8        | 2 = 1,1        | 4 = 1,6            |                                                                                                         |

Wir ersehen aus derselben, dass das fünfte Jahrzehnt das am stärksten betroffene ist, dann kommen das sechste und dritte.

Bei den Männern weist das sechste, bei den Frauen das fünfte Decennium die meisten Fälle von Melancholie auf.

Auf den Zeitraum vom zweiten bis fünften Jahrzehnt entfallen 36 Melancholien = 51,4 pCt. auf das männliche und 125 = 69,3 pCt. auf das weibliche Geschlecht. Für das sechste bis achte Jahrzehnt überwiegen die Männer mit 34 = 40,5 pCt. gegenüber den Frauen mit 55 = 31,0 pCt.

Nach Mendel ist das dritte und fünfte Decennium für Melancholie prädisponirt.

Nach Ziehen ist die Prädispositionszeit der Melancholie offenbar das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt (mit Ausschluss aller periodischen Fälle) bei dem weiblichen Geschlecht; bei den Männern meist mit Neurasthenie complicirt zwischen 45. und 55. Jahre. Die Behauptung, die Melancholie sei eine „Rückbildungskrankheit“ entspricht nach Ziehen nicht den Thatsachen.

Nach Villiger ist die Melancholie eine Psychose, die in jedem Alter auftritt. Die Prädispositionszeit ist für das männliche Geschlecht das 45.—55., für das weibliche das 30.—50. Lebensjahr. Bei 26 weiblichen Melancholien = 14,4 pCt. liess sich ein Zusammenhang der Psychose mit der climacteriellen Störung nachweisen.

Wenn wir uns nun von der Aetiologie zur Symptomatologie und daran anschliessend der Diagnose der Melancholie zuwenden, so ist es noch einmal nothwendig, kurz den Standpunkt Kraepelin's zu erwähnen. Wie schon einleitend angedeutet, verdanken wir Kraepelin und seinen Schülern die genauere klinische Zergliederung der Depressionsformen des jugendlichen Alters. Kemmler hat in einem Vortrage sich dahin ausgesprochen: „Alle diese jugendlichen Depressionsformen (die schwere kataleptische Form des Jugendstupors, die leichteren Stuporformen des jugendlichen Alters, die leichten Melancholien, die Melancholia simplex, die agitierten Formen der Melancholie, sowie hypochondrische und hysterische Melancholie) sind Aeusserungen des periodischen Irrsinns.“

Sie sind der manischen Erregung verwandt und können in späteren Anfällen durch manische Erregung ersetzt werden. Sie sind principiell unterschieden von den Depressionsformen des Involutionalters, für welche der Name Melancholie zweckmässig reservirt bleiben würde“.

In ähnlichem Sinne spricht sich Kraepelin selbst in einem Vortrage über die „klinische Stellung der Melancholie“ aus: „Die im jugendlichen Alter, also etwa vor dem 30. Jahre, auftretenden Depressionszustände sind niemals einfache, in endgiltige

Heilung ausgehende Formen, sondern nehmen entweder den Verlauf der *Dementia praecox* oder denjenigen des circulären Irreseins“.

Nach Kraepelin ist die Giltigkeit dieses Satzes schon heute so weit gesichert, dass er als Grundlage für die praktische Diagnostik verwertbar ist.

Weiterhin bespricht Kraepelin die Abgrenzung der Melancholie gegen die *Dementia praecox* und fährt dann fort: „Jedenfalls steht die Hauptmasse der Kranken mit Depressionszuständen, die nicht dem circulären und dem Verblödungsirresein angehören, in höherem Alter.

Man wird zugeben müssen, dass gerade auf diese depressiven Geistesstörungen des Rückbildungsalters die Bezeichnung der Melancholie, wenn man sie nicht völlig aufgeben will, am besten passt, zumal wir sie weder für die circulären, noch für die Depressionszustände der *Dementia praecox* mehr aufrecht erhalten können. Bis jetzt scheinen im Rückbildungsalter die heilbaren Fälle ohne scharfe Grenze in die unheilbaren überzugehen. Ohne Zweifel gehören die ungünstig ausgehenden Depressionszustände vorzugsweise den späteren Lebensjahrzehnten an“.

Die gegen diese Auffassung Kraepelin's erhobenen Einwendungen haben wir einleitend schon erwähnt, nachzutragen ist hier noch eine weitere Aeusserung Neisser's, welche dahin geht: „Es ist in keiner Weise ersichtlich gemacht, warum die in dem sogenannten „Rückbildungsalter“ (dessen Breite von Kraepelin ziemlich willkürlich und ohne Berücksichtigung der Einzelindividualität abgeschätzt wird) auftretenden Depressionszustände, trotz ihrer von Kraepelin selbst geschilderten Verschiedenheiten in Symptomenentwicklung, Verlauf und Ausgang unter einander näher stehen und principiell anders zu beurtheilen sein sollen, wie die vor dieser Zeit sich entwickelnden“.

Die von den verschiedenen Autoren zu Beginn dieser Arbeit aufgeführte Definition der Melancholie enthält in vielen Fällen ihre Hauptsymptome mit inbegriffen. Als hervorstechendes und einziges nie fehlendes Symptom fand sich die traurige Verstimmung in ihren nach Alter, Geschlecht, Stand, Temperament, Intelligenz variirenden Abstufungen und Nüancirungen.

In weitaus der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde über Angst, Insufficienzgefühl und Schlaflosigkeit geklagt, wurden Selbstanklagen und Versündigungsideen geäußert. Ein erheblicher Unterschied im Auftreten dieser krankhaften Erscheinungen bei den beiden Geschlechtern konnte nicht nachgewiesen werden. Die Aeusserungen von Lebensüberdruß fanden sich in mehr als 70 pCt.,

directe Suicidalideen wurden in 38 pCt., Suicidalversuche in 30 pCt. (31,6 pCt. Frauen und 27,1 pCt. Männer) manifest. Im Ganzen starben 13 = 5,2 pCt. durch Selbstmord, davon entfielen 6 = 8,57 pCt. auf das männliche und 7 = 3,8 auf das weibliche Geschlecht. In 6 durch Suicid zum Abschluss gekommenen Melancholien bestand eine stark hypochondrische Färbung.

Bei den durch Selbstmord zu Grunde Gegangenen überwiegen die recidivirenden über die einfachen Formen (8 recidivirende zu 5 einfache) am meisten betroffen war das 6. Jahrzehnt mit 8 Selbstmorden, dann das 7. mit 3 und das 6. mit 2. Es entfallen somit alle Selbstmorde auf die vorgerückten Lebensalter.

Von diesen durch Selbstmord geendigten Fällen war nur einer als geheilt entlassen worden. Die Dauer der Erkrankung bis zum Suicid schwankte von 5 Wochen bis zu 3 $\frac{1}{2}$  Jahren. Die That selbst geschah in 4 Fällen wenige Tage nach der Entlassung; in allen diesen 4 Fällen hatte die Melancholie höchstens 8 Monate angehalten, war also noch im acuten Stadium begriffen. In 8 Fällen = 61,5 pCt. der Selbstmorde bestand erbliche Belastung und zwar in 6 von diesen 8 gleichartige, ausserdem 7mal directe.

Schlaflosigkeit wurde in 75 pCt. beobachtet, wobei es bemerkenswerth war, dass die recidivirenden Formen, insbesondere die periodischen Melancholien weniger betroffen sind als die einfachen. Diese Beobachtung stimmt überein mit der Angabe Schüle's: „Fast allen Formen von Melancholien gemeinsam mit Ausnahme weniger, welche zu den circulären oder periodischen gehören, ist die Schlaflosigkeit“.

Ueber Appetitlosigkeit wurde in 55 pCt. Klage geführt. In Fällen. bei welchen guter Schlaf neben lebhaftem Jammern und regem Appetit nachweisbar war, war ein meist protrahirter Verlauf der Melancholie zu beobachten. In der Mehrzahl liess sich erbliche Belastung nachweisen und bestand Neigung zu Recidiven.

Die Wahnideen der Melancholiker, vorwiegend im Sinne des Kleinheits- und Versündigungswahns, haben von jeher die Aufmerksamkeit der Psychiater auf sich gezogen und den Anlass zu verschiedenen Erklärungsversuchen gegeben. Es wird wohl jedem Beobachter schon aufgefallen sein, warum ein bei Melancholie sich entwickelndes Wahnsystem mit Beziehungswahn und Sinnestäuschungen, wie es zweifellos mitunter beobachtet wird, sich gänzlich wieder zurückbildet und in Heilung übergeht, während etwas Derartiges bei Paranoia nie der Fall ist. Ich habe meine besondere Aufmerksamkeit diesem Punkte zugewendet, ohne jedoch bis jetzt das Entscheidende in dieser Frage gefunden zu haben.

Die secundäre Entstehung der melancholischen Wahnideen aus dem primären traurigen Affect wird wohl allgemein als Criterium für ihre Natur und Heilbarkeit angenommen, vermag mir jedoch nicht allein diesen auffallenden Unterschied im Ablauf der paranoischen und melancholischen Wahnideen zu erklären.

Von Interesse dürfte es sein, einige diesbezügliche Ansichten verschiedener Autoren aufzuführen.

Nach Griesinger haben „alle diese melancholischen Delirien einen wesentlichen Charakter, den der Passivität, des Leidens, des Beherrscht- und Ueberwältigtwerdens. Der Kranke fühlt seine traurige Verstimmung; er ist gewohnt, dass Traurigkeit nur auf widrige Anlässe in ihm entsteht; das Causalitätsgesetz heischt auch hier Grund und Ursache, und ehe er sich nach solchen ausdrücklich gefragt hat, tauchen schon als Antwort allerlei finstre Gedanken, trübe Ahnungen und Befürchtungen auf, über denen er so lange brütet und grübelt, bis einzelne Vorstellungen stark und bleibend genug geworden sind, um sich, wenigstens zeitweise, zu fixiren. So haben diese Delirien wieder den wesentlichen Charakter von Erklärungsversuchen für den eigenen Zustand“.

Nach v. Krafft-Ebing geht das melancholische Irresein häufig mit Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen einher. Als Ursache ist die veränderte Selbstempfindung anzusehen; doch können auch primäre Wahnideen durch directe Erregung vorstellender Bezirke der Hirnrinde entstehen.

Nach Meynert ist der Kleinheitswahn das durch krankhaft verminderte Leistung, durch Hemmung der Association verengerte secundäre „Ich“. „Der Melancholiker bezieht nichts fälschlich auf sich, ausser im Sinne einer gerechten Kundgebung von Verachtung und gerechten Strafandrohung“.

Der melancholische Wahn entsteht nach Schüle als logische Erklärung des peinigenen, bis dahin unbegriffenen inneren Weh's. Diese Entwicklung kann unbewusst geschehen, manchmal aber auch auf dem Umweg der Reflexion.

Die Wahnvorstellungen der Melancholie sind nach Ziehen secundär, indem sie erst nach der Affectstörung (Depression und Angst) und in Abhängigkeit von der Affectstörung, und zwar namentlich in Abhängigkeit von der Angst auftreten (Erklärungsversuche der Angst). Denselben Standpunkt vertritt auch J. L. A. Koch.

Friedmann schreibt in seinem Buch „über den Wahn“ betreffend die Wahnideen in der Melancholie: „Die bekannte starke Tendenz dieser Psychose zur Bildung von Wahnideen erklärt sich einmal aus dem

heftigen, continuirlichen, depressiven Affect, und sodann aus dem langsamen Fortschreiten des Denkens. Peinliche Vorstellungen werden über lange festgehalten und erlangen damit allein schon die Tendenz zu associativen Verkettungen. Keine Störung ist dabei vielleicht so geeignet, um die allmäligen Uebergänge zwischen Zwangsidee und Wahnidee mit Evidenz darzulegen“.

E. Heller kommt in seiner Dissertation über „die Wahnideen der Melancholiker“ zu folgendem Ergebniss:

1. „Die Wahnideen bei uncomplicirter Melancholie sind aufzufassen als Interpretationsversuche jener Empfindungen und Stimmungen, welche den subjectiven Ausdruck der gesetzmässig der Melancholie zu Grunde liegenden materiellen Vorgänge ausmachen; sie können zum Inhalt haben Vorstellungen von Veränderungen der eigenen Person — in ihrem seelischen oder körperlichen Werth — oder von Veränderung der Beziehungen zur Aussenwelt. Im ersten Fall kommt es zu Selbstanklagen, Versündigungs- und Unwerthsideen oder hypochondrischen Wahnideen, im zweiten Fall zu Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen.

2. Aus den bis zu einem gewissen Grade logisch entstandenen und verknüpften, sich in mässigen Grenzen haltenden Versündigungs-, Unwerths- und Beeinträchtigungsideen schliessen wir auf das Bestehen einer einfachen Melancholie als Reactionsform eines rüstigen Hirnlebens; aus den wenigen logisch entstandenen und verknüpften, vielfach extravaganten, unsinnigen und abenteuerlichen Wahnideen schliessen wir auf eine eingetretene Urtheilsschwäche und Kritiklosigkeit als Symptom eines invalid gewordenen Hirnlebens und rechnen hierhin die Ausgänge in geistige Schwäche, die periodischen und circulären Formen u. a.

3. Die Entstehung von Wahnideen aus Zwangszuständen, Sinnes-täuschungen und Gedankenlautwerden im Verlauf einer Melancholie deutet immer auf eine Complication hin.“

Die in mehr als 70 pCt. der Melancholien angegebene Angst wird überwiegend auf die Herzgegend localisirt und ist demnach als Präcordialangst aufzufassen. Ihren Entstehungsort verlegt v. Krafft-Ebing in das Herznervengeflecht.

Nach Richarz ist Angst das wahre Characteristicum der Melancholie mit Aufregung. „Angst entsteht immer und nur, wenn an die Vorstellungsthätigkeit die als unerlässliche Bedingung der Selbsterhaltung erscheinende, dringende Aufforderung und Anregung ergeht sowohl zu rascherer Fortbewegung der Vorstellungen an sich, als vorzüglich auch zu schnellerem Uebergang derselben in die entsprechenden zweckmässigen Muskelcontractionen, ohne dass die Vorstellungsthätigkeit dieser Aufforderung Folge zu leisten im Stande ist“.



Was das Symptom des Beziehungswahns betrifft, so ist dabei zu bemerken, dass es meines Erachtens nicht gleichgiltig ist, in welcher Phase der Erkrankung derselbe beobachtet wird. Auf der Höhe der Erkrankung ist Beziehungswahn ziemlich häufig und nicht von übler Bedeutung quoad restitutionem, wohl quoad tempus. Ungünstiger gestaltet sich die Prognose, wenn Beziehungswahn von Anfang an besteht und die ganze Entwicklung eine schleichende ist und derselbe auch im Ablauf der Erkrankung noch festgehalten wird. In solchen Fällen, welche vorwiegend dem vorgerückteren Lebensalter angehören, ist die Gefahr der Entwicklung paranoiden Zustände gross.

Da in den vorliegenden Krankengeschichten auf den Zeitpunkt des Eintritts und Verschwindens des Beziehungswahns keine besondere Rücksicht genommen wurde, so lässt sich nur Folgendes Allgemeine sagen: Beziehungswahn ist nicht gerade häufig im Verlauf der Melancholie zu beobachten, bei der vorliegenden Statistik ist in 19,2 pCt. derselbe vermerkt, und zwar bei 19 pCt. Frauen und 11 pCt. Männern. Es waren alle Lebensalter daran betheiligt, am meisten das 5. Jahrzehnt.

Ueber die Bedeutung der Sinnestäuschungen im Verlaufe der Melancholie herrscht zur Zeit noch keine völlige Uebereinstimmung.

Nach Griesinger haben die Hallucinationen und Illusionen ganz den Charakter und das Gepräge der schmerzlichen Gemüthsverstimmung.

v. Krafft-Ebing betont in erster Linie die Gefährlichkeit der Sinnesdelirien bei Melancholikern. „Nicht selten ist Selbstmord oder Mord die directe Folge „imperativer“ Hallucinationen oder indirect als verzweifelter Act der Nothwehr gegenüber imaginären Verfolgungen. Stummheit und Nahrungsverweigerung beruht häufig auf göttlichen oder profanen Stimmen“.

Schüle sagt „jeder hallucinirende Melancholiker ist gemeingefährlich“. Bemerkenswerth ist nach ihm, dass die „ächten“ Hallucinationen in reinen Melancholien nicht so häufig sind als die Pseudohallucinationen und Illusionen.

„Die Gehörstäuschungen (Phoneme) treten nach Wernicke immer nur vereinzelt auf und bleiben ihrem Inhalt nach, selbst bei hochgradiger Angst, auf autopsychische Angstvorstellungen beschränkt. Gesichtshallucinationen mehr oder weniger verschwommener Art kommen auch bei leichteren Graden der Melancholie vor. Sie treten nur unter begünstigenden äusseren Umständen, in der Dämmerung oder bei Nacht auf und beziehen sich auf den traurigen Gedankeninhalt, der die Kranken beschäftigt. Meist wird ausdrücklich angegeben, dass dies Bilder oder Schatten sind“.

Nach Friedmann können auch innerhalb einer gewöhnlichen Melancholie Hallucinationen vorkommen; bei reichlich auftretenden Hallucinationen sei die Diagnose zweifelhaft.

Nach Tuczek sind es meist Interpretationen der Stimmung des Melancholikers, welche die Wahrnehmungen der Aussenwelt in diesem wahnhaften Sinne fälschen, eigentliche Sinnestäuschungen sind selten. Ihr Vorkommen deutet nach Kraepelin auf anderweitige Complicationen, eine tiefere Umwälzung des Bewusstseins des Kranken in seiner ganzen Stellung zur Aussenwelt hin.

Hallucinationen und Illusionen gehören nach Ziehen nicht zu den constanten oder auch nur zu den häufigen Symptomen der Melancholie; man beobachtet sie nur in etwa  $\frac{1}{10}$  aller Fälle. Sie treten erst im späteren Verlaufe und nur gelegentlich auf. Am häufigsten sind Akoasmen und zwar namentlich solche, welche der Kranke in seinem Inneren bald im Kopfe, bald in der Brust, bald im Abdomen zu hören glaubt. Ihr Inhalt entspricht gewöhnlich den Affecten beziehungsweise den daraus hervorgegangenen Wahnvorstellungen.

Bei unseren 250 Fällen von Melancholie sind in 72 Fällen = 28,8 pCt. (30,0 pCt. Frauen und 25,7 pCt. Männer) Sinnestäuschungen notirt; dieselben betreffen mit grosser Ueberszahl das Gehör und sind meist nur sporadisch aufgetreten. In allen Lebensaltern konnten Sinnestäuschungen beobachtet werden, doch herrschen das IV.—VI. Decennium vor, das V. Jahrzehnt ist am stärksten betheilig. Die recidivirenden Melancholien scheinen keine wesentlich grössere Neigung zu Sinnestäuschungen zu haben, als die einfachen Melancholien. Erbliche Belastung überwiegt bei den Melancholien mit Sinnestäuschungen mit 35,3 pCt. gegenüber 25,5 pCt. der nicht erblich belasteten Melancholien.

Hypochondrische Ideen fanden sich in 27,6 pCt.; das männliche Geschlecht überwiegt mit 48,5 pCt. über das weibliche mit 23,3 pCt. Erbliche Belastung und recidivirende Formen haben keine Prävalenz gegenüber den anderen, wohl aber hat das höhere Lebensalter ein Plus im Vergleich zu den jugendlichen Formen.

Zwangsvorstellungen wurden in 8 pCt. beobachtet und zwar annähernd im gleichen Verhältniss für beide Geschlechter. Wie zu erwarten, überwiegen hierbei die Fälle mit erblicher Belastung; zwischen einfacher und recidivirender Melancholie liess sich kein nennenswerther Unterschied constatiren.

Unreinlichkeit wird in 9 Fällen = 3,6 pCt. aufgeführt, hierbei ist das männliche Geschlecht mit 7,1 pCt. betheilig, während auf das weibliche Geschlecht nur 2,2 pCt. entfallen. Die einfache Melancholie

ist dabei stärker vertreten als die recidivirende; ein ausschlaggebender Einfluss der erblichen Belastung war nicht nachweisbar.

Sondenfütterung wurde in 15 Fällen = 6 pCt. nothwendig — ein bemerkenswerther Unterschied zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht war nicht zu constatiren. Die einfachen Formen waren mehr betheiligt als die recidivirenden, ebenso die Fälle mit erblicher Belastung. Das Vorhandensein hypochondrischer Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen liess sich in der Mehrzahl der Fälle erweisen.

Für die Seltenheit des ausgesprochenen melancholischen Stupors spricht der Umstand, dass sich ein solcher nur in 17 Fällen = 6,8 pCt. notirt fand, wobei die Betheiligung beider Geschlechter annähernd die gleiche war. Hereditäre Belastung war in der Mehrzahl vorhanden. Recidivirende und einfache Melancholie differiren nicht erheblich. Im Laufe der letzten Jahre hat sich mehr und mehr die Ansicht verbreitet, dass die schweren Stuporformen vorwiegend dem circulären Irresein und der Katatonie angehören und dass sich auch solche noch im Verlaufe anderer Psychosen, wie Paralyse, Paranoia, epileptischer Seelenstörung einstellen können. Diese Erfahrung fordert daher in der Annahme eines melancholischen Stupors zu grosser Vorsicht auf.

Was die Beziehung der Melancholie zu den einzelnen Phasen des weiblichen Geschlechtslebens betrifft, so ergaben sich folgende Zahlen:

Jugendliche, d. h. in fortpflanzungsfähigem Alter entstandene Melancholien waren es 130 = 72,2 pCt., davon entstanden, wie schon bei der Aetiologie erwähnt, 11 bis jetzt einfache Formen im Wochenbett, in 4 Fällen wurden durch das Wochenbett Recidive ausgelöst, 7 bis jetzt recidivfreie Melancholien setzten schon in der Schwangerschaft ein und 2 schlossen sich an einen Abort an.

Im Zusammenhang mit dem Climacterium traten 26 Melancholien = 14,4 pCt. in Erscheinung.

Nach eingetretener Menopause bildeten sich 24 Melancholien = 13,3 pCt. aus.

Das Verhalten der Menses während der melancholischen Verstimmung war in den 130 jugendlichen Fällen folgendes: in 80 Fällen = 61,5 pCt. traten die Menses in regelmässiger Folge und unveränderter Stärke ein. In 50 Fällen = 38,4 pCt. wurden die Menses unregelmässig oder setzten ganz aus oder änderten ihren Charakter in Bezug auf Dauer und Stärke der Blutung.

Irgend einen Schluss auf Verlauf und Ausgang der Melancholie aus dem Sistiren oder Nichtsistiren der Periode zu ziehen, ist meines

Erachtens zur Zeit noch nicht möglich. Ich konnte keine Anhaltspunkte für die Ursache der menstrualen Störung finden; weder Alter noch Heredität noch Neigung zu Recidiven haben damit etwas zu thun. Nur die schon längst bekannte Thatsache bleibt bestehen, dass das Wiedererscheinen der aus psychischen Gründen cessirten Menses in der Mehrzahl der Fälle von prognostisch günstiger Bedeutung ist.

Von weiteren körperlichen Symptomen im Verlaufe der Melancholie seien noch folgende erwähnt:

1. Die Erhöhung des Kniephänomens wurde in  $57 = 22,8$  pCt. angenommen. In 35 Fällen  $= 14$  pCt. wird das Kniephänomen als „lebhaft“ bezeichnet. Eine Abschwächung wird nur in 2 Fällen erwähnt.

2. Vasomotorisches Nachröthen wird in 25 Fällen  $= 10$  pCt. als „erhöht“, in 6  $= 2,4$  pCt. als „deutlich“ angegeben. Doch sind diese Zahlen deshalb nicht umfassend, weil ein Theil der Untersucher sein Augenmerk nicht auf dieses Zeichen gerichtet hatte. Dasselbe gilt von der

3. mechanischen Muskelerregbarkeit, auf deren Qualität nur bei einem kleinen Theile der 250 Melancholien geachtet worden ist. Wir finden eine Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit in  $32 = 12,8$  pCt., von denen jedoch bei mehr als der Hälfte ein reducirter Ernährungszustand vorhanden war.

Größere Sensibilitätsstörungen wurden nie beobachtet, wohl aber häufig eine Verminderung der Schmerzempfindlichkeit oder besser gesagt eine verminderte Reaction auf schmerzhaft Reize, besonders in den Fällen mit mehr minder grosser Hemmung.

Von sonstigen krankhaften Veränderungen auf körperlichem Gebiete sind noch zu erwähnen: in  $32 = 12,8$  pCt. Arteriosklerose, wobei das männliche Geschlecht mit  $22,8$  pCt. gegenüber  $8,8$  pCt. des weiblichen überwiegt. 28 mal  $= 11,2$  pCt. wurde eine Struma diagnosticirt, deren Besitzer in 26 Fällen dem weiblichen Geschlechte angehören. Es ist hierbei zu bemerken, dass es in Württemberg mehrere Gegenden giebt, in denen Kröpfe endemisch vorkommen und dass 10 der erwähnten 28 solchen Gegenden entstammen.

In 10 Fällen bestand ein Herzfehler, in 3 chronische Lungentuberculose, in 8 ein chronisches Nierenleiden, in 4 apoplectische Residuen.

Ebensowenig wie die durch acute körperliche Erkrankungen (Influenza etc.) hervorgerufenen Melancholien etwas Specifisches boten, ebensowenig ist dies der Fall bei den

mit chronischen somatischen Krankheitsprocessen einhergehenden Melancholien.

Auf Grund der im Vorhergehenden aufgeführten psychischen Symptome lässt sich betreffs einer Definition der Melancholie Folgendes aussagen:

Die Melancholie ist eine Geistesstörung, deren Characteristicum ein anhaltender trauriger Affect ist, und bei welcher Wahnideen im Sinne des Kleinheitswahns und der Verunsündigung eine grosse Rolle spielen. Wahnideen und Empfindungen entspringen dieser krankhaften Depression.

Gehen wir nun über zu der Diagnose der Melancholie. Nach Mendel ist „die Melancholie psychischerseits charakterisirt durch schmerzhaft empfindungen, die das gesammte Vorstellungsleben beherrschen; nicht charakteristisch sind melancholische oder hypochondrische Delirien; endlich verlangt eine reine Melancholie, dass mit der Psychose in Zusammenhang stehende Lähmungserscheinungen fehlen.

Letztere Forderung ist wohl eine allgemein anerkannte, während v. Krafft-Ebing noch in seiner Monographie von 1874 bei Erwähnung des melancholischen Stupors unter anderen Ausgängen desselben auch anführt Tod „durch fortschreitende und schliesslich die Centren der Respiration und Circulation ergreifende Innervationslähmung“. Es dürfte sich in derartigen Fällen doch wohl nicht um eine reine Melancholie, als vielmehr mit grosser Wahrscheinlichkeit um das melancholische Stadium einer progressiven Paralyse gehandelt haben.

Bei der Besprechung der uns hier interessirenden Differentialdiagnose bedarf die Beurtheilung und Erkenntniss der jugendlichen Depressionsformen sehr genauer klinischer Beobachtung und Zergliederung. Es ist meines Erachtens ein entschiedenes Verdienst Kraepelin's auf die Gefahr der Verwechslung jugendlicher Melancholien mit den depressiven Phasen der Dementia praecox nachdrücklich hingewiesen zu haben. Wenn wir uns auch nicht verhehlen, dass unter dem Namen der Dementia praecox zur Zeit noch verschiedene geistige Störungen subsumirt werden, deren Verschiedenheit vorwiegend auf prognostischem Gebiete liegt, so ist es doch als ein Fortschritt zu betrachten, bei der Vorhersage der jugendlichen Depressionsformen einige Anhaltspunkte gefunden zu haben. Nach dem heutigen Stande unseres psychiatrischen Wissens dürfte in der überwiegenden Mehrzahl der jugendlichen Depressionsformen, wenn mitunter auch erst nach längerer Beobachtung, eine Differentialdiagnose möglich sein.

Wie schon Kraepelin in dem oben erwähnten Vortrag über „die

klinische Stellung der Melancholie“ hervorgehoben hat, sprechen für Dementia praecox „vor Allem der Mangel an tieferen Gemüthsregungen, die Stumpfheit und Gleichgültigkeit gegenüber der Umgebung bei guter Auffassungsfähigkeit, sodann das Auftreten von Negativismus, Befehlsautomatie, Stereotypie und Maniren“.

Die letzteren Punkte sind so in die Augen springend, dass ihr Vorhandensein wohl schwerlich übersehen werden wird. Eine Verwechslung könnte höchstens bei der Combination von Melancholie und Hysterie denkbar sein. Bei Erwägung dieser Möglichkeit ist zu betonen, dass die hysterischen Aeusserungen bei Melancholie gewöhnlich der herrschenden Gemüthsstimmung angepasst und in einer Maasslosigkeit des traurigen Affectes, einer bizarren Uebertreibung der Versündigungsideen und Selbstanklagen, einer gesteigerten Neigung zu Selbstbeschädigung und einem protrahirteren, mit Remissionen einhergehenden Verlauf zum Ausdruck kommen.

Bei den motorischen Aeusserungen der Dementia praecox ist einerseits das Statuenhafte, anderseits das zwangsmässig sich Wiederholende und theils ohne, theils mit conträrem Affect Einhergehende sehr auffällig. In der grossen Mehrzahl dieser Fälle wird es den Kranken nicht möglich sein, eine Motivirung ihres eigenthümlichen motorischen Verhaltens zu geben, oder ist dieselbe eine gänzlich unzureichende oder selbst unsinnige. Hervorheben möchte ich noch, wie schon Kahlbaum betont hat, dass bei den jugendlichen Depressionsformen die starke hypochondrische Färbung immer Verdacht auf Dementia praecox erwecken muss, welch' letzterer sich noch steigert, wenn die hypochondrischen Vorstellungen einen abenteuerlichen bis unsinnigen Anstrich gewinnen. Bei Abwerthung dieser hypochondrischen Vorstellungen muss naturgemäss dem Bildungsgrade des Patienten Rechnung getragen werden. Von Werth ist es deshalb, mit den localen volkstümlichen Vorstellungen über die Vorgänge im menschlichen Organismus vertraut zu sein, um sich vor irrigen Schlüssen zu hüten.

Ausser diesen erwähnten Punkten scheinen mir lebhaft Hallucinationen insbesondere von Seiten des Geruchs, Geschmacks und Gemeingefühls eher für Dementia praecox als für Melancholie zu sprechen.

Bei den Selbstbeschuldigungen und Versündigungsideen im depressiven Stadium der Dementia praecox fällt häufig der Contrast zwischen den Angaben und dem Affect des Patienten auf, auch wechseln die Angaben und sind oft widersprechend. Verfolgungsideen werden, worauf Kahlbaum schon hinwies, in wenig zusammenhängender, nicht systematisirter Weise vorgebracht und mit Vorliebe zu den nächsten Angehörigen in Beziehung gestellt. Erfahrungsgemäss finden sich bei

der Dementia praecox Abneigung, Misstrauen, ja Hass und Groll gegen die eigene Familie oder Glieder derselben ungemein häufig, so dass diesem psychischen Symptom fast eine pathognomonische Bedeutung beigemessen werden könnte. Treten stuporöse und Erregungszustände theils rein impulsiv-motorischer, theils läppisch-heiterer Natur unvermittelt und ohne regelmässigen Wechsel ein, so dürfte wohl kein Zweifel mehr an der Diagnose der Dementia praecox bestehen. Alle diese angegebenen Merkmale erfordern keinen besonderen Grad von Scharfsinn; schwieriger wird der Entscheid, wenn es sich um von Hause aus Imbecille handelt. Hier finden wir häufig einen so geringen Affect zu Tage treten, das ganze Krankheitsbild wird oft so sehr von einer Hemmung auf psychischem Gebiete beherrscht, dass es vielfach nicht möglich ist, aus einmaliger Untersuchung oder kurzer Beobachtung zu einer sicheren Diagnose zu kommen.

Die Schwierigkeit der Beurtheilung bei der Dementia praecox liegt meines Erachtens in der Abwägung des feinen Reagens der „gemüthlichen Verblödung“. Die Abschätzung dieses Factors stösst auf mancherlei Fehlerquellen, insbesondere bei mangelhafter Berücksichtigung des Naturells und der socialen Stellung des zu Beurtheilenden. Dass die Gemüthsstumpfheit der niederen Stände oft eine sehr erhebliche und auch noch bedeutenden individuellen Schwankungen unterliegende ist, bedarf keiner weiteren Auseinandersetzung.

Unter Berücksichtigung aller zur Zeit verfügbaren diagnostischen und prognostischen Merkmale glaube ich mich zu der Aufstellung des Satzes berechtigt, dass es eine jugendliche Melancholie mit Ausgang in Paranoia oder Schwachsinn nicht giebt. In solchen Fällen hat es sich eben um ein depressives Initialstadium einer anderen Psychose gehandelt.

Die eben auseinandergesetzte Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und einfacher jugendlicher Melancholie bedarf bei periodischen und circulären Irreseinsformen einer gewissen Einschränkung. Bei diesen Erkrankungsformen kommen bestimmte Züge vor, welche auf eine degenerative Grundlage schliessen lassen und damit dem Krankheitsbild ein eigenthümliches Gepräge aufdrücken. Hierher gehören gewisse paranoide Beimischungen, wie Beziehungswahn, Beeinträchtigungs- resp. Verfolgungsideen, eigenthümliches motorisches Verhalten, wie Stupor und Stereotypen. Nicht selten beobachtet man auch einen gewissen Stimmungswechsel. Bei vorhandener, genügender Anamnese wird sich ein Entscheid über kurz oder lang treffen lassen. Zu warnen ist vor einer Augenblicksdiagnose und vor Ueberschätzung eines einzelnen Symptoms. Nur die Berücksichti-

gung aller krankhaften Erscheinungen, die eigenartige Gruppierung und Harmonie oder Disharmonie derselben unter stetiger Bezugnahme auf die Vorgeschichte ermöglichen ein hinreichend sicheres Urtheil.

Der Unterschied zwischen Paranoia und Melancholie gründet sich auf die gewöhnlich seit Langem bestehenden Vorläufer der ersteren, nämlich auf intensiven Beziehungswahn, auf Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, welche gegenüber den anfänglich etwa bestandenen Selbstanklagen und Versündigungsideen mehr und mehr die Oberhand gewinnen, auf die Neigung, seine Empfindungen und Gefühle auf die Personen der Umgebung zu projeciren und darin stetig weiterzugehen. In vorgeschrittenen Stadien der Paranoia wird eine Verwechselung wohl kaum möglich sein.

Nach Kirchhoff ist differentialdiagnostisch wichtig die Beachtung des Affectes beim Melancholiker, im Gegensatz zu ihm sollen dem Verrückten fast niemals Ueberschätzungsvorstellungen fehlen.

An der Richtigkeit dieses Satzes ist wohl nicht zu zweifeln, wohl aber dürfte die Diagnose bei vorhandenen Ueberschätzungsvorstellungen an und für sich nicht mehr zweifelhaft sein. Hier kommt für uns nur das unbestimmte, oft rathlose Vorstadium der Paranoia incipiens mit depressiver Verstimmung in Betracht.

Nach Schloess giebt es kein sicheres differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Melancholie und Verrücktheit. „Eine auf alle Fälle sich erstreckende Differenzirung der Melancholie von den depressiven Formen acuter Verrücktheit ist wohl nur dann möglich, wenn wir die Hallucinationen aus dem Symptomencomplex der Melancholie ausscheiden. Allerdings würde sich dann die Häufigkeit der Diagnose „Melancholie“ sehr reduciren.“

Im Gegensatz dazu spricht sich Fritsch aus wie folgt: „Es stellt sich die Melancholie dar als ein allseitig in sich abgeschlossener, bestimmt charakterisirter Krankheitsprocess, der eine klinisch vollkommen begründete Differentialdiagnose zulässt, insofern er insbesondere nach Symptomatologie und Verlaufsqualität constante Merkmale an sich trägt; durch sie unterscheidet sich die Melancholie ganz wesentlich von anderen, auch noch so ähnlichen Krankheitsformen.“

Bei Verdacht auf beginnende Paralyse wird beim Fehlen aller körperlichen Erscheinungen unter Umständen eine genaue Anamnese Anhaltspunkte geben, wobei Charakterveränderung, Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, früher beobachtete Lähmungs- oder Krampferscheinungen, Schwindelanfälle, gesteigerte Reizbarkeit, zunehmende Intoleranz gegen Alkohol für Para-



lyse sprechen können. Die Prüfung der Merkfähigkeit vermag eventuell auch Aufschluss zu geben. Trotz aller auf diese Punkte gerichteten Aufmerksamkeit kann mitunter doch längere und selbst lange Zeit eine sichere Diagnose nicht gestellt werden.

Erhebliche Schwierigkeiten entstehen bei dem Versuche der Abgrenzung der Melancholie gegenüber den depressiven Psychosen des Rückbildungsalters, welche vielfach die Form des depressiven Wahnsinns darbieten. Von grosser Bedeutung ist es, hierbei geistige Schwächesymptome nachzuweisen, und ist auch hier die Prüfung der Merkfähigkeit nicht belanglos. In den höheren Lebensjahrzehnten wird sich am leichtesten ein Irrthum einschleichen, und die Vorhersage ist, wie wir später auseinandersetzen werden, nur mit grosser Vorsicht auszusprechen.

Indem wir nun den Verlauf, den Ausgang und die Vorhersage der Melancholie in das Auge fassen, wollen wir vorweg bemerken, dass von den als Grundlage dieser Arbeit dienenden 250 Melancholien alle Fälle circulären Irreseins ausgeschieden worden sind. Bei den verschiedenen Formen der Melancholie interessiren uns hier nur das Verhältniss und die Häufigkeit des Vorkommens der einfachen, recidivirenden und periodischen Melancholie. Es wurden unter 250 Melancholien  $95 = 38$  pCt. recidivirende im weiteren Sinne gefunden, hiervon entfallen  $21 = 30$  pCt. auf das männliche und  $74 = 41,1$  pCt. auf das weibliche Geschlecht.

Farquharson fand in seiner grossen Statistik in 21,9 pCt. Recidive, wobei die Frauen überwiegen, dabei stellte sich nur in 38,2 pCt. erbliche Belastung heraus.

Helena Sachs kann bei 50 von 327 Fällen constatiren, „dass sie nur einmal im Leben erkrankt waren, gesund wurden und kein Recidiv mehr zeigten. Das wären immerhin 15 pCt. Somit ist zwar nicht zu leugnen, dass die Zahl einfacher Melancholien im Gegensatz zu den periodischen eine recht geringe ist. Sofern man aber die hereditäre Belastung als Maassstab der constitutionellen Anlage betrachten will — der einzige Anhalt, den uns die Statistik bietet —, so müssen wir auch hier im Gegensatz zu Kraepelin betonen, dass ein principieller Gegensatz zwischen den einfachen und periodischen Formen nicht zu constatiren ist. Sicher fest steht nur soviel, dass einmalige Melancholiceanfalle zwar seltener sind als man früher annahm, aber doch häufiger vorkommen, und häufiger als einfache Manien“.

Ziehen findet in fast 22 pCt. Recidive, wobei er die periodischen Melancholien abrechnet. Für letztere stellt er als charakte-

ristisch die regelmässige Wiederkehr eines melancholischen Krankheitsanfalles in annähernd gleichen Zeiträumen auf. Meist handelt es sich um leichte oder mittelschwere Formen. Der erste Anfall erfolgt nach Ziehen meist im mittleren Lebensalter und namentlich im Climacterium, am häufigsten in Zwischenräumen von etwa einem Jahre.

Der häufig milde Charakter der periodischen Melancholie mag wohl auch daran Schuld sein, dass in der Klinik relativ wenige Fälle zur Beobachtung kommen.

Als periodische Melancholien im Sinne Ziehen's konnten bei den Frauen 6, bei den Männern nur 1, also im Ganzen 7 = 2,8 pCt. angesprochen werden.

Die recidivirenden Melancholien vertheilen sich nach Alter und Geschlecht wie nebenstehende Tabelle zeigt:

Recidivirende Melancholien.

| Decennium       | Männer<br>pCt. | Frauen<br>pCt. | Gesamtsumme<br>pCt.          |
|-----------------|----------------|----------------|------------------------------|
| 3. (21.—30. J.) | 6 = 28,6       | 12 = 16,2      | 18 = 18,9 d. recid. Melanch. |
| 4. (31.—40. J.) | 3 = 14,3       | 11 = 14,8      | 14 = 14,7                    |
| 5. (41.—50. J.) | 4 = 19,1       | 24 = 32,4      | 28 = 29,4                    |
| 6. (51.—60. J.) | 4 = 19,1       | 18 = 24,3      | 22 = 23,1                    |
| 7. (61.—70. J.) | 3 = 14,3       | 8 = 10,8       | 11 = 11,5                    |
| 8. (71.—80. J.) | 1 = 1,8        | 1 = 1,3        | 2 = 2,1                      |
| Summa           | 21 = 8,4       | 74 = 29,6      | 95 = 38,0 d. gesamt. Mel.    |

Einfache Melancholien.

| Decennium       | Männer<br>pCt. | Frauen<br>pCt. | Gesamtsumme<br>pCt.        |
|-----------------|----------------|----------------|----------------------------|
| 2. (11.—20. J.) | — = —          | 6 = 5,7        | 6 = 3,9 d. einfach. Mel.   |
| 3. (21.—30. J.) | 6 = 12,2       | 26 = 24,5      | 32 = 20,6                  |
| 4. (31.—40. J.) | 7 = 14,3       | 23 = 21,7      | 30 = 19,3                  |
| 5. (41.—50. J.) | 10 = 20,4      | 23 = 21,7      | 33 = 21,3                  |
| 6. (51.—60. J.) | 14 = 28,6      | 22 = 20,7      | 36 = 23,2                  |
| 7. (61.—70. J.) | 11 = 22,4      | 5 = 4,7        | 16 = 10,3                  |
| 8. (71.—80. J.) | 1 = 2,04       | 1 = 1,9        | 2 = 1,4                    |
| Summa           | 49 = 19,6      | 106 = 42,4     | 155 = 62,0 d. gesamt. Mel. |

Nach dieser Zusammenstellung findet sich der höchste Procentsatz der recidivirenden Melancholien im V. Decennium. Während bei dem männlichen Geschlecht das III., dann das V. und VI. sich an Zahl der recidivirenden Melancholien folgen, ist bei dem weiblichen Geschlecht das V. und VI. und dann erst das III. Jahrzehnt am meisten theiligt. Für die einfachen Melancholien ist das VI. Decennium

das prävalirende. Die Frauen weisen im III., dann IV. und V., die Männer im VI., dann VII. und V. die meisten Melancholien auf. Ueber das Verhältniss der einfachen zur recidivirenden Melancholie cfr. Tabelle:

| Decennium       | Einfache<br>pCt. | Recidivirende<br>pCt. | Gesamtsumme<br>pCt. |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------|
| 2. (11.—20. J.) | 6 = 2,4          | — = —                 | 6 = 2,4             |
| 3. (21.—30. J.) | 32 = 12,8        | 18 = 7,2              | 50 = 20,0           |
| 4. (31.—40. J.) | 30 = 12,0        | 14 = 5,6              | 44 = 17,6           |
| 5. (41.—50. J.) | 33 = 13,2        | 28 = 11,2             | 61 = 24,4           |
| 6. (51.—60. J.) | 36 = 14,4        | 22 = 8,8              | 58 = 23,2           |
| 7. (61.—70. J.) | 16 = 6,4         | 11 = 4,4              | 27 = 10,8           |
| 8. (71.—80. J.) | 2 = 0,8          | 2 = 0,8               | 4 = 1,6             |
| Summa           | 155 = 62,0       | 95 = 38,0             | 250 = 100           |

Die auffallend niedere (6) Zahl der periodischen Melancholien rührt wohl theilweise von der Kürze der Beobachtungszeit her; ich zweifle nicht, dass, wenn dieselben Fälle in ca. 15—20 Jahren noch einmal nachuntersucht werden, sich sowohl mehr recidivirende als auch periodische Formen finden werden.

Von diesen 95 recidivirenden Melancholien fiel die I. Attaque bei den verschiedenen Lebensaltern und den beiden Geschlechtern wie Tabelle zeigt:

| Decennium       | Männer<br>pCt. | Frauen<br>pCt. | Ges.-Summe<br>pCt. |                                                                               |
|-----------------|----------------|----------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 2. (11.—20. J.) | 4 = 19,04      | 14 = 18,91     | 18 = 18,9          | Auf d. 2.—4. Dec.<br>entfallen 70,5 pCt.<br>Dav. 74,3 Frauen,<br>57,1 Männer. |
| 3. (21.—30. J.) | 5 = 23,8       | 21 = 28,37     | 26 = 27,4          |                                                                               |
| 4. (31.—40. J.) | 3 = 14,28      | 20 = 27,02     | 23 = 24,2          |                                                                               |
| 5. (41.—50. J.) | 7 = 33,33      | 16 = 21,62     | 23 = 24,2          | Auf d. 5.—8. Dec.<br>entfallen 29,5 pCt.<br>Dav. 25,6 Frauen,<br>42,8 Männer. |
| 6. (51.—60. J.) | 1 = 4,76       | 3 = 4,05       | 4 = 4,2            |                                                                               |
| 7. (61.—70. J.) | 1 = 4,76       | — = —          | 1 = 1,05           |                                                                               |
| 8. (71.—80. J.) | — = —          | — = —          | — = —              |                                                                               |
| Summa           | 21 = 22,1      | 74 = 77,8      | 95 = 100,0         |                                                                               |

Wir ersehen aus dieser Tabelle, dass bei beiden Geschlechtern die Mehrzahl der recidivirenden Melancholien in jugendlichem Alter einsetzt, und zwar trifft dieses Missverhältniss in ausgesprochenem Grade bei den Frauen als bei den Männern zu. Von den 74 weiblichen recidivirenden Melancholien sind 10 in Verbindung mit climacteriellen Störungen und im Alter von 46 bis 53 Jahren zum Ausbruch gekommen, während 4 erst nach eingetretener Menopause einsetzten und die I. Attaque in das Alter von 50—57 Jahren fiel. Es sind 55 oder 74,32 pCt. der recidivi-

renden weiblichen Melancholien im jugendlichen Alter (II.—V. Dec.) entstanden. Bei den Männern trifft auf diesen Zeitraum ein Procentsatz von 57,14 pCt. Auf die Zeit vom V.—VII. Jahrzehnt entfallen auf die Männer 42,85 und auf die Frauen 25,67 pCt. Wenn wir den Unterschied der Geschlechter ausser Acht lassen, so entfallen auf die Jahre bis zum 40. Lebensjahre 70,5 pCt. und auf die spätere Zeit 29,5 pCt. des Eintritts der recidivirenden Melancholien. Von den im strengen Sinne 7 periodischen Melancholien sind 5 im jugendlichen und 2 im vorgerückten Alter zum Ausbruch gekommen.

Was die hereditäre Belastung bei den recidivirenden Formen anlangt, so fand sich solche in 52 Fällen = 54,7 pCt.; beide Geschlechter sind dabei im Verhältniss 50 : 53 pCt. theilhaftig.

6 periodische Melancholien entfallen auf das weibliche Geschlecht = 3,3 pCt., wovon 4 im Wochenbett zum Ausbruch kommen.

In 5 Fällen von periodischer Melancholie liess sich erbliche Belastung nachweisen.

Indem wir nun von der Verlaufsform absehen und uns dem Ausgange der Melancholie zuwenden, so haben wir betreffs der Prognose streng auseinanderzuhalten:

1. die Prognose des einzelnen Anfalles:
  - a) in Bezug auf den Ausgang,
  - b) in Bezug auf die Dauer des Anfalles;
2. die Prognose quoad Recidive;
3. die Möglichkeit des Ueberganges in einen anderen Zustand krankhafter Seelenstörung.

Was die Endprognose des einzelnen Anfalles betrifft, so ist hierbei das Hauptgewicht auf die Zeitperiode zu legen, in welcher die Melancholie beobachtet wird; ausserdem kann noch die erbliche Belastung von Bedeutung sein.

In Bezug auf den Ausgang der melancholischen Attaque fanden sich für die einzelnen Decennien folgende Zahlen: (s. nebens. Tabelle).

Wir sehen aus nebens. Tabelle, dass die meisten Heilungen mit 100 pCt. das II. Decennium aufweist, dann kommen: das III. mit 80 pCt., das IV. mit 75,0 pCt., das VI. mit 43,1 pCt., das V. mit 39,3 pCt., das VII. mit 25,9 pCt. Heilungen. Das VIII. Jahrzehnt weist keine Heilung auf.

Im Ganzen sind die Heilungsaussichten beim weiblichen Geschlecht etwas günstiger als beim männlichen. Die Melancholien des II.—IV. Jahrzehntes incl. heilen mit 79,0 pCt., wobei das männliche Geschlecht mit 86,3 pCt. gegen 76,9 pCt. Heilungen des weiblichen Geschlechtes obsiegt.

| Decennium | Summa | Männer |      |         | Frauen |      |         | Einfache |      |         | Recidivirende |      |         | Ges.-Summe |      |         |
|-----------|-------|--------|------|---------|--------|------|---------|----------|------|---------|---------------|------|---------|------------|------|---------|
|           |       | Geh.   | Geb. | Ungelh. | Geh.   | Geb. | Ungelh. | Geh.     | Geb. | Ungelh. | Geh.          | Geb. | Ungelh. | Geh.       | Geb. | Ungelh. |
| 2.        | 6     | —      | —    | —       | 6      | —    | —       | 6        | —    | —       | —             | —    | —       | 6          | —    | —       |
| 3.        | 50    | 11     | 1    | —       | 29     | 7    | 2       | 25       | 6    | 1       | 15            | 2    | 1       | 40         | 8    | 2       |
| 4.        | 44    | 8      | 1    | 1       | 25     | 8    | 1       | 20       | 8    | 2       | 13            | 1    | —       | 33         | 9    | 2       |
| 5.        | 61    | 5      | 4    | 5       | 19     | 15   | 13      | 12       | 12   | 9       | 12            | 7    | 9       | 24         | 19   | 18      |
| 6.        | 58    | 5      | 9    | 4       | 20     | 16   | 4       | 16       | 15   | 5       | 9             | 10   | 3       | 25         | 25   | 8       |
| 7.        | 27    | 4      | 2    | 8       | 3      | 4    | 6       | 3        | 3    | 10      | 4             | 3    | 4       | 7          | 6    | 14      |
| 8.        | 4     | —      | 1    | 1       | —      | —    | 2       | —        | 1    | 1       | —             | —    | 2       | —          | 1    | 3       |
| 250       |       | 33     | 18   | 19      | 102    | 50   | 28      | 82       | 45   | 28      | 53            | 23   | 19      | 135        | 68   | 47      |
|           |       | 70     |      |         | 180    |      |         | 155      |      |         | 95            |      |         | 250        |      |         |

Tabelle der Heilungen in Procenten ohne Rücksicht auf die Form der Melancholie.

| Decennium         | Männer    | Frauen     | Gesamtsumme |
|-------------------|-----------|------------|-------------|
|                   | pCt.      | pCt.       | pCt.        |
| 2. Dec. (11.—20.) | 0         | 6 = 100    | 6 = 100     |
| 3. Dec. (21.—30.) | 11 = 91,6 | 29 = 76,3  | 40 = 80     |
| 4. Dec. (31.—40.) | 8 = 80,0  | 25 = 73,5  | 33 = 75     |
| 5. Dec. (41.—50.) | 5 = 35,7  | 19 = 40,4  | 24 = 39,8   |
| 6. Dec. (51.—60.) | 5 = 27,7  | 20 = 50,0  | 25 = 43,1   |
| 7. Dec. (61.—70.) | 4 = 28,6  | 3 = 23,0   | 7 = 25,9    |
| 8. Dec. (71.—80.) | 0         | 0          | 0           |
| Summa             | 33 = 47,1 | 102 = 56,6 | 135 = 54    |

Von 250 Melancholien heilen ohne Rücksichtnahme auf Alter, Geschlecht und Form 135 = 54 pCt.; davon entfallen auf die einfachen Melancholien 82 Heilungen = 52,9 pCt., auf die recidivirenden 53 = 55,7 pCt.

Es geben diese Zahlen jedoch deshalb kein scharfes Bild, weil bei einer Reihe von Fällen die Beobachtungszeit noch eine zu kurze ist und daher bei mehreren jugendlichen Melancholien, welche zur Zeit noch als gebessert geführt werden, wohl in nächster Zeit Heilung erwartet werden kann. Immerhin ist so viel daraus zu ersehen, dass die Heilungsaussichten im Grossen und Ganzen von Decennium zu Decennium sich etwas verschlechtern, ohne dass es bisher gelungen wäre, schon zu Beginn der Erkrankung die Endprognose exact zu stellen. Vielleicht

gelingt es weiterer klinischer Beobachtung entsprechende Merkmale herauszufinden.

Was den Unterschied zwischen einfachen und recidivirenden Formen quoad sanationem betrifft, so haben die letzteren in allen Lebensaltern die grösseren Procentsätze von Heilungen für sich, wenngleich nicht zu verkennen ist, dass dieser Unterschied mit zunehmendem Alter geringer wird.

Endprognose der recidivirenden Melancholien.

| Decennium | Summa | 21 Männer |      |        |      |        |      | 74 Frauen |      |        |      |        |      | Heilung |      | Besserung |      | Ungeheilt |      |
|-----------|-------|-----------|------|--------|------|--------|------|-----------|------|--------|------|--------|------|---------|------|-----------|------|-----------|------|
|           |       | Geheilt   |      | Geb.   |      | Ungeh. |      | Geheilt   |      | Geb.   |      | Ungeh. |      |         |      |           |      |           |      |
|           |       | = pCt.    | =    | = pCt. | =    | = pCt. | =    | = pCt.    | =    | = pCt. | =    | = pCt. | =    | = pCt.  | =    | = pCt.    | =    | = pCt.    | =    |
| 3.        | 18    | 6         | 100  | —      | —    | —      | —    | 9         | 75,0 | 2      | 16,6 | 1      | 8,3  | 15      | 83,3 | 2         | 11,1 | 1         | 5,5  |
| 4.        | 14    | 3         | 100  | —      | —    | —      | —    | 10        | 90,9 | 1      | 9,1  | —      | —    | 13      | 92,8 | 1         | 7,1  | —         | —    |
| 5.        | 28    | 1         | 25,0 | —      | —    | 3      | 75,0 | 11        | 45,8 | 7      | 29,1 | 6      | 25,0 | 12      | 42,8 | 7         | 25,0 | 9         | 32,1 |
| 6.        | 22    | 1         | 25,0 | 3      | 75,0 | —      | —    | 8         | 44,4 | 7      | 38,8 | 3      | 16,6 | 9       | 40,9 | 10        | 45,4 | 3         | 13,6 |
| 7.        | 11    | 2         | 66,6 | —      | —    | 1      | 33,3 | 2         | 25,0 | 3      | 37,5 | 3      | 37,5 | 4       | 36,3 | 3         | 27,2 | 4         | 36,3 |
| 8.        | 2     | —         | —    | —      | —    | 1      | 100  | —         | —    | —      | —    | 1      | 100  | —       | —    | —         | —    | 2         | 100  |
|           | 95    | 13        | 61,9 | 3      | 14,2 | 5      | 23,8 | 40        | 54,0 | 20     | 27,0 | 14     | 18,9 | 53      | 55,7 | 23        | 24,2 | 19        | 20,0 |

Endprognose der einfachen (155) Melancholien.

| Decennium | Summa | 49 Männer |      |        |      |        |      | 106 Frauen |      |        |      |        |      | Heilung |      | Besserung |      | Ungeheilt |      |
|-----------|-------|-----------|------|--------|------|--------|------|------------|------|--------|------|--------|------|---------|------|-----------|------|-----------|------|
|           |       | Geheilt   |      | Geb.   |      | Ungeh. |      | Geheilt    |      | Geb.   |      | Ungeh. |      |         |      |           |      |           |      |
|           |       | = pCt.    | =    | = pCt. | =    | = pCt. | =    | = pCt.     | =    | = pCt. | =    | = pCt. | =    | = pCt.  | =    | = pCt.    | =    | = pCt.    | =    |
| 2.        | 6     | —         | —    | —      | —    | —      | —    | 6          | 100  | —      | —    | —      | —    | 6       | 100  | —         | —    | —         | —    |
| 3.        | 32    | 5         | 83,3 | 1      | 16,6 | —      | —    | 20         | 76,9 | 5      | 19,2 | 1      | 3,8  | 25      | 78,1 | 6         | 18,7 | 1         | 3,1  |
| 4.        | 30    | 5         | 71,4 | 1      | 14,2 | 1      | 14,2 | 15         | 65,2 | 7      | 30,4 | 1      | 4,3  | 20      | 66,6 | 8         | 26,6 | 2         | 6,6  |
| 5.        | 33    | 4         | 40,0 | 4      | 40,0 | 2      | 20,0 | 8          | 34,7 | 9      | 34,7 | 7      | 30,4 | 12      | 36,3 | 12        | 36,3 | 9         | 27,3 |
| 6.        | 36    | 4         | 28,5 | 6      | 42,8 | 4      | 28,5 | 12         | 54,5 | 9      | 40,9 | 1      | 4,5  | 16      | 44,4 | 15        | 41,6 | 5         | 13,9 |
| 7.        | 16    | 2         | 18,1 | 2      | 18,1 | 7      | 63,6 | 1          | 20,0 | 3      | 60,0 | 3      | 60,0 | 3       | 18,7 | 3         | 18,7 | 10        | 62,5 |
| 8.        | 2     | —         | —    | 1      | 100  | —      | —    | —          | —    | —      | —    | 1      | 100  | —       | —    | 1         | 50,0 | 1         | 50,0 |
|           | 155   | 20        | 40,8 | 15     | 30,6 | 14     | 28,5 | 62         | 58,4 | 30     | 28,3 | 14     | 13,2 | 82      | 52,9 | 45        | 29,0 | 28        | 18,0 |

Wir sehen beim Vergleichen dieser beiden Tabellen, dass der Procentsatz der Heilungen bei der recidivirenden Melancholie im Allgemeinen etwas grösser ist als bei der einfachen. Die recidivirenden Melancholien des weiblichen Geschlechts weisen im Ganzen weniger Heilungen auf als die des männlichen, bei der einfachen Melancholie ist das Verhältniss ein umgekehrtes.

Bei den recidivirenden Melancholien weist das IV. Decennium, bei

den einfachen das III. die meisten Heilungen auf. Die Heilungstendenz nimmt bei der recidivirenden Melancholie mit zunehmendem Alter langsamer ab als bei der einfachen. Bemerkenswerth ist der hohe Procentsatz der Heilungen bei den einfachen weiblichen Melancholien im VI. Jahrzehnt im Gegensatz zu den männlichen; derselbe ist bei den recidivirenden auch noch vorhanden, aber weniger ausgesprochen. Auffällig ist, dass bei den recidivirenden männlichen Melancholien im VII. Decennium sich noch 66,6 pCt. Heilungen finden gegenüber 25 pCt. der weiblichen. Die Ursache liegt wohl in der kleineren Zahl der in diesem Zeitabschnitte zur Beobachtung gekommenen Melancholien.

Was die Zeitprognose betrifft, so liessen sich für die verschiedenen Lebensalter folgende Durchschnittszahlen herausrechnen, wobei der Endausgang nicht unterschieden ist:

| Decennium | Männer                                 | Frauen                                  | Einfache     | Recidivirende | Ges.-Summe | Durchschn.<br>Krankh.-<br>Dauer<br>Jahre |
|-----------|----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------|---------------|------------|------------------------------------------|
| 2.        | —                                      | 6 = 0,9 J.                              | 6 = 0,9 J.   | —             | 6          | 0,9                                      |
| 3.        | 6 einf., 1,15 J.<br>6 recid., 0,83 J.  | 24 einf., 1,4 J.<br>12 recid., 1,3 J.   | 32 = 1,27 J. | 18 — 1,06 J.  | 50         | 1,16                                     |
| 4.        | 7 einf., 1,53 J.<br>3 recid., 1,08 J.  | 23 einf., 1,2 J.<br>11 recid., 1,3 J.   | 30 — 1,36 J. | 14 — 1,19 J.  | 44         | 1,27                                     |
| 5.        | 10 einf., 2,55 J.<br>4 recid., 1,18 J. | 23 einf., 1,69 J.<br>24 recid., 1,47 J. | 33 — 2,12 J. | 28 — 1,32 J.  | 61         | 1,72                                     |
| 6.        | 14 einf., 2,53 J.<br>4 recid., 2,3 J.  | 22 einf., 1,88 J.<br>18 recid., 2,12 J. | 36 — 2,20 J. | 22 — 2,21 J.  | 58         | 2,20                                     |
| 7.        | 11 einf., 2,56 J.<br>3 recid., 1,83 J. | 5 einf., 3 J.<br>8 recid., 2,40 J.      | 16 — 2,78 J. | 11 — 2,14 J.  | 27         | 2,46                                     |
| 8.        | 1 einf., 2 J.<br>1 recid., 2 J.        | 1 einf., 1,5 J.<br>1 recid., 3 J.       | 2 — 1,75 J.  | 2 — 2,50 J.   | 4          | 2,12                                     |
|           |                                        |                                         | 155 einf.    | 95 recid.     | 250        |                                          |

Wenn wir nur die bis jetzt zur Heilung gelangten Melancholien in Betracht ziehen, so ergeben sich folgende Durchschnittszahlen:

(Tabelle hierzu siehe umseitg.)

Es sei an dieser Stelle noch einmal hervorgehoben, dass die theilweise Kürze der Beobachtungszeit wohl den Procentsatz der definitiven Heilungen etwas herunterdrückt.

Es war fernerhin von Interesse, zu vergleichen, wieviel Heilungen auf recidivirende und wieviel auf einfache Melancholien entfallen.

| Decennium | Männer                                | Frauen                                | Einf. | Recid. | Durchschnittliche Krankheitsdauer |        |          | Gesamtzahl |
|-----------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|--------|-----------------------------------|--------|----------|------------|
|           |                                       |                                       |       |        | Einf.                             | Recid. | im allg. |            |
|           |                                       |                                       |       |        | Jahre                             |        |          |            |
| 2.        | —                                     | 6                                     | 6     | —      | 0,9                               |        | 0,9      | 6          |
| 3.        | 5 einf., 1,05 J.<br>6 recid., 0,83 J. | 20 einf., 1,32 J.<br>9 rec., 1,1 J.   | 25    | 15     | 1,18                              | 0,96   | 1,07     | 40         |
| 4.        | 5 einf., 1,10 J.<br>3 recid., 1,08 J. | 15 einf., 1,13 J.<br>10 rec., 1,30 J. | 20    | 13     | 1,11                              | 1,19   | 1,15     | 33         |
| 5.        | 4 einf., 1,93 J.<br>1 recid., 2,0 J.  | 8 einf., 1,11 J.<br>11 rec., 1,15 J.  | 12    | 12     | 1,52                              | 1,57   | 1,54     | 24         |
| 6.        | 4 einf., 1,68 J.<br>1 recid., 1,0 J.  | 12 einf., 1,68 J.<br>8 rec., 2,06 J.  | 16    | 9      | 1,68                              | 1,53   | 1,60     | 25         |
| 7.        | 2 einf., 2,25 J.<br>2 recid., 2,0 J.  | 1 einf., 2,0 J.<br>2 rec., 1,75 J.    | 3     | 4      | 2,12                              | 1,87   | 1,99     | 7          |
|           | 33                                    | 102                                   | 82    | 53     |                                   |        |          | 135        |

Verhältniss der Heilungen der einfachen zu den recidivirenden Melancholien.

| Dec. | Summa | Männer |        | Frauen |        | Einfache  | Recidivirende |
|------|-------|--------|--------|--------|--------|-----------|---------------|
|      |       | einf.  | recid. | einf.  | recid. |           |               |
| 2.   | 6     | —      | —      | 6      | —      | 6 = 100   | — = —         |
| 3.   | 50    | 5      | 6      | 20     | 9      | 25 = 78,1 | 15 = 83,3     |
| 4.   | 44    | 5      | 3      | 15     | 10     | 20 = 66,6 | 13 = 92,8     |
| 5.   | 61    | 4      | 1      | 8      | 11     | 12 = 36,9 | 12 = 42,8     |
| 6.   | 58    | 4      | 1      | 12     | 8      | 16 = 44,4 | 9 = 40,9      |
| 7.   | 27    | 2      | 2      | 1      | 2      | 2 = 18,7  | 4 = 36,4      |
|      | 246   | 20     | 13     | 62     | 40     | 82        | 53            |

Wir ersehen daraus, dass mit Ausnahme des VI. Jahrzehnts der Procentsatz der Heilungen bei den recidivirenden ein grösserer ist als bei den einfachen Melancholien. Dass dieses Verhältniss für das II. Decennium nicht zutrifft, ist daraus zu erklären, dass in diesem frühen Lebensalter sehr selten Recidive vorhergegangen sind, wohl aber ist anzunehmen, dass die jetzt noch als einfach aufgeführten Melancholien sich später in der Mehrzahl als recidivirende herausstellen werden.

Von Wichtigkeit ist es zu wissen, dass bei den Melancholien des vorgeschrittenen Alters selbst nach 4—5 Jahren noch die Möglichkeit einer Heilung gegeben ist.

Wir kommen damit von der Endprognose auf die Zeitprognose zu sprechen, deren practische Bedeutung besonders den Angehörigen gegenüber jedem Arzte einleuchtet. Während in den meisten Lehrbüchern die Dauer der einfachen Melancholie von 5—9 Monaten, gün-



stige Umstände vorausgesetzt, angegeben wird, sind meine Zahlen durchschnittlich, insbesondere auch im jugendlichen Alter etwas höher. Es mag dies theilweise daher rühren, dass an der Tübinger Klinik an und für sich mit dem Prädicat „geheilt“ sehr vorsichtig umgegangen wird und andererseits auch bei vorhandener Krankheitseinsicht, Aufgeben der melancholischen Ideen und Zunahme des Körpergewichts und des Schlafes häufig noch längere und im vorgerückten Alter selbst lange Zeit eine Reihe nervöser Beschwerden vorhanden sind, welche die Heilung noch nicht als eingetreten erscheinen lassen. Der Begriff der Heilung enthält besonders bei psychisch Kranken viel Subjectives und daraus ist es auch zu erklären, dass die verschiedenen Forscher zu verschiedenen Ergebnissen kommen. Im Allgemeinen dürfte ja wohl der practische Standpunkt seine Berechtigung haben, wonach von Heilung gesprochen wird, wenn der Genesene wieder wie früher völlig im Stande ist, seinen Wirkungskreis auszufüllen. Dieser Maassstab ist practisch zweifellos genügend, wissenschaftlich aber vielfach nicht. Gerade diejenigen psychischen Erkrankungen, welche vorwiegend die gemüthliche Seite des Menschen betreffen, hinterlassen häufig auf diesem Gebiete Defecte, welche die practische Heilung nicht ausschliessen, wohl aber die wissenschaftliche, ich möchte sagen, ideale völlige Wiederherstellung, den Status quo ante als nicht eingetreten erkennen lassen.

Das Fehlen dieser wissenschaftlichen Heilung wird sich bei Gebildeten leichter constatiren lassen als bei Ungebildeten.

Ausserdem ist noch im Auge zu behalten, dass in einer grossen Anzahl von Fällen, nämlich bei denen mit erblicher Belastung von einer Heilung im strengen Sinne des Wortes eigentlich keine Rede sein kann, da es uns ja nicht gelingt, die Ursache der Erkrankung, d. h. die Disposition zu entfernen. Es wäre daher geeigneter, wie auch sonst, besonders an Irrenanstalten üblich, statt „geheilt“ „vom Anfalle genesen“ zu bezeichnen. Der Begriff „geheilt“ wurde jedoch hier in Tübingen bis jetzt wegen der allgemeinen Statistik beibehalten.

Was die Krankheitsdauer bis zur Heilung betrifft, so sehen wir, dass dieselbe im Allgemeinen von Jahrzehnt zu Jahrzehnt zunimmt, dass also je jünger das kranke Individuum, desto günstiger die Aussicht auf Heilung und desto kürzer der Verlauf der Krankheit sein wird. Die recidivirenden Formen haben durchschnittlich einen höheren Procentsatz an Heilung und eine kürzere Krankheitsdauer als die einfachen Melancholien.

Betreffs einzelner psychischer Symptome in Rücksicht auf die Heilung der Melancholie liess sich keine Gesetzmässigkeit finden. Das Auftreten von Beziehungswahn wurde häufiger bei erb-

lich Belasteten als bei nicht Belasteten beobachtet, es hatte für die jugendlichen Fälle weder was den Ausgang, noch die zeitliche Dauer der Erkrankung anging, eine ungünstige Bedeutung. Beziehungswahn wird mehr in den höheren Lebensaltern, vom V. Jahrzehnt aufwärts, geäußert und scheint für die Melancholien dieses Alters von weniger günstiger Bedeutung zu sein, insofern sowohl die Dauer der melancholischen Attaque eine längere als dem Durchschnitte des betreffenden Jahrzehntes entsprechende als auch der Heilungsprocentsatz ein geringerer wurde. Es konnte kein Ueberwiegen der recidivirenden Melancholien constatirt werden.

Hallucinationen scheinen im V. und VI. Jahrzehnt die Heilungsaussichten etwas zu trüben im Vergleich zu den nicht mit Sinnes-täuschungen einhergehenden Melancholien.

Bei Bestehen von Zwangsvorstellungen fanden sich für das 4. und 5. Jahrzehnt weniger Heilungen, für das 6. jedoch eher mehr. Auftreten von ausgesprochenem Stupor hat für das III. und V. Decennium eine entschiedene Verschlechterung der Prognose quoad sanationem erkennen lassen. In diesen beiden Jahrzehnten wurde er am häufigsten beobachtet, erbliche Belastung fand sich in 58,8 pCt.

Sondenfütterung verringerte für alle Lebensalter die Zahl der Heilungen.

Hypochondrische Ideen scheinen im Allgemeinen auf den Ausgang der Melancholie ohne Einfluss zu sein, dasselbe trifft für die Unreinlichkeit zu, vorausgesetzt dass sie nicht, wie z. B. im Senium, Schwächesymptom ist.

Nur für das IV. Decennium fiel bei Bestehen hypochondrischer Ideen eine Verminderung des Heilungsprocentsatzes von 79,4 auf 49,9 pCt. auf.

Was die Aussicht auf Heilung bei Fällen mit rücksichtsloser Ausübung der Onanie betrifft, so standen bei unserer Statistik nur 3 derartige Fälle zur Verfügung. Bei allen 3 handelte es sich um Männer in vorgeschrittenem Lebensalter mit starker erblicher Belastung. Es genasen alle 3. Es dürfte demnach die Onanie in diesen Fällen ein Ausdruck der degenerativen Grundlage, auf der die Melancholie sich aufbaute, sein.

Was den Zusammenhang der Zeitprognose mit diesen Symptomen anlangt, so scheint es, als ob Beziehungswahn, wie schon eben erwähnt, hauptsächlich im IV. und V. Decennium einen protrahirteren Verlauf der Melancholie mit sich bringe.

Unreinlichkeit und hypochondrische Ideen liessen keine principielle Verschlechterung der Zeitprognose erkennen. Das Vor-

kommen hypochondrischer Ideen wurde beim männlichen Geschlecht doppelt so häufig als beim weiblichen gefunden. Nach Schüle ist klinisch höchst bemerkenswerth die prognostische Bedeutung der Hallucinationen für den Verlauf des Einzelfalles. Melancholien mit ächten und sehr lebhaften Hallucinationen sollen, worauf schon Hagen hinwies, nicht in ein manisches Nachstadium übergehen. Die Zeitprognose wird im Allgemeinen durch Sinnes-täuschungen nicht getrübt.

Die Nothwendigkeit der Sondenfütterung scheint für das III. bis VI. Decennium eine längere als dem Durchschnitte entsprechende Krankheitsdauer zu involviren.

Ausgesprochener Stupor verschlechtert vom III.—V. Decennium etwas die Zeitprognose. Das Auftreten von Zwangsvorstellungen liess im III. und IV. Jahrzehnt einen etwas protrahirteren Verlauf der Melancholie erkennen.

Die mit den climacteriellen Störungen einsetzenden Melancholien deren es 26 sind, vertheilen sich auf das V. Jahrzehnt mit 17 und auf das VI. mit 9. Die End- und Zeitprognose ist in beiden Decennien für die climacteriellen ungünstiger als für die nicht climacteriellen.

30 nicht climacteriellen Melancholien des V. Jahrzehntes mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 1,43 Jahren und 43,3 pCt. Heilungen stehen gegenüber 17 climacterielle Melancholien von 2,33 Jahren und mit 35,2 pCt. Heilungen.

VI. Decennium hat: 31 nicht climacterielle von 1,75 Jahren und 58,06 pCt. Heilungen und 9 climacterielle von 2,19 Jahren und 22,2 pCt. Heilungen.

Nach Farquharson erkranken die erblich Belasteten durchschnittlich früher an Melancholie und leiden öfter an Recidiven, gesunden aber auch leichter.

Diese Angabe konnte auch bei vorliegender Statistik bestätigt werden.

Betreffs der Neigung zu Recidiven sagt Mendel: „Vor allem zeichnet sich die Melancholia hypochondr. durch die Häufigkeit der Recidive aus“. Diese Beobachtung liess sich auf Grund der vorliegenden Statistik nicht festhalten, im Gegentheil stellte es sich heraus, dass die nicht hypochondrischen Melancholien mit 39,5 pCt. Recidiven über die hypochondrischen mit nur 27,7 pCt. Recidiven überwiegen.

70 pCt. der recidivirenden Melancholien haben ihre erste Attaque im II.—IV. Decennium.

Es besteht also der alte Satz zu Recht, dass die im

jugendlichen Alter einsetzenden Melancholien grosse Neigung zur Wiederholung zeigen.

Dies erhellt schon daraus, dass von unseren 100 Melancholien des II.—V. Decenniums schon nach so kurzer Beobachtungszeit (im Maximum 7 Jahre!) 32 = 32 pCt. sich als recidivirende entpuppt haben.

Erbliche Belastung begünstigt, wie schon erwähnt, das Eintreten von Recidiven und zwar in ausgesprochenerem Maasse beim männlichen, als beim weiblichen Geschlecht. Wir finden bei den einfachen Melancholien in 41,4 pCt. Heredität, während bei den recidivirenden in 54,7 pCt. sich erbliche Belastung nachweisen liess. Bei dem männlichen Geschlecht steigt sogar der Procentsatz auf 66,6 pCt.

Der von Ilberg in seiner „Prognose der Geisteskrankheiten“ aufgestellte Satz quoad Recidiven: „Betreffs der voraussichtlichen Länge der freien Zwischenzeiten gilt im Allgemeinen die Regel, dass zwischen leichten Anfällen kurze, d. i. Monate lange — zwischen schweren längere, d. h. Jahre lange Zwischenzeiten liegen. Zuweilen häufen sich die Anfälle während einiger weniger Jahre und treten dann wieder auf Jahre, ja Jahrzehnte zurück. Im höheren Alter pflegen sich die freien Zwischenzeiten immer mehr zu verkürzen, zuweilen bleiben die Kranken zuletzt auch in den Zwischenzeiten geistig abnorm, verwirrt und krank“ fand im Allgemeinen seine Bestätigung. Eine Gesetzmässigkeit konnte weder in dieser noch in irgend einer anderen Richtung gefunden werden.

Ilberg, welcher, der Kraepelin'schen Anschauung huldigend, die Melancholie des Rückbildungsalters, des Alters zwischen 40 bis 48 Jahren, als eine besondere Krankheit, als die Melancholie *κατ' ἐξοχήν* auffasst, lässt dieselbe „meist definitiv abheilen, oft  $\frac{1}{2}$  Jahr, nicht selten 1 Jahr und länger dauern“.

Dieser Aussage in Bezug auf Dauer und Ausgang kann Verf. auf Grund seiner Zahlen nicht beistimmen. Abgesehen davon, dass die Zeit der climacteriellen Störungen in anderen Grenzen schwankt — nach unseren Erhebungen vom 43.—53. Lebensjahre — hat die Berechnung der Krankheitsdauer dieser Melancholien für das V. Jahrzehnt eine solche von durchschnittlich 2,3 Jahren mit 35,2 pCt. Heilungen ergeben. Das VI. Jahrzehnt wies eine Dauer von 2,19 Jahren und 22,2 pCt. Heilungen auf.

Nach Ilberg geht „die Melancholie des höheren Alters sehr oft in Schwachsinn aus“. Es ist natürlich schwer zu entscheiden, ob es sich in diesbezüglichen Fällen um eine wahre Melancholie mit Ausgang in Schwachsinn gehandelt hat oder ob nicht von Anfang an eine mit depressiver Verstimmung einsetzende senile Demenz vorlag. Wie schon

früher ausgeführt, verlangen gerade die Melancholien des höheren Alters eine sehr kritische Untersuchung und bedürfen längerer klinischer Beobachtung, um sich prognostisch einigermaassen äussern zu können. Bei dem Mangel jeglicher Gesetzmässigkeit des klinischen Ablaufes wird auch dem geübten Beobachter eine Fehldiagnose nicht erspart bleiben. Diese Unsicherheit an und für sich zwingt naturgemäss die klinische Psychiatrie immer wieder nach entscheidenden Symptomen oder Symptomengruppirungen zu fahnden. Heller führt als charakteristische Kennzeichen der senilen Melancholie an: „Ungeheuerlichkeit der Wahnideen überhaupt; diese deutet auf das Auftreten geistiger Schwäche. Hypochondrische Wahnbilder, oft in sehr grosser Zahl; sie sind abhängig von den zahlreichen Sensationen des alternden Körpers, von dem Egoismus des Alters, das den Blick immer mehr auf die eigene Person als auf die Umgebung richtet. Die Beeinträchtigungsideen sind, neben anderen Entstehungsgründen, auf das Misstrauen der Greise zurückzuführen. Treten Sinnestäuschungen auf, so können dieselben durch die senilen Veränderungen an den Sinnesorganen veranlasst sein und in diesem Falle die Diagnose der senilen Melancholie stützen“.

Nach Ziehen beobachtet man bei der Melancholie ausser dem Ausgang in volle Heilung noch folgende Ausgänge:

- „1. In Heilung mit Defect.
2. In Tod (intercurrente Krankheiten, Selbstmord).
3. In secundären Schwachsinn.
4. In chronische Melancholie.
5. In secundäre Paranoia.

Bei Anstaltsbehandlung tritt nach ihm fast in 90 pCt. aller Fälle völlige Genesung ein, eine im Vergleich zu unserer Durchschnittsziffer von 54 pCt. gewiss sehr hohe Zahl. Unter Anerkennung der bei dieser Statistik nicht auszuschliessenden Kürze der Beobachtung dürfte unseres Erachtens ein Heilungsprocentsatz von 70—80 pCt. kaum überschritten werden.

Heilung mit Defect ist nach Ziehen ein seltener Ausgang. Leider ist nicht näher ausgeführt, worin dieser Defect besteht, sondern nur erwähnt, dass dem Laien dieser „leichte Defect“ meist vollständig entgehe. Es liegt bei Erwähnung dieses Defectes nahe, an die jugendlichen Depressionsformen zu denken, wie sie im Beginne der Dementia praecox sich mitunter einstellen und mit einer gemüthlichen Stumpfheit (gemüthlichen Verblödung) ablaufen. Ein näheres Eingehen auf diesen Punkt ist mangels Fixirung des Begriffes „Defect“ nicht angängig. Ebenso selten wie die Heilung mit Defect ist der Ausgang in

secundären Schwachsinn (*Dementia secundaria* — Ziehen). Dieser Ausgang dürfte hauptsächlich auf die „senilen Melancholien“ Anwendung finden. Etwas häufiger soll nach Ziehen der Ausgang in chronische Melancholie sein, wobei Gedächtniss und Urtheilskraft ziemlich intact bleiben und die Affectstörungen sich nur theilweise ausgleichen. „An Stelle der heftigen Angstaffecte tritt eine krankhafte Wehleidigkeit. Die Denkhemmung weicht bis zu einem gewissen Grad, aber auf dem Gebiete des Handelns erhält sich eine dauernde Hemmung: die Kranken sind unschlüssig und energielos und daher leistungsunfähig“. Sie ergehen sich zumeist in monotonem Jammern und unfruchtbaren Selbstanklagen.

Der Ausgang in secundäre Paranoia endlich ist nach Ziehen nicht häufig. Die Intelligenz bleibe dabei intact, es treten massenhafte Hallucinationen und Verfolgungsideen auf.

Die Ursachen für die schlechten Ausgänge seien unbekannt.

Der Ausgang in secundäre Paranoia findet sich mit Vorliebe in den Jahren des Climacteriums und in dem höheren Lebensalter.

Es ist ja leider richtig, dass die Ursachen für die schlechten Ausgänge nicht bekannt sind, wenngleich andererseits stets betont werden muss, mit möglichster Berücksichtigung aller Eventualitäten und Anschauungen die klinische Beobachtung durchzuführen. Ich habe schon mehrfach die Erfahrung an mir gemacht, dass man zu rasch die Diagnose stellt. Bei peinlicher Abwägung aller Punkte und gleichmässiger Einhaltung aller in Betracht kommenden Gesichtspunkte von allen Beobachtern müsste es meines Erachtens nicht unmöglich sein, die klinischen Krankheitsbilder in der Psychiatrie enger und schärfer zu umgrenzen. Nur durch gemeinsame Arbeit ist jemals klinisch etwas zu erreichen! Gerade die Unmöglichkeit, welche sich mir auf Grund dieser Arbeit ergab, etwas Gesetzmässiges ausfindig zu machen und festzulegen, spricht dafür, dass eine gemeinsame Arbeit vielleicht bestimmte Normen entdecken lässt.

Zusammenfassend lässt sich auf Grund des statistischen Vergleiches Folgendes sagen:

Bei den 250 Melancholien überwiegt mit 2,5 : 1 das weibliche Geschlecht.

Die ländliche Bevölkerung ist mehr als doppelt so stark als die städtische vertreten.

Verheirathete weisen mehr Erkrankungen an Melancholie auf als Ledige.

In 46,4 pCt. liess sich erbliche Belastung, welche in 50 pCt. davon

eine gleichartige ist, und in 35,2 pCt. psycho- resp. neuropathische Constitution nachweisen.

Aeussere Ursachen waren in  $\frac{3}{4}$  aller Fälle vorhanden.

Von Hause aus stille, zu ernster Lebensauffassung neigende Naturen erkrankten leichter an Melancholie (50,4 pCt.), als heiteres oder mittleres Temperament.

Die durch acute körperliche Erkrankungen hervorgerufenen oder im Verlaufe chronischer Krankheiten auftretenden Melancholien haben nichts Specifisches, ebenso wenig die in der Schwangerschaft oder im Verlaufe des Wochenbettes ausbrechenden.

Das 5. Jahrzehnt weist die meisten Melancholien auf, sodann das 6. und 3.

Auf die Zeit vom 2.—5. Jahrzehnt entfallen mehr Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht, für die Zeit vom 6.—8. Jahrzehnt überwiegt das männliche. Es zeigt somit das weibliche Geschlecht Neigung früher an Melancholie zu erkranken, als das männliche.

Für die Melancholie ist charakteristisch der anhaltende traurige Affect; sehr gewöhnliche Erscheinungen sind ausserdem: Kleinheitswahn, Versündigungsideen, Selbstanklagen, Angst, Insufficienzgefühl, Lebensüberdruß und Suicidalneigung, Abnahme von Schlaf, Appetit und Körpergewicht.

Die höheren Lebensalter neigen mehr zu Selbstmord als die jüngeren, erblich Belastete mehr als nicht Belastete, von den Belasteten gleichartig und direct Belastete am meisten.

Melancholien mit starker ängstlicher Erregung bei Tage und daneben bestehendem gutem Appetit und Schlaf heilen langsamer, weisen mehr erbliche Belastung auf und neigen zu Recidiven oder circulärem Verlauf.

Die melancholischen Wahnideen sind als aus dem melancholischen Affect entsprungen anzusehen und als Erklärungsversuche aufzufassen.

Eine ausreichende Erklärung für die Ursache der Heilbarkeit des entwickelten melancholischen Wahnsystems ist noch nicht gefunden.

Die Präcordialangst ist als eine Neurose des Herznervengeflechts anzusehen.

Beziehungswahn kommt in den höheren Lebensjahrzehnten und bei erblicher Belastung mehr vor als im jugendlichen Alter und bei Nichtbelasteten.

Sinnestäuschungen treten nicht so selten im Verlaufe der Melancholie auf, jedoch meist nur sporadisch und sind in der Mehrzahl nicht als echte Hallucinationen, sondern als Ausfluss der melancholischen

Verstimmung und dadurch begünstigte illusionäre Umdeutung der Umgebung aufzufassen.

Ein hallucinirender Melancholiker ist als gemeingefährlich zu betrachten. Zwangsvorstellungen und Stupor überwiegen bei vorhandener Heredität.

Die Menses setzen in ca. 38 pCt. im Verlaufe der Melancholie aus. Ihr Bestehen oder Cessiren ist ohne Einfluss auf den Ablauf der Melancholie, ihr Wiedereintritt meist als günstiges Zeichen anzusehen.

Erhöhung des Kniephänomens, des vasomotorischen Nachröthens und der mechanischen Muskeleerregbarkeit finden sich nicht so selten.

Die Differentialdiagnose der jugendlichen Melancholien erfordert sorgfältige und oft längere klinische Beobachtung. Vor Allem ist die Abgrenzung gegen die sogenannte Dementia praecox bedeutungsvoll.

Ausgang der jugendlichen Melancholie in Schwachsinn oder Uebergang in Paranoia ist selten.

Zu warnen ist vor einer Augenblicksdiagnose und vor Ueberschätzung eines einzelnen Symptoms.

Die Abgrenzung gegen beginnende Paralyse kann beim Fehlen aller körperlichen Symptome sehr schwierig und längere Zeit unmöglich sein.

Die climacteriellen Melancholien sind oft nicht leicht von paranoischen Zuständen dieses Alters abzugrenzen.

In höherem Alter erfordert das depressive Initialstadium der senilen Demenz und die Melancholie zu ihrer Unterscheidung eine sorgfältige und wiederholte Untersuchung. Fehlschlüsse werden in diesem Alter am häufigsten gemacht. Der Nachweis geistiger Schwächesymptome ist von entscheidender Bedeutung. Die Prüfung der Merkfähigkeit kann hier wie bei dem Verdacht auf Paralyse einen werthvollen Aufschluss geben.

Mehr als die Hälfte sämtlicher Melancholien heilen, die jugendlichen mehr als die des höheren Alters, die recidivirenden mehr als die einfachen, die erblich Belasteten eher als die Unbelasteten. Letzteres gilt jedoch vorwiegend für das Alter von 15—50 Jahren.

Das weibliche Geschlecht weist mehr recidivirende Melancholien auf als das männliche.

Streng periodische Melancholien kommen in der Klinik selten zur Beobachtung.

Das 5. Decennium weist sowohl die meisten einfachen als die meisten recidivirenden Melancholien auf. 70,5 pCt. der recidivirenden Melancholien setzen vor dem 40. Jahre ein, doch können selbst noch im 6. und 7. Jahrzehnt sich recidivirende Melancholien entwickeln.

Die Behauptung Kraepelin's, dass die jugendlichen Depressions-



zustände, d. h. Melancholien, niemals einfach bleiben, also nicht definitiv abheilen, kann an vorliegendem Material nicht nachgeprüft werden.

Der Ausspruch Kraepelin's, dass die Hauptmasse der Kranken mit Depressionszuständen im höheren Alter stehe, trifft im Allgemeinen wohl zu, hat aber für die Melancholie nicht die ihr zugelegte Bedeutung. Nach der vorliegenden Statistik kamen 64 pCt. Melancholien vor dem 50. Lebensjahre und nur 35,6 pCt. nach diesem Zeitpunkt zur Beobachtung.

Es lässt sich eine klinische, durchgreifende Verschiedenheit in der Symptomatologie der jugendlichen Melancholie und derjenigen des höheren Alters nicht nachweisen.

Die Reservierung des Begriffes Melancholie für die Depressionszustände des Rückbildungsalters ist zur Zeit noch nicht berechtigt.

Die Neigung der jugendlichen Melancholien, zu recidiviren, ist ausgesprochener als im Allgemeinen angenommen wird. Es ist ein zweifelloses Verdienst Kraepelin's, auf diese Neigung zu Recidiven wieder nachdrücklich hingewiesen zu haben.

Es gelingt bislang noch nicht, aus der Symptomatologie des einzelnen melancholischen Anfalles einen Schluss auf den weiteren Verlauf, insbesondere die Möglichkeit der Recidive und den event. Uebergang in circuläres Irresein, mit Sicherheit zu ziehen.

Die von Kraepelin als ein von den jugendlichen Melancholien abweichendes Merkmal hervorgehobene, ungünstigere Prognose der Melancholie des höheren Lebensalters kann als entscheidend nicht betrachtet werden. Es deckt sich diese Abnahme der Heilungsaussichten mit der aller Erkrankungen des höheren Lebensalters.

Es giebt einzelne Symptome, welche eine Vermuthung auf den weiteren Verlauf zulassen.

Der Procentsatz der Heilungen nimmt sowohl für die einfachen als für die recidivirenden Melancholien mit zunehmendem Alter ab, doch bei den letzteren langsamer als bei den ersteren.

Beziehungswahn ist für die Melancholien des höheren Lebensalters sowohl in Bezug auf die End- als auch Zeitprognose von weniger günstiger Bedeutung. Dasselbe trifft zu für die Hallucinationen im V. und VI. Decennium.

In den Fällen mit Zwangsvorstellungen und Stupor werden weniger Heilungen beobachtet, als in den entsprechenden ohne diese krankhaften Erscheinungen.

Sondenfütterung scheint für alle Lebensalter prognostisch nachtheilig zu sein.

Hypochondrische Melancholien zeigen keine grössere Neigung, zu recidiviren, vermindern aber vielleicht in den höheren Jahrzehnten etwas den Heilungsprocentsatz.

Erbliche Belastung begünstigt das Eintreten von Recidiven.

Eine Gesetzmässigkeit lässt sich nirgends nachweisen.

Die Zeit- und Endprognose der mit climacteriellen Störungen einsetzenden Melancholien ist weniger günstig als bei den anderen Fällen dieser Jahrzehnte.

Der Uebergang der Melancholie in Paranoia ist selten, die Melancholien des Involutionsalters scheinen am meisten Neigung zu paranoider Umwandlung zu haben. Vielleicht gelingt es späterhin, schon vom Beginne an die entscheidenden Merkmale herauszufinden.

Die Melancholien des höheren Lebensalters sind sehr schwer von den depressiven Initialstadien der senilen Demenz abzugrenzen und scheinen bis jetzt ineinander übergehen zu können.

Die gemeinsame klinische Beobachtung nach denselben Gesichtspunkten, unter Umständen mit Benutzung eines einheitlichen Schemas, verspricht am ehesten die Auffindung constanter klinischer Merkmale.

Die Beurtheilung der Melancholien hat sich immer nach Form, Alter und Geschlecht zu richten, es ist nicht angängig, z. B. die an weiblichem Krankenmaterial gesammelten Erfahrungen auch auf das männliche zu übertragen, wenngleich es Verf. nicht gelungen ist, einen durchgreifenden bezw. constanten Geschlechtsunterschied festzustellen.

---

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Dr. Siemerling, für die Anregung zu dieser Arbeit, für die gütige Ueberlassung des Materials und das mir entgegengebrachte rege Interesse meinen ergebensten Dank abzustatten.

---

### Literatur-Verzeichniss.

Zeller, Allgem. Zeitschr. f. Psych. I. 25.

Griesinger, Geisteskrankheiten. IV. Aufl.

v. Krafft-Ebing, Die Melancholie. Klinische Studie. Erlangen 1874.

Schüle, Klinische Psychiatrie. III. Aufl. 1886.

Mendel, Klinische Beiträge zur Melancholie. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 46.

Meynert, Vorlesungen über Psychiatrie.

Mendel, Melancholie (Eulenburg, Realencyclopaedie. 1887).

Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie.

- Wernicke, Grundriss der Psychiatrie.
- J. L. A. Koch, Leitfaden der Psychiatrie. II. Aufl.
- Ziehen, Die Erkennung der Melancholie in der Praxis. 1896. Sammlung zwangloser Abhandlungen. I.
- Kraepelin, Compendium der Psychiatrie. 1883.
- Kraepelin, Psychiatrie. III. Aufl. 1889.
- Kraepelin, Psychiatrie. V. Aufl. 1896.
- Kraepelin, Psychiatrie. VI. Aufl. 1899.
- Neisser, Referat. Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie. XX. Jahrg. VIII. Bd. Juli 1897.
- Erwin Rückle, Inaug.-Diss. Erlangen 1898.
- Kracauer, Die Melancholie der Frauen nach dem Climacterium. Inaug.-Diss. 1887. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 40. S. 384.
- Jolly, Referat. Archiv f. Psych. Bd. 28. S. 1003 ff.
- J. N. Ramaer, Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. IV. S. 497 ff.
- Norbury, Frank, Parsons Melancholia. Journal of the Amer. med. assoc. p. 1339. Ref. Jahresber. von Mendel. II. S. 1183.
- Watson, W. S., Melancholia and its treatment. Journ. of the Amer. med. assoc. Vol. XXX. No. 15. Ref. Jahresber. von Mendel. II. S. 1183.
- Loveland, B. C., A contribution to the study of melancholia. New York med. journ. XVIII. No. 26. Ref. Mendel, Jahresber. II. 1183.
- O. Müller, Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 29. S. 104.
- C. Lange, Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese. Kopenhagen 1896.
- Spamer, Arch. f. Psych. Bd. VII. S. 160 ff.
- E. Villiger, Beitrag zur Aetiologie der Melancholie. Inaug.-Diss. Basel 1898.
- Farquharson, Ueber Melancholie. Eine Analyse von 730 Melancholicen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 51.
- Grassmann, Kritischer Ueberblick über die gegenwärtige Lehre von der Erblichkeit der Psychosen. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 52.
- Althaus, Ueber Psychosen nach Influenza. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 50. Literaturbericht. S. 143.
- Kirn, Die Psychosen der Influenza. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 48.
- E. Meyer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berl. klin. Wochenschr. 1901. No. 31.
- Esquirol, Des maladies mentales.
- Magnan, Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von Moebius. 1892. II./III. S. 9—35.
- P. Kemmler, Ueber die Depressionsformen des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Vortrag auf der XX. Wanderversamml. der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. 1895. Arch. f. Psych. Bd. XXVII. H. 3.
- Kraepelin, Ueber die klinische Stellung der Melancholie. Monatschrift für Neurologie und Psych. 1899. Bd. VI.
- Friedmann, Ueber den Wahn. S. 164—166.

- E. Heller, Die Wahnideen der Melancholiker. Inaug.-Diss. Marburg 1898.  
Richarz, Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. XV. S. 28 ff.  
Tuczek citirt nach Heller.  
Kahlbaum, Die Katatonie.  
Kirchhoff, Lehrbuch der Psychiatrie.  
Schloess, H., Jahrb. f. Psych. Bd. XIV. S. 114 ff.  
Fritsch, J., Jahrb. f. Psych. 1879. S. 119 ff.  
Helena Sachs, Statistischer Beitrag zur Kenntniss der einfachen und periodischen Melancholie. Inaug.-Diss. Zürich 1899.  
Hagen, Statistische Untersuchungen.  
Ilberg, Die Prognose der Geisteskrankheiten. Zwanglose Abhandl. Bd. III. Heft 6.

(Verfasst im August 1901.)

---