

XXVI.

Ueber manische und depressive Psychosen.

Von

Dr. Robert Walker,

Privatdocent und Secundärarzt an der psychiatrischen Klinik und Irrenanstalt Waldau (Bern).

Von jeher machte die Eintheilung der manischen und melancholischen Formen des Irreseins grosse Schwierigkeiten. War früher unter Jacobi¹⁾ und anderen die Manie z. B. noch eine der häufigsten Krankheitsformen, so ist sie unter Kraepelin und seinen Schülern als besondere Form sozusagen verschwunden. Jacobi fasste die Tobsucht und Melancholie als coordinirte Krankheitsgruppen auf und trennte sie nicht von ihren respectiven periodischen Formen, wie überhaupt die periodischen und circulären Formen erst seit den Arbeiten eines Baillarger (1854), Falret etc. als besondere Krankheit ganz allmählig anerkannt und auch von einander getrennt werden.

Mit den Jahren aber wurden die periodischen Störungen mehr und mehr von den einfachen getrennt. v. Krafft-Ebing führt die Manie und Melancholie als coordinirte, aber getrennte Formen unter dem Sammelbegriff der Psychoneurosen auf, während er alle periodischen Formen unter die psychischen Entartungen stellt; also die einfachen principiell von den periodischen trennt, wie dies schon Kirn verlangt hat. Kirchhoff dagegen bringt Manie, Melancholie, periodische Manie, periodische Melancholie und circuläre Störung als zwar getrennte, aber coordinirte Gruppen unter den Sammelbegriff: einfache, geistige Störungen.

v. Wagner und Pilcz wieder trennen die periodischen Manien und Melancholien streng von den einfachen, indem sie erstere als vollkommen wesensverschieden eher der epileptischen Störung anzureihen sich be-

1) Vide das Literaturverzeichniss am Schlusse der Arbeit.

mühen: also die manische, resp. melancholische Phase mehr als ein rein zufälliges Zustandsbild zu erklären suchen, ähnlich etwa einem epileptischen Aequivalent.

Diese letztere Eintheilungsweise basirt auf noch unabgeklärten Versuchen, die vielleicht erst in der Zukunft sich weiter bekräftigen lassen. Pilcz und andere rechnen die periodisch-manischen und melancholischen Formen mit anderen periodischen Formen zusammen, indem sie eben den Charakter der Periodicität als das Wesentliche ansehen. Bleuler führt auch den periodischen Wahnsinn hier auf. Westphal (1904) fasst die periodischen Störungen als vollkommen wesensverschiedene Störungen den einfachen gegenüber auf, ja er macht eine scharfe Scheidung zwischen periodischen und blos recidivirenden Formen. Als recidivirende fasst er jene Manien und Melancholien auf, die nur einige Male im Leben nach äusseren Schädlichkeiten auftreten, während die periodischen ohne äusseren Anlass sich wiederholen. Er schliesst aus seiner manisch-depressiven Klasse die einfache Manie und einfache Melancholie aus.

Durch die neuen Eintheilungen der Psychosen aber, wie sie von Kraepelin und seinen Schülern, vor allem Weygandt, in den letzten Jahren so einleuchtend und beweisend vorgenommen wurden, hat unter den einfachen oder functionellen Psychosen ausser der Gruppe der Dementia praecox, als genereller Begriff gefasst, keine Gruppe eine so durchgreifende Aenderung erfahren, als die der depressiven und manischen Psychosen. Viel präziser als früher verlangt man heute zur Diagnose einer melancholischen Psychose, dass als ihre Primärsymptome Depression, Angst, allgemeine Hemmung und eventuell Wahnideen ängstlichen Inhaltes einzeln, oder in einander übergehend vorhanden seien. Dem gegenüber werden als Primärsymptome einer Manie verlangt: Exaltation, Ideenflucht, Bewegungsdrang, heitere Stimmung, mit oder ohne Grössenideen. Sind obige Symptome nur secundärer Natur, so sei die Diagnose Melancholie oder Manie auszuschliessen.

Durch die neueren Forschungen Kraepelin's werden eine grosse Zahl von Kranken, welche früher zur Manie, Melancholie oder circulären Psychose gezählt wurden, aus dieser Gruppe ausgeschaltet und der Dementia praecox eingereiht. Kraepelin betont, in diesen Fällen sei die melancholische oder manische Stimmung nur momentanes Zustandsbild, sie habe mit dem Grundcharakter der Krankheit, der ein exquisit verblöndendes, dissociatives, mit Gefühlsabstumpfung verbundenes Element in sich trage, nichts zu thun.

Ich halte diese Anschauung, die sich mehr und mehr Bahn zu brechen scheint, für vollkommen berechtigt und begrüsse es daher, dass

die Verblödungsformen mehr und mehr von den anderen Psychosen abgegrenzt werden, so dass eine reinliche, wissenschaftliche und zugleich praktische Scheidung der einzelnen Gruppen auch innerhalb der sogenannten functionellen oder einfachen Störungen möglich wird, die für die Erkennung und Prognose der Psychosen nur von Nutzen sein kann.

Während Kraepelin noch im Jahre 1893 die Melancholie, Manie und die periodischen Psychosen als coordinirte Formen derselben Gruppe ansah, allerdings schon mit bedeutender Reservatio, ging er in den neuen Auflagen seines Lehrbuches rasch weiter. Er scheidet die einfache Melancholie nunmehr streng von den manischen, periodischen und circulären Psychosen. Er erklärt das Wesen der manisch-depressiven Formen (wozu er die Mania simplex, die periodische Melancholie, die periodische Manie und die circulären Psychosen im engeren Sinne rechnet), als eine Veränderung der ganzen Person, ähnlich wie bei der Paranoia, oder der Epilepsie und er bezeichnet sie als sogenannte endogene Psychosen, deren letzte Ursachen im Menschen selbst, d. h. in seiner Anlage zu suchen seien. Eine einfache Manie schliesst er theoretisch geradezu aus.

Im Gegensatz hierzu erklärt er die Melancholie als eine mehr exogene Psychose, die erst im Verlauf der späteren Jahre aufzutreten und als eine Folge der Altersveränderung, der vorseilen Involution aufzufassen sei. Es sei eine Störung, die, wie die Arteriosklerose, exquisit praesenil sei und ursprünglich Beziehung habe zu Altersveränderungen. Die einfache Melancholie ist nach Kraepelin stammverwandt mit den senilen Psychosen, wozu er noch die von ihm abgegrenzte Form des praesenilen Verfolgungswahnes rechnet.

Kraepelin scheidet also die Melancholie streng ab von den Melancholien, wie wir sie von früher her kannten und gruppirt sie vollkommen anders. Er anerkennt die Melancholie, die nicht erst im Rückbildungsalter entstanden ist, nur als Zustandsbild, als Theilerscheinung des manisch-depressiven Irreseins oder einer anderen, periodisch verlaufenden Psychose, mit der die eigentliche Melancholie nichts zu thun habe.

So glänzend Kraepelin und seine Schüler diese neue Theorie auch darstellen, sie scheint doch nicht überall durchzuschlagen. Ja Kraepelin selber giebt zu, dass noch vieles unaufgeklärt sei. Ich will mich im Folgenden mit dieser Frage zu beschäftigen suchen und habe dazu alle Aufnahmen der Waldau (staatliche Heil- und Pflegeanstalt des Kantons Bern) vom Jahre 1882—1904 durchgenommen und speciell auf diese Frage hin geprüft. Ich habe mit dem Jahre 1882 begonnen, weil von da an eingehendere Krankenjournalen vorliegen und genaue Zählkarten vor-

handen sind und weil ich doch eine möglichst grosse Beobachtungszeit haben wollte.

Ich will gleich erwähnen, dass die Waldau bis zum Frühjahr 1895 die einzige Staatsanstalt des Kantons Bern war und immer viel mit Platznoth zu kämpfen hatte, nie allen Nachfragen um Aufnahme genügen konnte und gerade unruhige, tobende und agitierte Kranke sehr oft abweisen musste. Ich bin mir auch sonst wohl bewusst, vielfach nur Lückenhaftes zu bringen, wie es ja die Durchsicht alter, oft sehr subjectiv gehaltener Krankenjournalen mit sich bringt, wenn man die Kranken selber nicht alle gesehen hat, da ich die Kranken der Waldau erst ab 1895 genauer (d. h. persönlich) kenne.

Wir haben vom Jahre 1882—1904, also in 23 Jahren, 3472 Aufnahmen gehabt, 1821 Männer und 1651 Frauen. Davon kommen für meine Untersuchungen 914 in Betracht, d. h. bei 914 liess die Diagnose im Hauptbuch und in den Zählkarten vermuthen, es könne sich um eine melancholische oder manische Störung irgend welcher Art handeln. Es sind dies 26,3 pCt. aller Aufnahmen. Bei vielen war als Diagnose Tobsucht, menstruales Irresein etc. angegeben, davon fielen 68 für meine Prüfung sofort weg, da es sich um Krankheiten handelte, die mit manisch-depressiven Zuständen nichts zu thun hatten, obwohl es oft auch Psychosen waren, die unter periodischer Form verliefen.

Ich habe aber nur die melancholischen und manischen Kranken in den Bereich meiner Untersuchungen gezogen, aber diese in allen ihren Varianten: einfache, periodische, hypochondrische Melancholie, einfache, periodische Manie und circuläre Psychose (nach altem Sprachgebrauch).

Ohne auf die Erklärung des Wesens der Krankheit in dieser Arbeit näher eingehen zu wollen, habe ich mich dabei besonders von dem Gedanken leiten lassen, prüfen zu wollen, ob es thunlich sei, die einfache Melancholie, so wie sie im sogenannten Rückbildungsalter entsteht, schroff zu scheiden von den Melancholien, die in früheren Jahren, in der Pubertät und später entstehen; ob sie sich in ihren Ursachen, Symptomen und Verlauf wirklich als eine ganz andere Erkrankung präsentirt, oder ob sie nicht vielmehr verwandte Züge mit den übrigen Gemüthserkrankungen habe und ob sie deshalb nicht besser, nach früherer Anschauung, bei den übrigen melancholischen Gruppen verbleibe, wie es auch Westphal kürzlich noch ausgesprochen hat. Ich habe dabei gleichzeitig die Frage gestreift, ob man nicht alle manischen und melancholischen Formen unter einem Sammelbegriff vereinigen sollte, oder ob es wirklich nicht besser sei, die einfache Manie und Melancholie ganz loszutrennen von den periodischen und circulären Formen ihres Charakters. So lange die pathologische Anatomie uns über das Wesen

dieser Krankheitsgruppen keinen Aufschluss zu geben vermag und so lange die Aetiologie dies auch theoretisch nicht einigermaassen mit Sicherheit kann, wird uns bei der Eintheilung als einziges übrig bleiben, den Verlauf der Krankheit, ihre Symptomatologie und Prognose genau zu studiren und diese Formen nach jenen Kriterien zu ordnen.

Es blieben mir nach Wegfall der 68 noch 846 Fälle übrig. Davon kamen bei ernsthafter Durchsicht 172 Fälle ausser Betracht und zwar 122 sogenannte Melancholien, 34 sogenannte Manien und 16 circuläre.

Ich bemerke nämlich: nach aussen grenze ich meine Fälle derart ab, dass ich nur die Melancholien und die Manien hierherrechne, die sich als wirkliche Krankheitsformen *sui generis* erweisen. Selbstverständlich habe ich transitorische oder auch länger dauernde manische oder depressive Zustände, wie sie im Verlauf einer Epilepsie, eines chronischen Alkoholismus, einer progressiven Paralyse etc. vorkommen, nicht berücksichtigen dürfen, während z. B. Angiolella die depressiven Zustände der Paralytiker auch zur Melancholie rechnet!

Aber ebenso wenig konnte ich manische oder depressive Zustände, wie sie im Verlauf einer grossen Zahl der Verblödungspsychosen (*Dementia praecox*, *Hebephrenie*) vorkommen, in meinen Beobachtungskreis nehmen. Das sind ebenso gut nur Theilerscheinungen jener Grundkrankheit, wie das Depressionsstadium einer progressiven Paralyse eine Theilerscheinung ist und wie auch hier Niemand von einer Melancholie *sui generis* sprechen würde, ebenso wenig darf man diesen diagnostischen Fehler dort begehen.

Wenn man dem Sammelbegriff *Dementia praecox* nicht beistimmen kann, so mag man diese Fälle anders benennen, zur Melancholie oder Manie gehören sie nicht.

Ich bin mir der Schwierigkeit wohl bewusst, die sich stets ergibt, wenn man alte Krankengeschichten genau prüfen will, um unparteiisch ein richtiges Krankheitsbild daraus zu entnehmen. Es sprechen da gar viele Factoren mit. Der Arzt, der die Krankengeschichten geschrieben hat, hat vielleicht subjectiv referirt, er hat nicht scharf beobachtet, es sind Symptome nicht erwähnt, die jetzt für die Beurtheilung von grossem Werthe sind, kurz die Schwierigkeiten sind gross.

Wenn ich alle diese Krankengeschichten aus früheren Jahren genauer geprüft habe, so fand ich bei allem Mangel, der ihnen vielfach innewohnt, doch oft schon recht gut, welche zu den Verblödungsformen gehörten und welche nicht, und dies auch in den Jahren, wo die Eintheilung der Psychosen noch eine andere war, wo überhaupt die Diagnose Manie und auch Melancholie gar gerne gestellt wurde; wurde doch im Jahre 1882 bei 99 Aufnahmen 30 mal die Diagnose Melan-

cholie gestellt, im Jahre 1904 bei 161 Aufnahmen nur 19 mal (periodische einbegriffen).

Ich meine also auch schon in den Krankenjournalen jener Jahre Hinweise gefunden zu haben, dass bei vielen Kranken die Diagnose Melancholie schon damals schwer zu beweisen war, weil eben die Hauptmerkmale der Melancholie: die Depression oder die Angst oder die primäre Denkhemmung nicht im Vordergrund waren, sondern weil das Krankheitsbild durch eine Zerfahrenheit der Gedanken und durch Gefühlsstumpfheit getrübt war.

Das Gleiche gilt auch für die Manie; ich fand, dass oft die eigentliche manische oder melancholische Stimmung fehlte und dass relativ rasch Endzustände eintraten, die wir bei den manisch-depressiven Zuständen, so wie wir sie jetzt auffassen, kaum vorfinden, die wir aber bei der jetzt besser bekannten und classificirten Dementia praecox zu sehen gewohnt sind. Ich musste diese deshalb von meiner Untersuchungsreihe abtrennen und zu den Verblödungsformen rechnen. Dass es Grenzfälle giebt, in denen die Frage schwer zu beantworten ist, ob in einem Falle Manie bei angeborenem Schwachsinn oder z. B. Hebephrenie vorliege, ist allgemein bekannt.

Wusste ich aus den Krankengeschichten mir keinen Rath mehr zu holen, so half mir oft der spätere Ausgang der Krankheit auf die Spur, d. h. ich habe mich bei Angehörigen oder Behörden nach den Kranken erkundigt und sehr oft eine befriedigende Auskunft erhalten. Ich muss allerdings hier betonen, dass die Antworten auch oft unbefriedigend, d. h. mangelhaft waren, ja dass ich oft auf mehrere Anfragen keine Antwort erhielt. Zugleich will ich auch hier anführen, dass die Anamnesen, die wir von den Kranken haben, begreiflicherweise nicht immer einwandfrei und genau sind, allein dies ist nicht nur hier, sondern auch in allen anderen Anstalten so. Es muss eben nicht vergessen werden, dass der Arzt oft beim Nachforschen etwas in die auskunftgebende Person hineinsuggeriren kann, das dann wieder der objectiven Berichterstattung schadet.

Habe ich dann nach Bekanntsein der Endausgänge die Krankengeschichten noch einmal nachgeprüft, so war es mir meist klar, dass schon während der Krankheit die richtige Diagnose hätte gestellt werden können. So glaube ich, dass bei allem Mangel doch reelle Werthe entstanden sind.

Ich glaube mich mit diesen Worten genügend klar ausgedrückt zu haben über die Abgrenzung meiner Untersuchung nach aussen. So blieben für meine eigentlichen Untersuchungen noch:

674 Fälle = 19,4 pCt. aller Aufnahmen,
 davon fielen auf die Männer 218 " = 11,2 " " "
 " " " " Frauen 456 " = 27,6 " " "

Bei der Abgrenzung der Fälle im Innern muss ich etwas eingehender werden. Ich will gleich erwähnen, dass ich auch hier noch die Einschränkungen gemacht habe, die mir nothwendig schienen. So musste ich von den untersuchten 674 Fällen bei genauerer Prüfung noch mehrere als für meine Frage, die ich mir vorgelegt habe, nicht tauglich, zurücklegen. Es sind dies typische Melancholien oder Manien, die bei einem schon kranken Gehirn entstanden sind, ich will sie kurz „unreine Formen“ nennen. Dass ich darunter nicht etwa bloss krankhaft disponirte Gehirne verstehe, wird später klar werden. Es ist ja a priori nicht einzusehen, warum nicht auch z. B. bei Schwachsinnigen, bei Senilen etc. eine typisch verlaufende Melancholie auftreten könnte, meist aber sind es doch nur intercurrente Verstimmungen. Pilcz betont, dass periodische Seelenstörungen selten mit anderen Psychosen vermischt vorkommen, eine Ausnahme machen nur Hysterie und Epilepsie.

Ich habe solche unreinen Formen in grösserer Zahl vorgefunden: 28 Männer und 74 Frauen, also 102 Fälle. Ich werde sie am Schlusse meiner Betrachtungen noch erwähnen, da sie aus dem gleichen Grund in die Anstalt kamen wie die anderen untersuchten Fälle. Sie sind aber zur Besprechung meiner eigentlichen Frage weniger geeignet. Es handelt sich um Kranke, die schon vorher hysterisch, senil, angeboren schwachsinnig etc. waren. Hier war eben die Manie oder Melancholie mehr nur Complication der anderen Gehirnstörung und so für meine Untersuchung werthlos.

Ich rechne aber zu den unreinen Formen nicht solche Manien etc., die in ihren Symptomen hin und wieder z. B. ein hysterisches Symptom zeigen, das aber mit der Krankheit wieder verschwindet. Solche Fälle kommen sehr häufig vor, wie es ja überhaupt kaum eine Psychose giebt, in der nicht z. B. vereinzelte katatonische Symptome vorkommen, ohne dass wir deshalb im entferntesten an eine Complication mit Katatonie denken würden.

Es bleiben also für meine Hauptfragen noch 190 Männer und 382 Frauen = 572 Fälle = 16,5 pCt. der Gesamtaufnahmen (M. = 10,4 pCt., F. = 23,1 pCt.).

Diese habe ich in allgemein üblicher Weise eingetheilt in:

1. Melancholia simplex (ohne mich damit auf Unterbezeichnung, wie Mel. attonita, agitata, cum stupore etc. einzulassen).
2. Melancholia periodica.

3. Melancholia hypochondrica.

4. Mania simplex.

5. Mania periodica.

6. Circuläre Form (manisch-depressive Form in engerem Sinne).

Diese Classificirung scheint sehr einfach zu sein und doch ist sie nicht überall so leicht. Wir wissen alle, dass Schwankungen und Uebergänge von einer Form zur anderen sehr häufig vorkommen. Wie soll man nun die Grenze ziehen?

Ich rechne alle jene Melancholien zur einfachen Melancholie (der typischen Melancholie), die nur einmal bei einem Individuum auftreten, die während des ganzen Verlaufs keine so grossen Schwankungen zeigten, dass man kürzere oder längere Intervalle beobachten könnte. Ich habe mich, ausschliesslich nur um von vornherein eine Grundlage der Eintheilung zu haben und ohne mein Urtheil in irgend einer Weise zu präjudiciren, Ziehen angeschlossen, der sich äussert, der Versuch, alle periodischen und einfachen Melancholien vor dem Rückbildungsalter ohne Weiteres unter dem manisch-depressiven Irresein zusammenzufassen, beruhe auf einer Verwechselung von Recidiven mit dem Begriff der Periodicität (was auch Westphal und Hoche im Princip betonen).

Neigung zu Recidiven und Exacerbationen haben fast ausnahmslos alle Psychosen. Ich dachte mir, soll ich deshalb eine Melancholie, die nicht vollkommen ohne Schwankung verläuft, als periodisch oder gar circulär auffassen? Dann müssten auch alle Melancholien im Rückbildungsalter dorthin versetzt werden, denn ich habe darin, wie wir später sehen werden, in meinen Fällen keinen Unterschied gefunden. Auch Suchanoff und Andere betonen, dass die einfache Melancholie zu Recidiven und zu Schwankungen neige, ohne dass man sie deswegen als periodische auffassen dürfe, während Brush periodische und einfache Melancholie nicht trennen will.

Kleinere Schwankungen und ein leiser manischer Anklang, wie er so häufig bei Melancholien vorkommt, hinderte mich also nicht, einen Fall zur einfachen Melancholie zu rechnen.

Aehnlich verhält es sich bei der Mania simplex.

Zur periodischen Melancholie resp. Manie habe ich alle jene Fälle gezählt, die nach grösseren oder geringeren Intervallen in gleicher Weise, wie das erste Mal, mit dem gleichen Krankheitscharakter wieder erkrankten. Ich habe sogenannte recidivirende Fälle nicht ausgeschlossen, denn vorläufig kann ich noch nicht einsehen, wie wir die Grenze ziehen wollen zwischen Recidiven und Periodicität. Die schon angeführten Arbeiten von Westphal, Hoche, Ziehen etc. haben nur

generell die Scheidung dieser beiden Formen verlangt, allein sie scheinen mir die Lösung der Frage nicht gebracht zu haben, da sie gar nicht gezeigt haben, worin eigentlich der Unterschied besteht und woran wir erkennen sollen, warum z. B. eine mehrere Male auftretende Melancholie oft eine recidivirende sei und nicht eine periodische. Dass das eine Mal eine äussere Ursache, Gelegenheitsursache, gefunden wird, das andere Mal nicht, also die Krankheitsphase nicht abgelaufen sei, kann mir zur principiellen Trennung nicht genügen.

Zu den circulären Formen gehören alle die, bei denen mehr oder weniger regelmässig Manie und Melancholie wechseln, jedoch so, dass jede Phase ganz gut, für sich genommen, eine abgegrenzte Psychose sein könnte.

Endlich habe ich noch die hypochondrische Melancholie für sich gruppiert. Zu dieser Untergruppe rechne ich alle Melancholien mit vorwiegend oder ausschliesslich mehr oder weniger stabilen hypochondrischen Wahnideen. Ich habe diese Unterabtheilung nur aus practischen Gründen angenommen. Sie rekrutiren sich meist aus einfacher, doch ab und zu auch aus periodischer Melancholie. Auf Einzelheiten werde ich weiter unten noch eintreten.

Von den 190 Männern fallen auf die

Melancholia simplex	= 42 = 22,1 pCt.	od. 2,3 pCt. d. Gesamtaufnahmen
„ periodica	= 39 = 20,5 „	od. 2,1 „ „ „
„ hypochond.	= 25 = 13,1 „	od. 1,4 „ „ „
Mania simplex	= 9 = 4,7 „	od. 0,5 „ „ „
„ periodica	= 12 = 6,3 „	od. 0,6 „ „ „
Manisch-depress. Form.	= 63 = 33,3 „	od. 3,5 „ „ „

Von den 382 Frauen fallen auf die

Melancholia simplex	= 135 = 35,4 pCt.	od. 8,2 pCt. d. Gesamtaufnahmen
„ periodica	= 128 = 33,5 „	od. 7,8 „ „ „
„ hypochond.	= 5 = 1,3 „	od. 0,3 „ „ „
Mania simplex	= 12 = 3,1 „	od. 0,7 „ „ „
„ periodica	= 12 = 3,1 „	od. 0,7 „ „ „
Manisch-depress. Form	= 90 = 23,6 „	od. 5,4 „ „ „

Von den 572 Gesamtfällen erkrankten an:

Melancholia simplex	= 177 = 30,9 pCt.	od. 5,1 pCt. d. Gesamtaufnahmen
„ periodica	= 167 = 29,2 „	od. 4,8 „ „ „
„ hypochond.	= 30 = 5,2 „	od. 0,9 „ „ „
Mania simplex	= 21 = 3,7 „	od. 0,6 „ „ „
„ periodica	= 24 = 4,2 „	od. 0,7 „ „ „
Manisch-depress. Form	= 153 = 26,8 „	od. 4,4 „ „ „

Ich will gleich hier kurz bemerken (auf die Details werde ich später zu reden kommen), dass ich als häufigste Form unter meiner Untersuchungsgruppe die einfache Melancholie gefunden habe, wie v. Krafft-Ebing und andere. Beinahe gleich stark vertreten ist die periodische Melancholie, im Gegensatz zu anderen Untersuchungen wie v. Krafft-Ebing, Pilcz etc., die die periodische Melancholie nur äusserst selten oder gar nie rein gefunden haben. In dritter Linie steht die circuläre Psychose und am seltensten käme die einfache und periodische Manie vor. Farquharson fand umgekehrt doppelt soviel Manien als Melancholien.

Die Frauen erkrankten ungemein viel häufiger an manischen und depressiven Psychosen als die Männer. Besonders auffallend ist dies bei *Melancholia simplex* und *periodica*. Auch Mendel betont, dass Frauen häufiger an dieser Form leiden. Auffallend ist hingegen, dass die Männer viel mehr an hypochondrischer Melancholie erkranken als Frauen. Diese hypochondrischen Formen streifen schon etwas an die Gruppe der Paranoia. Bei den Männern ist die circuläre Form häufiger als die einfache und periodische Melancholie.

Wir finden bei der **Melancholia simplex** die zahlreichsten Erkrankungen in den Jahren 26—55, unter ziemlichlichen Schwankungen. Vor dem 20. Jahre und nach dem 55. nehmen sie ziemlich rasch ab. Das Durchschnittsalter beträgt 42 Jahre. Weir Mitchel fand das Maximum der Erkrankung zwischen 20—40 Jahren und zwar bei Frauen gleich wie bei den Männern. Brush fand als Durchschnittsalter bei der Erkrankung der Männer 42 Jahre, der Frauen 41 Jahre.

Bei den Männern haben wir vom 16.—55. Jahre eine relativ gleichmässige Erkrankungszahl, wobei zwei relative Maxima vorhanden sind, ein stärkeres zwischen 46.—55. Jahre und ein relativ schwächeres zwischen 26.—35. Jahre. Mendel fand auch zwei Maxima, eines zwischen 50.—60. und ein zweites zwischen 20.—30. Jahre. Das Durchschnittsalter ist 40 Jahre. Bei den Frauen ist eine ziemlich gleichmässige Frequenz zwischen 26.—60. Jahre, in welcher Periode drei Maxima hervorragen: von 31.—35., 41.—45. und 51.—55. Jahre. Einzelte Fälle kommen noch in höherem Alter vor. Mendel fand hier zwei Frequenzmaxima: eines zwischen 20.—30. Jahre und eines zwischen 45.—50. Jahre. Das Durchschnittsalter liegt bedeutend höher als bei den Männern, d. h. im 43. Jahre; also gerade das Gegentheil von dem Befund von Brush. Kraepelin behauptet, dass 64 pCt. zwischen 50.—60. Jahre erkranken. Während Kirchhoff wieder ein Maximum in der Pubertät und ein zweites relatives Maximum im Climacterium annimmt.

Alter
bei der ersten
Erkrankung

Jahre

Jahre	Melancholia simplex			Melancholia periodica			Melancholia hypochondr.			Mania simplex			Mania periodica			Circuläre Psychose			Summa		
	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.	M.	F.	S.
0-10	—	—	—	—	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11-15	—	—	—	2	19	5	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16-20	—	—	—	7	23	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21-25	—	—	—	2	25	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26-30	—	—	—	5	17	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31-35	—	—	—	7	14	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
36-40	—	—	—	2	16	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41-45	—	—	—	2	9	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
46-50	—	—	—	3	11	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51-55	—	—	—	8	20	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
56-60	—	—	—	7	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61-65	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66-70	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71-75	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76-80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81-85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	42	135	177	39	128	167	25	5	30	9	12	21	12	12	24	63	90	153	190	382	572
Durchschnittsalter in Jahren	40	43	42	34	32	32 1/2	37	48	39	29	34	32	28	25	27	31	27	29	34	35	35

Die hypochondrische Melancholie zeigt keine wesentlich abweichenden Verhältnisse. Die Männer scheinen auch hier durchschnittlich früher an dieser Form von Melancholie zu erkranken. Ich denke, das Climacterium wird bei den Frauen auch hier wie bei vielen anderen Psychosen wesentlich dazu beitragen, dass in späteren Jahren noch mehr Frauen erkranken. Das Durchschnittsalter der Frauen ist 48 Jahre, das der Männer nur 37 Jahre, insgesamt 39 Jahre.

Die Erkrankungen aller übrigen untersuchten Fälle (periodische und circuläre) mit Ausnahme der periodischen Melancholie fallen bedeutend früher. Wir haben ein absolutes Maximum zwischen dem 16. bis 20. Jahre. Die Frequenz der Erkrankung nimmt dann continuirlich ab und hört mit dem 65. Jahre ganz auf. Ein relatives Maximum tritt noch im 41.—45. Jahre ein, besonders deutlich bei den Männern accentuirt.

Es scheint sich also nach unserer Untersuchung zu bewahrheiten, dass die Melancholie meist in späteren Jahren auftritt, die periodischen und circulären Formen aber früher.

Die periodische Melancholie tritt in regelmässiger Häufigkeit, immerhin mit Schwankungen, zwischen dem 16.—45. Jahre auf, bei einem Durchschnittsalter von nicht ganz 33 Jahren. Auch Hoche nimmt an, diese Melancholie komme meist auf der Höhe des Lebens vor. Bei den Männern haben wir eine erste und zweite Anschwellung der Häufigkeit vom 16.—20 und 26.—30. Jahre, eine dritte in den 40 er Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 34 Jahre. Bei den Frauen ist eine mehr gleichartige Frequenz zwischen dem 16. bis 45. Jahre, also 10 Jahre früher gegenüber der einfachen Melancholie auch mit Anschwellung im 16.—25. und 41.—45. Jahre. Wir haben ein rasches Ansteigen der Frequenz bis in die 20 er Jahre und dann ein auf der Höhe Bleiben und rasches Sinken nach den 40 er Jahren. Das Durchschnittsalter der Erkrankungen beträgt 32 Jahre.

Die Manie zeigt etwas deutlicher accentuirte Merkmale. Wir haben insgesamt ein erstes Frequenzmaximum zwischen dem 16.—25. Jahre und ein zweites relatives zwischen dem 41.—50. Jahre. Ziehen giebt an, die meisten Manien entstanden im Alter von 12—25 Jahren, im mittleren Alter seien sie selten. Dies zeigt sich ebensowohl bei den Männern als bei den Frauen. Bei den Männern ist aber die erste Höhe vor dem 20. Jahre, bei den Frauen nach dem 20. Jahre. Eine zweite Frequenzhöhe tritt bei den Männern in den ersten 40 er Jahren, bei den Frauen in den späteren 40 er Jahren auf. Auch hier ein Vorrücken der Frequenzhöhe bei den Männern. Bei den Männern ist das Durchschnittsalter 29 Jahre, bei den Frauen 34 und insgesamt 32 Jahre.

Die periodische Manie verhält sich fast genau wie die einfache Manie. Nur ist bei den Frauen das Durchschnittsalter bei der Erkrankung auf 25 Jahre gesunken. Hoche und Mendel haben ähnliche Resultate gefunden. Mendel erklärt aber, über 40 Jahren sei eine Manie eine Seltenheit.

Die circulären Formen haben eine constante, hohe Erkrankungsfrequenz zwischen dem 14.—45. Jahre. Innerhalb dieser Periode ist eine absolut und relativ starke Erkrankungsfrequenz zwischen dem 16.—20. Jahre. Von da an nimmt die Erkrankung langsam ab. Ziehen fand, dass $\frac{3}{4}$ der Circulären in der Pubertät erkranken, $\frac{1}{4}$ im Climacterium. Die Männer und Frauen verhalten sich bei der circulären Form beinahe ganz gleich. Nur nehmen die Frauen constanter und gleichförmiger ab mit dem Alter. Das Durchschnittsalter bei den Männern beträgt 31 Jahre, bei den Frauen 27 Jahre, insgesamt 29 Jahre.

In der Gesamtheit unserer Untersuchungen erkennen wir ein absolutes Maximum der Erkrankungshäufigkeit im 16.—20. Jahre. Ein relatives Maximum zwischen dem 21.—35. und 41.—45. Jahre. Im 36.—40. und 46.—55. Jahre ist die Höhe der Erkrankungszahl auch noch erheblich, aber doch entschieden geringer. Vor dem 16. Jahre und nach dem 55. Jahre nehmen die Erkrankungen rasch ab.

Zwischen den Erkrankungen der Männer und jenen der Frauen scheint ein kleiner Unterschied zu bestehen, die Zahl der Erkrankungen ist bei den Frauen zwischen dem 16.—45. Jahre relativ regelmässiger vertheilt, als bei den Männern, wo ein absolutes Maximum im 16. bis 20. Jahre besteht, und die Zahl der Erkrankungen scheint bei den Männern etwas vorgerückt zu sein. Im Uebrigen scheinen diese schwankenden Zahlen mehr von Zufälligkeiten abhängig zu sein. Das Durchschnittsalter ist bei Männern 34, bei Frauen 35 Jahre.

Die vorliegenden Zahlen zeigen uns, dass ein fundamentaler Unterschied zwischen dem Erkrankungsalter der von mir untersuchten Gruppen nicht besteht, dass die periodischen und circulären Formen allerdings in der Pubertät am liebsten erkranken, allein Ausnahmen sind so zahlreich, dass sie auch sozusagen zur Regel werden. Findet sich nun noch kein fundamentaler Unterschied im Verlauf und Erkrankungsart zwischen Melancholie der früheren und späteren Jahre, ihren periodischen und circulären Formen, so wird man nicht fehl gehen, wenn man alle hier angeführten Gruppen bis auf Weiteres als coordinirte Formen einer Einheitsgruppe auffasst.

Gehen wir nun etwas näher auf die einzelnen Gruppen ein:

Melancholia simplex.

Ich kann mir hier eine eingehende, oder besser gesagt erschöpfende Schilderung der Melancholie wohl ersparen. Es kann auch nicht im Rahmen meiner Untersuchung liegen, alle Arten der Melancholie hier genau besprechen zu wollen, gerade die recht häufig vorkommenden leichten Formen der Depression werden sich in meinen Beobachtungen nur äusserst selten vorfinden, da diese leichten Fälle wohl kaum in Staatsanstalten untergebracht werden. Ich will in kurzen Auszügen eine Anzahl meiner Krankengeschichten erwähnen, woraus sich ergeben wird, welcher Unterschied zwischen der Melancholie in späteren und früheren Jahren in unserem Beobachtungsmaterial besteht.

Ich bringe die Krankengeschichten nicht nur proportional der Häufigkeit ihrer Symptome, sondern nach Auswahl und zwar in der Reihenfolge, dass ich bei den verschiedenen Verlaufsarten jeweils die jüngeren Kranken von den älteren trenne. Ich werde der Einfachheit halber erst am Schlusse einige Bemerkungen beifügen.

I. Verlauf ohne nennenswerthe Remissionen und Schwankungen.

a) unter 40 Jahren.

1. G. R., 1873 geboren. Vater melancholisch. In der Waldau vom 13. Juni bis 13. October 1892. Ausser starker Onanie nichts Besonderes. Angeblich nach Onanie Schwindelgefühl und vor drei Monaten zunehmende Depression, Unlust zu aller Arbeit, Hemmung, hypochondrische Klagen und Selbstanklagen wegen Onanie, kein Selbstvertrauen.

In der Waldau gleicher Zustand. Keine Angst, keine Wahnideen, keine Hallucinationen, nur Depression und Hemmung. Langsame, recidivlose Besserung und Heilung. Seither gesund geblieben¹⁾.

2. H. B., 1868 geboren. Vater Trinker, Onkel väterlicherseits und Onkel mütterlicherseits gestört. In der Waldau vom 11. September 1893 bis 20. Februar 1894. Früher gesund. Im Anschluss an starkes Studium und weil er in der Fremde war, wurde er etwa ein Jahr vor der Aufnahme anders. Klagte über verfehltes Leben, sei zu nichts tauglich. Anhaltende und zunehmende Depression, Unfähigkeit zur Arbeit. In der Anstalt unentschlossen, deprimirt, gehemmt und gedrückt. Am Abend stärkere Depression als am Morgen. Langsame und stetige Besserung bis zur Genesung. Nie Sinnestäuschungen, stets klar. Geheilt, und ist es geblieben.

3. E. L., 1867 geboren. Onkel väterlicherseits Trinker, ein Bruder taubstumm. In der Waldau vom 13. Juni bis 11. November 1893. War stets etwas eigen, schloss sich gerne ab, soll viel onanirt haben. Lebte sehr einsam seinem

1) D. h. bis jetzt, Sommer 1905.

Berufe. Nach seiner Verlobung allmählig eintretende Depression, Gefühl des Verlorenseins, Auftreten von kurzen Angstanfällen.

In der Anstalt starke psychomotorische Hemmung, öfters Angstanfälle, Selbstanklagen, sieht trübe in die Zukunft. Vereinzelte hypochondrische Ideen. Nach einigen Monaten anhaltender Höhe der Erkrankung langsames, stetiges Abblassen und Heilung ohne Exacerbationen. Nie Sinnestäuschungen, stets klar. Seither gesund.

4. F. N., 1866 geboren. Vater Trinker, Mutter und eine Schwester auffallend. In der Waldau vom 1. Mai 1893 bis 28. Januar 1894. In ihrer Kindheit und Jugendzeit normal. Hatte später viel Verdross. Ihr Mann war Trinker, sie musste stark arbeiten und hatte vor vier Monaten eine Frühgeburt. Bald darauf beginnende, allmählig zunehmende Depression, keine directe Angst, Selbstanklagen, Verfolgungsideen, Selbstmordgedanken.

In der Anstalt ganz ruhig, still, will nicht reden, antwortet gehemmt, mit leiser Stimme. Zunehmende Depression, grosse Angst, schreit, jammert, heftige motorische Unruhe, will fort, viele Hallucinationen ängstlichen Inhaltes. Etwa drei Tage andauernde, heftige, ängstliche Erregung. Stets klar. Dann rasche Beruhigung. Angst bleibt noch mehrere Wochen. Anhaltende, langsame Besserung, ohne Remissionen. Geheilt entlassen. Nachforschungen seither erfolglos.

5. R. R., 1862 geboren. Mutter melancholisch, drei Tanten mütterlicherseits und eine Tante väterlicherseits gestört, ein Onkel mütterlicherseits Trinker, Grossvater mütterlicherseits melancholisch, ein Onkel väterlicherseits auffallend, ein anderer Onkel väterlicherseits gestört, eine Schwester melancholisch, eine Cousine hysterisch etc. In der Waldau vom 10. Mai bis 15. September 1892. Er war von jeher etwas Hypochonder, intelligent, tüchtiger Arbeiter. Nach seiner Verlobung vor etwa vier Monaten plötzlich schwermüthig, grosse Angst, Unruhe, Selbstanklagen, Unwürdigkeitsideen.

In der Anstalt das gleiche Bild. Hypochondrische Klagen treten etwas auf, verschwinden wieder. Starke Hemmung aller Functionen. Nach wenigen Monaten langsame, stetige Besserung ohne Recidive, geheilt, seither gesund.

6. M. H., 1851 geboren. Grossvater und Tante väterlicherseits melancholisch, Tante mütterlicherseits suicid. In der Waldau vom 5. Januar bis 15. Juni 1884. Früher gesund, von jeher von etwas melancholischer Gemüthsstimmung. Im September 1883 im Anschluss an Krankenpflege müde, das Gefühl des Gottverlassenseins. Allmählige Zunahme.

In der Anstalt Angst, oft verzweifelte Stimmung. Hatte die Idee, sie sei verloren, habe nicht genug gebetet. Stets klar, keine Sinnestäuschungen. Völlig gleichmässiger Verlauf. Ganz langsame und stetige Besserung; gebessert entlassen, hat sich zu Hause noch völlig erholt und ist seither gesund geblieben. Heilung ohne Ueberheiterungsstadium.

b) über 40 Jahren.

7. M. H., 1839 geboren. Eine Schwester eigenthümlich, sonst nicht belastet. In der Waldau vom 24. Juni bis 26. November 1883. Nahm stets alles

schwer, viel Kummer. In letzter Zeit Krankenpflege bei einer operirten Schwester. Nach deren Operation vor zwei Wochen plötzlich Angst, Unwürdigkeitsideen, Suicidgedanken.

In der Anstalt Angst und Depression; vergesslich, apathisch, gereizt, doch Angst und Depression herrschend. Nach wenigen Monaten rasche und stete Heilung. Seither gesund.

8. A. Z., 1843 geboren. Mutter gestört, Vater apoplectisch. In der Waldau vom 29. Januar bis 31. Mai 1894. Früher nie geisteskrank. Als äusserer Anlass wird ein Kuhhandel angegeben, wobei sie zu billig handelte und Vorwürfe von ihrem Manne erhielt. Wurde plötzlich gehemmt, apathisch, zu Allem unfähig, machte sich Vorwürfe, etwa 10 Monate vor dem Eintritt in die Anstalt.

In der Anstalt unbestimmte Angst, psychische Hemmung, menschenscheu, wie stumpf. Allmälige Besserung und Heilung ohne Schwankungen. Gesund geblieben.

9. G. B., 1835 geboren. Vater Trinker, Tante mütterlicherseits gestört, ein Bruder gestört, ein Bruder curios. In der Waldau vom 10. Juni bis 4. October 1886. Seit ca. einem Jahre Menopause, vorher gesund. Hat Uteruspolypen. Ganz allmäliger Beginn von Depression, trübsinnigem Wesen. Sie hat Unwürdigkeitsideen, sei der Antichrist, verworfen etc.

In der Anstalt beständige Angst und innere Unruhe, die stetig zunehmen. Dabei völlig klar. Andeutung von Negativismus, Zwangsbewegungen, oft stuporös. Habe sich religiös vergangen, kommt vorübergehend in religiöse Extase. Stets grosse Angst. Nach Scharlach rasche Besserung und Heilung, keine sichtlichen Hallucinationen. Seither gesund.

10. A. D., 1839 geboren. Eine Schwester melancholisch. In der Waldau vom 5. Juli 1892 bis 28. April 1894. Von jeher still. War scrophulös und hatte viel Nasenbluten. Ganz allmäliger, unscheinbarer Beginn mit Depression, Angst und Verfolgungsideen.

In der Anstalt grosse Angst, Idee, sie werde verbrannt, die Polizei nehme sie. Schreit, klagt über Lufthunger. Hallucinirt, äussert hypochondrische Ideen; vorübergehend Verbigeration. Sonst stets grosse Angst, Unruhe, jammert, Verfolgungsideen bis zu ihrem Tode (Tuberculose).

11. M. A., 1836 geboren. Erbliche Belastung verneint. In der Waldau vom 19. Januar 1893 bis 4. Juli 1900. Von jeher gutmüthig. Menses seit dem 20. Jahre. Nach dem Tode ihres Mannes, vor ca. 5 Monaten Selbstanklagen, fühlt sich verachtet, Angst.

In der Waldau grosse Unruhe und Angst, jammert, zerkratzt sich, meint, sie werde geschlachtet. Schwere Depression, stets die gleichen ängstlichen Wahnideen, keine Hallucinationen. Mit den Jahren Abflachen der grossen Affecte, mehr automatenhaftes Schreien, aber stets noch deprimirt und leicht ängstlich, Unwürdigkeitsideen bis zu ihrem Tode (Tuberculose und Herzfehler).

12. A. Ch., 1835 geboren. Erblich nicht belastet, in der Waldau vom 28. Januar bis 28. April 1899. Von jeher arbeitsame, solide Frau. Nie geisteskrank. Ihre Tochter verheirathete sich Ende Herbst 1898. Im Anschluss daran Depression, Angst, Gefühl des Verlassenseins, jammert und stöhnt.

In der Waldau heftige Angst, starke Hemmung, werde verfolgt, sei schlecht. Nach wenigen Wochen rasche anhaltende Besserung und Heilung. Seither gesund.

II. Remittirender Verlauf, ebenso Genesung remittirend, keine manischen Anklänge.

a) unter 40 Jahren.

13. Z. G., 1864 geboren. Eine Schwester Migräne. In der Waldau vom 10. Juli 1884 bis 14. März 1885. Sie lernte etwas schwer, sonst nichts Besonderes. Menses seit dem 16. Jahre. War stets anämisch. Seit 6 Monaten, nach dem Tode einer Bekannten, Druck auf der Brust, Kopfweh. Seit 4 Wochen Präcordialangst, Zuckungen in Armen und Beinen. Suicidideen.

In der Anstalt Depression, allgemeine Hemmung, grosse Angst, sie müsse sterben, stets allein sein. Keine Hallucinationen. Flüchtige hypochondrische Klagen. Sehr still. Wiederholte Remissionen und heftige Exacerbationen bis zur völligen Heilung. Seither gesund geblieben.

14. A. B., 1863 geboren, unehelich. Mutter und überhaupt Familie der Mutter nervös und schwermüthig. In der Waldau vom 9. November 1883 bis 21. Februar 1884. Mässige Begabung, stets menschenscheu, schwächlich. Im Anschluss an Geschäftssorgen vor etwa 3 Monaten trübe, weinerliche Stimmung, Muthlosigkeit.

In der Anstalt allgemeine Hemmung, deutliche Präcordialangst, Druck auf die Brust, einsilbig. Keine Sinnestäuschungen, keine Wahnideen, stets klar, deprimirt. Unter Remissionen und vorübergehenden grossen Depressionen langsame Heilung. Seither gesund geblieben.

15. M. C., 1861 geboren. Mutter nervös, zwei Onkel mütterlicherseits Trinker, eine Tante mütterlicherseits gestört, ein Bruder gestört. In der Waldau vom 29. Juni 1887 bis 3. Juli 1888. In der Familie Tuberculose, sie selber früher tuberculös. Als veranlassende Momente werden sonst noch angegeben: vor längerer Zeit Schlag auf den Kopf und jetzt Verheirathung ihrer Schwester. Sie war früher psychisch normal, heiter und guter Laune, sehr intelligent. Nach Verheirathung der Schwester, seit etwa 3 Monaten, langsamer Beginn der Störung. Sie wird ängstlich, deprimirt, klagt sich an, sie sei die schlechteste Person.

In der Anstalt grosses Müdigkeitsgefühl, weint viel, grosse Angst, stöhnt vor Angst, klagt sich an. Unter Remissionen langsame Besserung. Wiederholt Hämoptoe. Geheilt entlassen. Keine Sinnestäuschungen, stets klar. Seither psychisch gesund geblieben.

16. J. St., 1849 geboren. Ihr Bruder war Trinker, in der Waldau vom 5. April 1882 bis 25. April 1890. War von jeher geizig. Im Anschluss an finanzielle Verluste kurz vor Eintritt in die Anstalt Depression, machte sich Sorgen, sieht alles schwarz.

In der Anstalt von Anfang an grosse Angstanfälle, Unruhe, jammert. Rasche Besserung und sofort wieder Verschlimmerung. In grosser ängstlicher

Unruhe, Selbstanklagen, oft wie benommen, ob Hallucinationen? In schwankendem Verlauf bis 1889, von da durch Hypnose Besserung. Seither gesund.

b) über 40 Jahren.

17. E. L., 1858 geboren. Tante väterlicherseits gestört. In der Waldau vom 2. Juni bis 3. August 1904. Früher gesund. Später Phlebitis und Herzfehler. Seit April 1903 allmähliche Depression, Hemmung, Angst unbestimmter Art, besonders am Morgen. In steten langsamen Remissionen und Exacerbationen.

In der Anstalt auch Hemmung, Depression, ängstlich. Stets klar. Keine Hallucinationen, keine Wahnideen. Keine völlige Heilung, nur grössere Remission.

18. M. R., 1833 geboren. Erblich nicht belastet, in der Waldau vom 16. Juni 1882 bis 26. April 1883. Von jeher friedliebend. Nie geisteskrank. In letzter Zeit Geldverluste und seither niedergeschlagen, weinerlich.

In der Anstalt grosses Krankheitsgefühl, heftige Präcordialangst, anfallsweise, meint, sie werde enthauptet, ist oft unruhig in der Angst, sonst gehemmt. Viele Schwankungen. Später anhaltende Besserung und ohne Ueberheiterung genesen.

19. A. H., 1845 geboren. Vater gestört, starb durch Suicid, Grossmutter väterlicherseits gestört, sechs Geschwister gestört. In der Waldau vom 26. October 1898 bis 14. Juni 1902. War früher gesund, hat ihren Mann schon lange verloren, im Anschluss an bevorstehenden Wohnungswechsel wurde sie unruhig, machte sich Vorwürfe, wurde ängstlich.

In der Anstalt zuerst grosse Angst, Selbstanklagen, sie sei die grösste Sünderin. Viele Hallucinationen. Oft kleine Besserungen, dann vermehrte Angst, man nehme ihr alles aus dem Kopf, bezieht alles auf sich, Depression, Suicidideen. Sehr langsame, kaum merklich wachsende Besserung. Stets noch leicht deprimirt und gehemmt. Hallucinationen verschwinden. Stets klar. Nur gebessert entlassen, seither relativ ordentlich.

20. A. J., 1843 geboren. Vater gestört, starb durch Suicid, Grossmutter väterlicherseits gestört, sechs Geschwister gestört. In der Waldau vom 9. Juni 1897 bis 20. März 1898. Nahm von jeher alles schwer. Verlor in letzter Zeit einen Sohn und litt an einem Uterusprolaps. Seit etwa 6 Monaten Depression, Beklemmungsgefühl, Angstgefühl, besonders am Morgen, stets klar.

In der Anstalt Angst und Unruhe, Selbstmordtrieb. Keine eigentliche Hemmung. Remissionen und Exacerbationen wechselnd bis zur Entlassung. Geheilt und seither gesund. Keine Hallucinationen, keine eigentlichen Wahnideen.

21. A. R., 1843 geboren. Vater gestört, Grossmutter väterlicherseits gestört, Onkel väterlicherseits Suicidium. In der Waldau vom 20. October 1900 bis 14. August 1901. Sehr intelligent, willensstark. Leichte Arteriosclerose. Vor 5 Tagen starkes Nasenbluten, daran anschliessend Idee, sie müsse sterben, grosse Angst.

In der Anstalt raptusartige Angstanfälle und heftigste motorische Unruhe,

hallucinirt dann, kratzt sich, will sich tödten, oft etwas verwirrt. In den Zwischenzeiten grosse Depression, allgemeine Hemmung. Mehrere Rückfälle, alle gleich. Dann langsame und stete Besserung. Keine Hallucinationen mehr. Völlige, dauernde Heilung.

22. M. B., 1811 geboren. Erblich nicht belastet, in der Waldau vom 5. August bis 2. October 1882 und 16. November 1882 bis 9. Januar 1884. Ausser Herzfehler nichts Besonderes. Seit 5 Monaten Depression, Angst, Selbstanklagen religiöser Natur.

In der Anstalt Depression, Angst, Hemmung. Bald besser. Gedächtniss und Intelligenz gut. Remission, dann Exacerbation: wieder Angst und körperlich gebrechlich. Klar, Depression bis zum Tode.

III. Verlauf mit gelegentlich ganz kurzen manischen Symptomen.

a) unter 40 Jahren.

23. M. Sch., 1867 geboren. Mutter gestört. In der Waldau vom 15. April bis 29. August 1885. War von jeher schwächlich, anämisch, litt an Rhachitis. Angeblich nach unglücklicher Liebe ganz allmäliger Beginn vor etwa 4 Monaten. Wurde still, hatte trübe Gedanken, Selbstanklagen, habe sich schwer vergangen, Angst, besonders am Morgen.

In der Anstalt allgemeine Hemmung, Depression, Druck in der Magen-grube. Tagelang vor Angst und Unruhe hin- und herrutschend, dann plötzlich transitorisch übermüthig, heiter. Angst weicht langsam und schliesslich continuirliche Besserung und Heilung ohne Ueberheiterung. Keine Sinnes-täuschungen, stets klar. Seither gesund.

24. M. St., 1867 geboren. Keine Heredität, in der Waldau vom 9. September bis 2. December 1885. War früher phthiseverdächtig, sonst früher nichts Besonderes. Kränkelte körperlich, wurde wenige Wochen vor der Aufnahme ängstlich, sonderbar, gehemmt, redete nicht mehr.

In der Anstalt psychische und motorische Hemmung, Depression, trübe Stimmung, klar, keine Sinnes-täuschungen. Bald rasche Besserung, Unter leichter Ueberheiterung völlige defectlose Heilung. Seither gesund.

25. S. L., 1871 geboren. Grossmutter mütterlicherseits melancholisch. In der Waldau vom 8. Juli 1890 bis 8. Februar 1891. Intelligent, von stiller Art. Mit 14 Jahren Menses, viel masturbirend. Hatte eine unglückliche Liebe. Wurde in den ersten Monaten 1890 deprimirt, fühlte sich unglücklich, wurde ängstlich.

In der Anstalt oft grosse Angst, Selbstmordideen, dann vorübergehend, plötzlich, eher heiter gestimmt. Oft hallucinirend. Angst sehr vorwiegend, viel Kopfweh, wochenlang verschlossen, gehemmt, wie stuporös, scheinbar affectlos. Allmälige Besserung, ohne Ueberheiterung geheilt. Stets klar. Seither gesund geblieben.

26. L. Z., 1849 geboren. Onkel und Grossvater väterlicherseits auffallender Charakter, Bruder liederlich. In der Waldau vom 3. November 1882

bis 27. Januar 1883. Früher gesund, intelligent, aber keine Ausdauer, keine Initiative. In der Familie Krankheiten (Kind etc.). Aussetzen der Menses. Seit 3 Monaten Angst, Unruhe, planloses Umherirren.

Ebenso in der Anstalt ängstliche Unruhe, Angst vor kommendem Unglück, sehr gehemmt, jammert. Vorübergehende, ganz kurze Ueberheiterung. Dann wieder gleiche Angst. Allmälige Besserung und nach kurzem leichten manischen Uebergang geheilt. Keine Hallucinationen, stets klar. Seither gesund geblieben.

b) über 40 Jahren.

27. Ch. J., 1856 geboren. Tante gestört, Grosstante gestört. In der Waldau vom 20. October 1898 bis 4. April 1899. Guter Charakter, stets normal. In Folge Ueberanstrengung vor etwa 3 Monaten Depression, Müdigkeit, Unfähigkeitsgefühl, zunehmende Angst.

In der Anstalt Angstanfälle, Depression. Hemmung, Hallucinationen ängstlichen Inhaltes. Stets klar. Ziemlich rasche Besserung, zuletzt vor Heilung leicht manisches Stadium. Geheilt geblieben.

28. M. M., 1848 geboren. Tante väterlicherseits gestört, eine Tochter gestört, Schwester nervös. In der Waldau vom 15. Februar 1895 bis 13. August 1896. Früher neurasthenisch, intelligent. Hatte viel Arbeit und häusliche Sorgen. Seit 6 Monaten zunehmende Missstimmung, Reizbarkeit, Selbstanklagen, Depression.

In der Anstalt voller Angst, jammert, Selbstanklagen, sei verloren, unheilbar. Vorübergehend kataleptische Zustände. Nach langsamer Besserung wieder Rückfall, stärkere Depression, Angst, Parästhesien. Später rasche Heilung unter leichter Ueberheiterung.

29. B. K., 1841 geboren. Mutter apoplectisch. In der Waldau vom 19. Januar bis 1. October 1894. Ueber frühere Zeit nichts Besonderes bekannt. In den letzten Jahren wiederholt finanzielle Verluste. Seit über 2 Jahren zunehmende trübe Stimmung, Hemmung, Angst.

In der Anstalt starke Depression, Angst, vorübergehende hypochondrische Klagen, Hallucinationen ängstlichen Inhaltes, Vergiftungsideen. Dabei stets klar. Verschiedene Remissionen und wiederholt leichte manische Stimmung. Später langsame Besserung und Heilung ohne Ueberheiterung. Gesund geblieben.

30. K. L., 1825 geboren. Erblich nicht belastet, in der Waldau vom 28. Mai bis 29. November 1883. War von jeher etwas roh und von etwas schwacher Begabung. Noch nie geisteskrank. Im Anschluss an Krankheit und Tod ihres Schwiegervaters seit etwa 3 Monaten Gewissensbisse, Depression, wortkarg, hypochondrisch, hallucinirend, sprach vom Teufel.

In der Anstalt sehr starke ängstliche, motorische Unruhe, Jammern, sei verloren. Gedächtniss sehr gut. Nach plötzlichem Umschwung in Ueberheiterung völlige Heilung. Seither gesund geblieben.

31. G. Z., 1842 geboren. Sohn Trinker. In der Waldau vom 22. September 1903 bis 11. Februar 1904, war bis jetzt gesund. Seit ihrem 50. Jahre

Menopause. Nach der Verheirathung ihrer Tochter im Frühjahr 1903 wurde sie ängstlich, deprimirt, diabetisch, Remissionen und Exacerbationen.

In der Anstalt sehr ängstlich, deprimirt. Jammert, voll innerer Unruhe, meint, sie sei verloren, unheilbar. Nach längerer Zeit rasche Heilung, einige Zeit früher etwas überheitert.

Aus den mitgetheilten Krankengeschichten können wir entnehmen, dass in den verschiedenen Altersstufen ganz ähnliche Verlaufsarten der Melancholie vorkommen. Ganz speciell kommen nach den hier mitgetheilten Fällen doch unzweifelhaft in früher Jugend Melancholien vor, die sich in nichts von denen des späteren Alters unterscheiden und bei denen wir bis jetzt keinen Anhaltspunkt haben, anzunehmen, dass sie periodisch oder circulär seien, gerade so wenig, wie wir dies bei den Melancholien der späteren Altersperiode a priori anzunehmen gezwungen sind.

Im Besonderen möchte ich hier betonen, dass bei einer grossen Zahl, die zur Beobachtung kamen, der Verlauf kein continuirlicher war. Abgesehen von den fast stets vorhandenen, täglichen Schwankungen verlaufen diese Fälle mit Exacerbationen und Remissionen, ja vereinzelt kommen sogar übermüthige, manische Zustände vor und schliesslich sei noch erwähnt, dass bei vielen Melancholien kurz vor der Genesung noch eine kleine Ueberheiterung, ein manischer Rückschlag, sehr oft in noch physiologischer Grenze, auftritt. Diese Schwankungen sind aber so unbedeutend und gehen im ganzen Bild der Melancholie derart unter, ja sie gehören nach allgemeiner Anschauung so zum normalen Verlauf einer Melancholie, dass man dafür an eine Bezeichnung „periodisch“ oder „circulär“ gar nicht denken dürfte.

Beobachten wir unsere Kranken etwas näher, so sehen wir, dass bei den einen (und zwar wie unsere Beispiele zeigen, in allen Altersklassen im 20. Jahre so gut wie im sogenannten Rückbildungsalter) die Krankheit ganz schleichend einsetzt, dass oft nur Depression und Hemmung besteht ohne Angstanfälle (Fall 1 und 2) und ohne, dass je Wahnideen aufgetreten wären. Diese Depression steigt bis zu einer gewissen Höhe, bleibt mit oder ohne Schwankung bestehen und geht mit oder ohne Schwankung wieder in Heilung über.

Bei anderen tritt eine weinerliche, muthlose Stimmung in den Vordergrund, die Kranken sehen schwere Sorgen auftreten, sie schliessen sich ab, werden menschenscheu, schweigsam, brüten vor sich hin. Zu dieser trüben Stimmung mit allgemeiner Hemmung, treten rasch Angstzustände, Angst vor einem sie bedrohenden Unheil, oder noch häufiger eine ganz unbestimmte Angst. Hand in Hand mit dieser Angst sehen

wir sehr oft Selbstanklagen, Wahnideen, meist Versündigungsideen etc. entstehen.

Meistens steht in den Wahnideen die eigene Person des Kranken im Vordergrund. Die Kranken klagen sich an: sie sind schlecht, sie verderben alles, was sie berühren, sie verpesteten alles, sie sind an allem Unglück schuld, sie sind von Gott abgefallen, verflucht, verstossen etc. In selteneren Fällen werden Drittpersonen von den Wahnideen derart einbezogen, dass die Kranken glauben, sie würden verfolgt, vergiftet und zwar unschuldig verfolgt. In schweren Fällen kommen noch Hallucinationen hinzu, diese letzteren sind schreckhafter, ängstlicher Natur und können die schon vorhandene Angst steigern. In den höchsten Graden kann die Angst so heftig sein, die Hallucinationen so stark werden, die Wahnideen derart dominiren, dass es den Kranken unmöglich wird, sich zu orientiren, ja dass transitorisch ein deliriöser Zustand eintreten kann.

Die Angst äussert sich meist in einer gewissen inneren Unruhe, die Kranken haben nirgends Ruhe, wollen planlos fort, jammern, schreien, wollen verzweifeln, nicht selten werden sie gereizt, zornig, sogar gewalthätig, wenn man sie nicht gewähren lässt.

Viel häufiger aber werden die Kranken in ihrer Angst gegen sich gefährlich und Selbstmordversuche oder wenigstens Drohungen kommen in der überwiegenden Mehrzahl unserer Fälle vor.

Die Hemmung im Denken und Bewegen kann sich steigern bis zum sogenannten melancholischen Stupor, der sich vom Stupor der Dementia praecox auf den ersten Blick oft kaum unterscheiden lässt, immerhin wird es bei genauer Prüfung wohl jedesmal gelingen, diesen Stupor als melancholischen zu diagnosticiren, wie es auch jedesmal gelingen wird, die Diagnose Melancholie zu stellen, auch wenn katatonische Symptome, wie Negativismus, Katalepsie etc. mehr oder weniger passager auftreten (vide Fall 25, 28, 30, 9). Diese nicht zum Bilde der reinen Melancholie gehörenden Symptome scheinen nach meiner Beobachtung nichts Charakteristisches für Verlauf und Prognose zu haben.

Seltener bricht die einfache Melancholie ganz plötzlich, innerhalb ein paar Tagen, auf. Wir haben immerhin in jeglichem Alter Kranke gefunden, bei denen sich die Krankheit in wenigen Tagen zur heftigsten Höhe ganz raptusartig entwickelt hat, vide Fall 21, der eine ältere Person betrifft. Bei anderen ähnlichen Fällen, die ich nicht hier aufzähle, sind seit ihrer Genesung 13—20 Jahre verflossen, ohne dass neue Erkrankungen eingetreten wären.

Haben wir so Fälle, die ganz acut aufgetreten sind, ohne bis jetzt zu recidiviren, so haben wir auf der anderen Seite auch solche, die

ganz acut in Genesung übergingen, ohne dass sie periodisch wurden, z. B. Fall 12, eine 64jährige Patientin betreffend.

Leichtere hypochondrische Klagen und Wahnideen treten nicht selten bei unseren Melancholischen auf, mehr bei den Männern als bei den Frauen, und im Allgemeinen etwas mehr im höheren Alter. Diese Melancholien dauern, wie mir scheint, meist etwas länger, sind im ganzen prognostisch etwas ungünstiger.

Ich will hier gleich erwähnen, dass ich recht oft bei meinen Kranken Hallucinationen beobachtet habe. Ich konnte aber darüber keine genauen statistischen Angaben machen, weil die Krankengeschichten mich in dieser Frage sehr oft im Stiche liessen. So viel schien mir sicher zu sein, dass die Hallucinationen mehr in den schweren Fällen und im höheren Alter auftreten und bei einfacher, reiner Depression fehlen. Ich fand sie bei 39 Frauen und 13 Männern, also in 30 pCt. speciell erwähnt. Ziehen will in 10 pCt. Hallucinationen beobachtet haben, während Schlöss annimmt, man müsse, sobald Hallucinationen auftreten, die Störung zur Paranoia rechnen. In einigen Fällen (vide Fall 19) trat vorübergehend deutlicher Beziehungswahn auf. In einem Falle kamen im Verlauf der Krankheit wiederholt Schwindelgefühle vor (Fall 1) und zwar in einem Falle reiner Depression und Hemmung.

Haben wir bei unserer Melancholie in ihren Symptomen und Verlaufsart keinen durchgreifenden Unterschied gefunden, einestheils zwischen Männern und Frauen, und anderentheils auch nicht zwischen Melancholien, die im Jugendalter und später und solchen, die im Klimacterium und später entstanden sind, so scheinen doch kleinere, aber nach meiner Ansicht nicht ausschlaggebende Unterschiede zu bestehen. So treten, wie erwähnt, Hallucinationen in späteren Jahren etwas häufiger auf, als in jüngeren, also würden auch mehr schwere Fälle im höheren Alter vorkommen, sodann haben die Melancholien der älteren Jahre oft einen hypochondrischen Timbre. Es schien mir auch sehr oft in den Krankenjournalen angedeutet zu sein, dass bei Erkrankungen im höheren Alter der Egoismus etwas mehr in den Vordergrund trete als bei jüngeren Kranken. Bei jüngeren Kranken scheinen die einfachen Depressionen etwas zahlreicher zu sein.

Kemmler will jede Melancholie vor dem Rückbildungsalter als periodische auffassen oder als Zustandsbild einer Dementia praecox erklären, er behauptet auch, die Melancholien des früheren Alters hätten Anklänge an Manie, die der Klimacterialzeit nie, was mit meinen Untersuchungen nicht übereinstimmt.

Sodann kommen bei meinen Kranken im höheren Alter wiederholt abnorme Sensationen, unsinnige Wahnideen (Besessensein, Dreck im

Essen etc.) und ein grosses Angstgefühl vor, was auch Kraepelin erwähnt.

Von den 42 Männern, die an Melancholie litten, sind:

24 genesen	oder 57,2 pCt.	
8 gebessert	„ 19,0	„
4 ungebessert	„ 9,5	„
4 gestorben	„ 9,5	„ davon 2 Suicidia
2 zur Zeit noch da	„ 4,8	„ (bei Abschluss der Untersuchung).

Zu den Geheilten (Melancholie oder Manie) rechne ich alle Kranken, die, soviel ich erfahren habe, seither nicht wieder an Melancholie oder Manie erkrankt sind und nach der Entlassung keine im gewöhnlichen Leben auffallenden Krankheitssymptome mehr zeigten.

Sie sollen also alle Merkmale der Heilung haben; dazu rechne ich Krankheitseinsicht, geistige Klarheit, Gleichgewicht des Gemüthes, Hebung des Allgemeinbefindens, d. h. Zunahme des Körpergewichtes bei Erhaltenbleiben der Urtheilsschärfe, Arbeitslust resp. Arbeitsfähigkeit.

Dieser Begriff der Heilung deckt sich natürlich nicht vollkommen mit dem theoretischen Begriff der Heilung. Wollte man jede psychologisch und wissenschaftlich messbare und nachweisbare Aenderung des Charakters, zurückgebliebene Hemmung, die sich erst später ausgeglichen hat, jeden minimalen Defect als Zeichen einer unvollkommenen Heilung ansehen, so würden aus Anstalten kaum je geheilte Fälle entlassen werden, ja überhaupt wenig Kranke geheilt. Im Uebrigen darf man nicht vergessen, dass man einmal erkrankte Personen auch später viel mehr auf etwa vorhandene Eigenthümlichkeiten hin beobachtet und diese als Folgeerscheinungen der durchgemachten Krankheit ansieht, während nicht selten ähnliche Symptome oder Eigenschaften vor der Erkrankung unbeobachtet geblieben sind.

Ich habe des Princip's wegen auch jene Kranken als geheilt registriert, die erst kurz nach der Entlassung zu Hause sich noch völlig erholt haben. Denn für die Frage der Heilbarkeit der Melancholie kommt es ja nicht darauf an, ob sie in der Anstalt oder zu Hause genesen sind. Es ist aus verschiedenen Gründen oft nicht möglich, die Kranken bis zur völligen Heilung in den Anstalten zu behalten.

Zu den „Gebesserten“ zähle ich die, welche bei der Entlassung resp. da, wo ich die letzten Nachrichten von ihnen erhalten habe, wohl theilweise oder ganz ihre melancholischen etc. Symptome verloren haben, die aber doch nicht mehr so sind wie früher, sei es, dass sie im Charakter wesentlich verändert sind, oder sei es, dass ein intellectueller oder moralischer Defect nicht zu verkennen ist. Es ist anzunehmen, dass von diesen „gebessert“ geführten eine Anzahl noch geheilt wurden,

von denen wir keine Nachricht mehr haben, ja dass man sie grossen theils in etwas weiter Auffassung auch als „geheilt“ bezeichnen könnte.

Ueber die „Ungeheilten“ nur das: ich rechne hierzu solche, deren melancholischer Zustand in einen chronischen übergegangen ist, die also stets melancholisch geblieben sind, oder dann so verblödet resp. alterirt sind, dass sie zu keinem vernünftigen Handeln fähig sind. Diesem letzteren Zustand bin ich allerdings unter meinen Fällen nicht begegnet.

Von den 135 melancholischen Frauen sind:

62 genesen	= 45,9 pCt.	
35 gebessert	= 25,9 „	
18 ungebessert	= 13,3 „	
15 gestorben	= 11,1 „	davon kein Suicidfall in der Anstalt.
5 sind noch hier	= 3,7 „	

Männer und Frauen zusammengerechnet ergeben folgende Zahlen:

Von den 177 Erkrankungen sind:

86 genesen	= 48,6 pCt.	
43 gebessert	= 24,3 „	
22 ungebessert	= 12,4 „	
19 gestorben	= 10,8 „	davon 2 Suicidia.
7 sind noch hier	= 3,9 „	

Wir finden also bei unseren Untersuchungen, dass über 48 pCt. aller Melancholien geheilt werden und 24 pCt. wesentlich gebessert. Ungeheilt sind ca. 12 pCt. Rechnen wir, um ganz ungünstig zu gehen, die (im Sommer 1905) noch in der Anstalt sich befindenden hinzu, so haben wir ca. 16 pCt. unheilbare und ca. 11 pCt. Todesfälle.

Wir haben bei den Männern mehr Heilungen als bei den Frauen, 57 pCt. gegenüber 46 pCt., im Gegensatz zu dem Befund von Schott. Da die Zahl der Erkrankungen bei den Frauen eine grössere ist, so sind die Zahlen der letzteren entschieden auch etwas genauer. Die Zahl der Gebesserten ist bei den Frauen eine grössere und die Gebesserten sind ja im Ganzen genommen auch vielfach geheilt. Rechnen wir die hinzu, so werden von den Männern insgesamt 76 pCt. der Melancholien gebessert und geheilt. Von den Frauen 72 pCt.

Sehen wir uns in der Literatur um, so finden wir die Aussichten auf Heilung sehr verschieden angegeben. Während Brush nur 38 pCt. Heilungen angiebt, erwähnt Ziehen 90 pCt. als genesen (oft mit Defect), dies würde meinen 72 pCt. geheilten und gebesserten Fällen eher entsprechen. Farquharson fand auch bei den Männern 4,7 pCt. Heilungen mehr als bei den Frauen. Kraepelin hat folgende Zahlen: 32 pCt.

Heilungen, 23 pCt. stark gebessert, 26 pCt. ungeheilt. Mendel und v. Krafft-Ebing haben 60 pCt. Heilungen, Schott 54 pCt., letzterer hat dabei die einfachen und recidivirenden Melancholien zusammen-gerechnet.

Das Alter der Erkrankung und die Genesung zeigen folgende Zahlen:

Es erkrankten

	Männer	geheilt	pCt.	Frauen	geheilt	pCt.
vom 16.—25. Jahre	6	6	100	13	11	84,61
„ 26.—35 „	12	10	83,8	32	19	59,4
„ 36.—45. „	5	2	40,0	33	15	45,5
„ 46.—55. „	15	5	33,3	31	8	25,8
„ 56.—65. „	4	1	25,0	21	7	33,3
„ 66.—75. „	—	—	—	4	2	50,0
„ 76.—85. „	—	—	—	1	—	—

oder

	Männer	geheilt	pCt.	Frauen	geheilt	pCt.
vom 16.—35. Jahre	18	16	88,0	45	30	66,7
„ 36.—55. „	20	7	35,0	64	23	35,9
„ 56.—75. „	4	1	25,0	25	9	36,0
darüber	—	—	—	1	—	—

Das Durchschnittsalter der Genesenen ist bei den Männern 34 Jahre (das aller Melancholien 40), bei den Frauen 38 Jahre (43 Jahre), also ein bedeutend weniger hohes im Vergleich zu dem Durchschnittsalter der Gesamtterkrankungen an Melancholie.

Diese Zahlen zeigen uns überdies, dass die Heilbarkeit mit dem zunehmenden Alter abnimmt und zwar so ziemlich continuirlich. Da nun die Männer im Durchschnitt in früheren Jahren erkranken, als die Frauen, so mag der Unterschied in der Zahl der Heilungen zwischen Männern und Frauen zu Gunsten der Männer in diesen früheren Erkrankungen liegen. Kraepelin findet, dass unter 55 Jahren 40 pCt. heilen, also günstiger als später. Auch Farquharson erwähnt ausdrücklich die grössere Heilbarkeit bei jungen Individuen.

Ich habe auch die Gesamtdauer der Erkrankung bei den Geheilten ausgerechnet und gefunden, dass im Durchschnitt die Erkrankung, die einen günstigen Ausgang nimmt, bei den Männern ziemlich genau 10 Monate beträgt, abgesehen von einem Falle, der noch nach 8 Jahren in Heilung überging. Farquharson citirt zwei Fälle, die noch nach 15 jähriger Dauer einen günstigen Ausgang nahmen. Bei den Frauen liegt der Durchschnitt bei 13 Monaten, also etwas höher. Aus diesen

Zahlen einen Schluss ziehen zu wollen, wäre wohl verfrüht, ich wollte nur die Thatsache constatiren. Sachs hat bei ihren Untersuchungen auch ein ähnliches Resultat erhalten. Ziehen spricht bei den günstigen Fällen von einer Dauer von 4—6 Monaten.

Ueber die gebessert und ungeheilt Entlassenen habe ich in meiner Untersuchung nichts zu berichten. Von den Todesfällen ist Folgendes zu sagen:

Wir haben im Ganzen in der Anstalt bei unseren untersuchten Kranken 19 Todesfälle gehabt. Bei den Frauen etwas mehr als bei den Männern, 11 pCt. gegen 9 pCt. Bei den Männern hatten wir zwei Selbstmorde, bei den Frauen keinen. Im Uebrigen waren die directen Todesursachen: Tuberculose in 6 Fällen, also in ca. $\frac{1}{3}$ der Verstorbenen, Marasmus in 4 Fällen, Pneumonien, Influenza etc. zusammen 6 mal. Irgend etwas Besonderes über den Sectionsbefund ist nicht zu erwähnen, mikroskopische Untersuchungen des Gehirns sind nicht gemacht worden.

Actiologie.

I. Heredität.

Die Frage der Heredität wird stets eine schwierige und etwas unvollkommene sein. So wird es immer schwer sein, zuverlässige Auskunft zu erhalten, auch wenn man den Familien der Erkrankten nachgehen kann, denn gar oft wollen die Angehörigen aus falscher Scham nichts von Heredität wissen. In anderen Fällen wird es überhaupt unmöglich sein, über einzelne Familienangehörige Nachrichten zu erhalten.

Vor Allem aber kommt in Betracht, wie weit der Einzelne den Begriff Heredität ausdehnt. Ich habe mich auf die in der Schweiz auf unseren statistischen Zählkarten festgelegten Normen gestützt.

Es werden nach diesem Schema berechnet: Geisteskrankheiten, Neurosen, Gehirn- und Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord, auffallender Charakter, Verbrechen: bei den Eltern, Grosseltern, Onkel, Tante väterlicher- und mütterlicherseits, Geschwistern und Kindern der Kranken.

Damit ist aber nach meiner Ansicht die Frage nach dem Einfluss der Heredität und Disposition nicht erschöpft. Schwächende körperliche Krankheiten, wie Tuberculose etc. der Eltern, Krankheiten während der Gravidität der Mutter haben sicherlich auch Einfluss auf eine minderwerthige Disposition des Kindes, ohne dass ich natürlich diese Art Disposition direct als hereditär hezeichnen möchte. Es kann natürlich nicht gleichgültig sein, ob die Heredität eine schwere oder eine leichte ist, ob einseitig oder doppelseitig, auch wird es sehr wichtig sein, zu

wissen, welcher Art die Störung in der Verwandtschaft war: constitutionelle Störungen und Intoxicationen, wie Alkoholismus etc. haben sicher mehr Einfluss auf die Nachkommenschaft, als nur accidentelle Störungen. Vor Allem werden die Angaben über die Heredität in vielen Rubriken stets ungenau bleiben, z. B. die Rubrik: abnormer Charakter. Was dem einen Referenten (Angehörigen oder Hausarzt) abnorm, kann dem anderen normal vorkommen. Ist nicht sehr oft ein indifferenter, nicht auffallender Charakter und Benehmen das Zeichen einer bestehenden mangelnden Initiative, einer geringen geistigen Schwäche?

Verhält es sich mit der Rubrik Alkoholmissbrauch nicht ähnlich? Hält der eine Berichterstatter nicht Jemanden für einen Alkoholiker, den ein anderer für rechtmässig hält und demgemäss rubricirt? Ist nicht bei Vielen die vorhandene Trunksucht nur das Symptom einer vorhandenen geistigen Störung?

Aber trotz dieser und noch anderer Fehlerquellen, die allen derartigen Untersuchungen anhaften werden, halte ich es doch für lehrreich, auch die Frage der Heredität in meinen Besprechungskreis zu ziehen.

Von den 42 Männern waren

33 nachweisbar hereditär belastet = 78,6 pCt.,

bei 4 war sie fraglich,

bei 5 wurde Heredität direct verneint.

Von den 24 Geheilten waren 20 belastet = 83,3 pCt.

„ „ 33 Belasteten „ 20 geheilt = 60,6 „

Bei den 135 Frauen liegen die Verhältnisse wie folgt:

97 hereditär belastet = 71,8 pCt.,

20 fraglich,

18 verneint.

Von den 62 Geheilten waren 46 belastet = 74,2 pCt.

„ „ 97 Belasteten „ 46 geheilt = 47,4 „

Die nachgewiesene Heredität ist bei unseren Untersuchungen also bei den Männern eine etwas grössere als bei den Frauen.

Insgesamt sind also von 177 Kranken 130 belastet = 73,4 pCt.

„ „ „ „ 86 Geheilten 66 „ = 76,7 „

Würde man die unter der Rubrik „hypochondrische Melancholie“ weiter unten erwähnten Fälle hierherrechnen, so käme die Heredität der Männer auf 82 pCt., der Frauen auf 73 pCt. und der Gesamtheit auf 76 pCt.

Auch bei den Geheilten ist das Verhältniss das Gleiche. Auffallend ist die Uebereinstimmung, dass unter den Geheilten sowohl Männer als Frauen procentualisch mehr erblich belastet sind, als in der Gesamtzahl.

Bei den Männern ist das Verhältniss 57,2 pCt. : 60,6 pCt.

„ „ Frauen „ „ „ 45,9 „ : 47,4 „

Wir können also den Schluss ziehen, dass der alte Lehrsatz, dass die erblich Belasteten mehr Neigung zur Heilung haben, als die nicht Belasteten, noch zu Recht besteht. Es ist ja möglich, dass eine grosse Anzahl dieser Geheilten sich in späteren Jahren noch als periodische oder circuläre Form entpuppen, da ich von mehreren keine Nachricht mehr erhalten habe, und bei anderen wieder ein zweiter Anfall erst noch kommen kann. Allein irgend einen Anhaltspunkt für diese Annahme habe ich nicht.

Ueber die Heredität ist auch in den früheren Arbeiten über Melancholie viel geschrieben worden. Brush spricht von 32 pCt. Heredität, Ziehen findet 50 pCt. erblich Belastete und Kraepelin 53 pCt. Im Gegensatz zu diesem relativ geringen Procentsatz nachgewiesener Heredität habe ich eine solche von 73 pCt. gefunden. Vielleicht wurde in unserer Anstalt mit mehr Nachdruck nach Heredität geforscht, vielleicht spielt der Zufall mit, oder haben die anderen Forscher den Begriff der Heredität nicht so weit gefasst?

Wie schon aus meinen Beispielen hervorgeht, habe ich keinen Unterschied durchgreifender Art in der Heredität jüngerer oder älterer Kranker finden können. Ob in diesen oder jenen Fällen eine schwerere oder mittlere Belastung vorliegt, war oft auch nicht sicher zu unterscheiden.

Ich wollte auf gleichmässige Heredität untersuchen, allein dies war mir unmöglich. Es war wohl ab und zu vermerkt, die Mutter etc. sei auch schwermüthig gewesen, allein meistens fand sich nur die Bemerkung: Vater gestört etc. Welcher Art diese Störung war, konnte natürlich nicht mehr eruirt werden. Sobald aber die Art der Störung nicht bekannt ist, kann auch nicht genau untersucht werden, ob starke oder mittlere etc. Belastung vorliegt.

II. Andere Ursachen.

Bei der Melancholie sollen nach Kraepelin exogene Ursachen eine grössere Rolle spielen als endogene, gerade im Gegensatz zu den circulären Psychosen. Ich fand in 22 Fällen im Journal oder in der Zählkarte einfach „Alter“ als Gelegenheitsursache angegeben, es sind dies meistens Kranke, die erst nach dem 55. Jahre erkrankten. Von den 58 Frauen, bei denen ich das Climacterium als Ursache angebe, habe ich beim Durchlesen der Krankengeschichte sehr oft aus eigener Initiative diese Gelegenheitsursache hinzugefügt, wo sie der Anschauung jener Zeit nach, als die Kranke in der Anstalt war, vielleicht nicht

erwähnt wurde, nämlich überall da, wo die Krankheit nach dem 40. Jahre ausgebrochen ist, so wie Kraepelin ungefähr auch rechnet. Wir hätten also in 43 pCt. das Climacterium und in 16 pCt. einfach das Alter als Gelegenheitsursache angegeben, das wären zusammen in 59 pCt. oder in 80 Fällen. Ich muss betonen, dass bei fast allen diesen 80 Fällen ausser Climacterium und Alter auch noch andere Ursachen erwähnt wurden, so besonders: Sorgen, Einsamkeit, Krankheit in der Familie etc. Ueberhaupt wird äusserst selten nur eine Gelegenheitsursache oder gar keine angegeben. In einem Falle wurde heftiges Nasenbluten bei „leichter“ Arteriosklerose bei einer vorher sonst gesunden älteren Dame als Ursache angegeben.

Bei den Männern ist nur in 4 Fällen das Alter als Ursache angegeben. Wollte man analog, wie bei den Frauen die Climacterialzeit, auch die Erkrankung vom 40. Jahre absondern, so hätten wir im Ganzen 22 Fälle = 53 pCt. hierherzuzählen.

Abgesehen von dieser Aetiologie wird bei den Frauen als zweit-häufigste Gelegenheitsursache, d. h. in 20 Fällen = 14,8 pCt., Lactation, Gravidität und Geburt angegeben. Dann folgen: Sorgen, häusliches Elend, Noth etc. bei 13 Männern und 18 Frauen. Weitere Ursachen sind: Tod und Krankheit in der Familie, unglückliche Ehe, einsames Leben, Fremde, Examen, Ueberanstrengung, und vor Allem auch körperliche Krankheit: Herzfehler, Tuberculose und Influenza stehen hier an erster Stelle; Alkoholismus und Typhus werden nur selten erwähnt. Pubertät spielt keine grosse Rolle, sie kommt als erwähnenswerthes oder concomittirendes ätiologisches Moment bei 6 Männern und 13 Frauen in Betracht. Einmal wird ein Schlag auf den Kopf als veranlassendes Moment miterwähnt.

Resumiren wir kurz die Ergebnisse meiner Untersuchungen über die Melancholie:

Die Melancholie ist die häufigste Form der depressiven und manischen Psychosen. Sie kommt bei den Frauen viel häufiger vor, als bei den Männern (3:1).

Ein entscheidender Unterschied in der Symptomatologie und im Ausgang einer Melancholie der Jugendzeit und einer Melancholie des Rückbildungsalters ist zur Zeit nicht zu finden.

Eine Hauptursache der Erkrankung liegt in der ererbten Disposition. Die erbliche Belastung ist eine viel grössere, als bisher oft angenommen wurde (72—79 pCt.). Die Heredität scheint bei den Männern eine grössere zu sein, als bei den Frauen.

Die grösste Zahl der Erkrankungen kommt nach dem 35. Jahre vor.

Die Frauen erkrankten durchschnittlich in höherem Alter als die Männer.

Das Climacterium spielt als ätiologisches Moment eine sehr grosse Rolle.

Anklänge an senile Involution habe ich als Characteristicum des Wesens der Melancholie nicht gefunden.

Die Heilbarkeit ist bei den Männern eine grössere als bei den Frauen; mit zunehmendem Alter nimmt die Heilbarkeit ab.

Die Dauer der Erkrankung der Genesenden ist bei den Männern eine geringere, als bei den Frauen. Spätheilungen kommen vor.

Erblich Belastete haben eine günstigere Prognose als nicht Belastete.

Es ist nicht erwiesen, dass acuter Beginn oder acute Genesung ein absolutes Kriterium für Periodicität ist.

Periodische Melancholie.

Ich will auch hier zunächst einige Beispiele in ganz kurzem Auszug bringen:

32. G. A., 1824 geboren. Mutter melancholisch. In den Jahren 1888 bis 1889 5 Mal in der Waldau! Die erste Erkrankung erfolgte in seiner Schulzeit, als er kaum 13 Jahre alt war. Er wurde schwermüthig, still. Später war er noch 5 mal in anderen Irrenanstalten, bis er in die Waldau kam. Hatte stets vollkommen freie Intervalle. Die Anfälle kamen meist ganz plötzlich, er wurde sehr deprimirt, ängstlich, klagte oft über Schwindelgefühl. Er machte sich Vorwürfe, meinte, er habe Sorgen. Ablassen des einzelnen Anfalles ohne Schwankungen.

33. G. B., 1859 geboren. Grossonkel väterlicherseits gestört, Eltern blutsverwandt. War 4 mal in der Waldau: 1877, 1879, 1881 und 1892. Er war intelligent und erkrankte zum ersten Male im 18. Jahre, langsames Ansteigen, dann lebhaftige Angst, Hemmung und jeweilen nach dem Anfälle vollkommene Erholung. Beim letzten hier beobachteten Anfälle war die Angst und Hemmung intensiver, er wurde stuporös, hallucinirte, wurde unreinlich. Bei der Entlassung noch gehemmt, ängstlich. Seither unbekannt.

34. R. B., 1855 geboren. Vater auffallender Charakter, Onkel und Grossvater väterlicherseits auffallender Charakter, drei Schwestern nervös. War vom 30. Mai bis 4. November 1893 in der Waldau. In der Kindheit normal, intelligent, Menses seit dem 16 Jahre. Mit 18 Jahren wurde sie schwermüthig, dann wieder mit 26 Jahren ohne sichtliche Ursache. Mit 30 Jahren neuer Anfall nach dem Tode ihrer Mutter. Mit 38 Jahren wieder verstimmt, traurig. In der Anstalt deprimirt, ängstliche Hallucinationen. Langsame stete Besserung. Seither auch wieder krank geworden. Stets ganz freie Intervalle.

35. A. Sch., 1859 geboren. Mutter zu Selbstmord geneigt, Halbschwester gestört. Zweimal in der Waldau, 1888—1889. Der erste Anfall geistiger

Störung trat 1879 in ihrem 20. Jahre auf. Sie wurde verzagt, sehr ängstlich und deprimirt. Sie hatte bis 1889 fünf Anfälle, die sich alle ähnlich waren. Im zweiten Anfalle traten Selbstmordgedanken mehr in den Vordergrund. Bei den ersten Anfällen war sie überhaupt mehr zornig. In der Waldau deprimirt, hatte so schwer auf der Brust, Unwürdigkeitsideen, Selbstanklagen, nicht gehemmt, keine Sinnestäuschungen. In Melancholie Kindesmord begangen. Hatte freie Intervalle. Seither wiederholt leichte Rückfälle, Heilung des Anfalles stets ohne Schwankungen.

36. R. R., 1864 geboren. Ein Bruder und eine Schwester gestört, ein anderer Bruder Selbstmörder, in weiterer Verwandtschaft noch Fälle von Psychosen. In der Waldau vom 26. October bis 24. December 1888. War von jeher verschlossen, von mittlerer Begabung. Im Jahre 1886 im Alter von 22 Jahren Unwürdigkeitsideen, Angst, Depression, ängstliche Hallucinationen, Steifwerden der Glieder. Anfang 1887 langsame und völlige Heilung. Im Herbst 1888 wieder plötzlich schwere Gedanken, oft kurz heiter. Viel Kopfschmerzen, still, gehemmt, etwas Angst, hypochondrische Ideen, wechselnd. Langsame Besserung. Zu Hause geheilt. Nach vielen Jahren wieder kurz dauernde Melancholie.

37. E. W., 1843 geboren. Mutter melancholisch und Selbstmörderin, Grossvater-mütterlicherseits gestört, ein Bruder gestört, eine Schwester gestört. In der Waldau 1868 und 1886. Sie war stets etwas beschränkt und trüber Stimmung. Fiel einmal auf den Kopf. Im Jahre 1868, 25jährig, zum ersten Male erkrankt: wurde deprimirt, gehemmt, ängstlich. Langsame Heilung. In der Zwischenzeit gesund. Im Jahre 1886 wieder Depression, Hemmung etc. Langsame Heilung mit leichtem maniakalischen Rückschlag. Seither gesund. Stets klar, keine Hallucinationen.

38. A. S., 1861 geboren. Vater gestört, ein Bruder launisch. War 3 mal in der Waldau: 1887, 1893, 1895. War bis 1886 gesund. Damals, in ihrem 25. Jahre, wurde sie zornig, nachdenklich, Schwindelgefühl, Selbstanklagen, grosse Depression. Allmälige Heilung. Im Jahre 1893 mehr Angst, Jammern, Unwürdigkeitsideen. Wieder anhaltende Besserung. Von Charakter etwas unzufrieden. 1895 langsamer Beginn mit Depression, Hemmung. Dann kam Angst hinzu, Verfolgungsideen, heftige Selbstanklagen, grosse ängstliche Unruhe, stirbt durch Suicid.

39. A. M., 1839 geboren. Keine Heredität. In der Waldau vom 6. Juni bis 4. September 1882. Im Jahre 1865, 26jährig, sehr still, gehemmt, dann Angst. Nach 4 Monaten langsame Heilung. Seither alle paar Jahre ein gleicher Anfall, später fast alle Frühjahre mehr oder weniger stark melancholisch. Im Jahre 1882 zuerst leicht überheitert und sofort Hemmung, Depression, Angst, oft etwas impulsiv. Stets klar, keine Hallucinationen. Wieder langsame Heilung ohne Schwankungen. Seither wiederholt rein melancholisch.

40. R. W., 1842 geboren. Vater Potator, zwei Söhne choreatisch, eine Tochter epileptisch. War in den Jahren 1877, 1883, 1884, 1887, 1893 in der Waldau. Sie war von jeher gutmüthig, nur mässig begabt. Die erste Erkrankung trat im Jahre 1869 (27jährig) auf. Nach Lactation schwermüthig, blieb zu Hause. Spätere Anfälle in der Anstalt, alle Anfälle sind sich ähnlich, nur

heftiger werdend: grosse Angst, Selbstanklagen, Hemmung bis Stupor, zeitweise ängstliche Hallucinationen, vorübergehend Symptom des Negativismus. Intervalle zuerst völlig frei, in letzter Zeit ein reizbarer, unzufriedener und unangenehmer Charakter geblieben. Keine manischen Anklänge.

41. A. R., 1858 geboren. Mutter nimmt alles schwer, Onkel mütterlicherseits Selbstmord. 1890, 1895, 1897, 1899, 1900 in der Waldau. War begabt, nahm alles schwer. Ihre erste Ehe war unglücklich. Zum ersten Male in ihrem 31. Jahre während der Krankheit ihrer Kinder mehrwöchentliche Melancholie. Anfälle seither wechselnd in Dauer und Heftigkeit, sonst sind sich die Symptome stets ähnlich. Stets anfallsweise leichte Hemmung, Depression, heftige Angst. Heilung des Anfalles immer unter Remissionen. Keine Hallucinationen, immer klar. Keine manischen Anklänge. Charakter zuletzt etwas gelitten: anspruchsvoll, empfindlich. Sonst Intervalle frei.

42. J. H., 1846 geboren. Eine Schwester melancholisch, Familiencharakter etwas düster. Im Jahre 1891 kurze Zeit in der Waldau. Hat sich früher luetisch inficirt, später Cataractoperation. Wird ohne sichtliche andere Ursache in seinem 32. Jahre melancholisch, nur leichte Depression, in Allem schlaff, ängstlich. Nach wenigen Wochen Heilung. Seither fast alle Frühjahre ähnliche, nie starke Anfälle von Melancholie.

43. E. St., 1829 geboren. Vater gestört, Onkel väterlicherseits gestört. In der Waldau in den Jahren 1878 und 1885. War von jeher phlegmatisch. Erkrankte zum ersten Male im 32. Jahre an Melancholie: Verstimmung, Gefühl der Unfähigkeit. Langsamer Beginn, dann heftige Angst, Selbstanklagen. Später noch zwei Anfälle, alle ähnlich, zuletzt kam noch ein Herzfehler hinzu und es trat Exitus in Folge Herzschwäche ein. Heilung beim zweiten Anfall mit leichter Ueberheiterung. Intervalle völlig frei.

44. R. N., 1853 geboren. Mutter gestört und Trinkerin, Grossmutter väterlicherseits melancholisch, Grossonkel und Grosstante mütterlicherseits gestört und Selbstmord, Schwester und zwei Brüder gestört. In den Jahren 1892 bis 1894 3 mal in der Waldau. Sie war intelligent, heiteren Gemüthes. Zum ersten Male im 38. Jahre nach einer Geburt ängstlich, deprimirt. Keine Hemmung. Ganz allmäliger chronischer Verlauf. Heilung in leichten Remissionen. Nach einem halben Jahre neuer ähnlicher Anfall. Seither noch mehrere leichte Anfälle, aber in den letzten Jahren ganz gesund.

45. J. J., 1833 geboren. Ein Sohn Alkoholiker, eine Tochter melancholisch. In der Waldau vom 8. Juni 1893 bis 17. April 1894. War von jeher gewissenhaft, energisch und intelligent. Litt an Bleivergiftung und erkrankte vor Jahren an Lupus. In seinem 43. Jahre erste Erkrankung: ganz allmählig deprimirt, ängstlich, Selbstanklagen, Unwürdigkeitsideen. Eminent chronischer Verlauf, allmähliche vollkommene Heilung. Etwas melancholische Lebensauffassung bleibt. Beim zweiten Anfall in seinem 60. Jahre wieder ähnliches, nur deutlicheres Hervortreten hypochondrischer Ideen. Seither wieder psychisch gesund. Ist später gestorben.

46. E. K., 1850 geboren. Vater Potator, Schwester gestört. War in den Jahren 1895—1903 unter vier Malen in der Waldau. War früher gesund, arbeit-

same Bauernfrau. Ohne sichtlichen Anlass in ihrem 43. Jahre zum ersten Male einige Monate leicht gehemmt, deprimirt. Dann zwei Jahre völlig gesund, in den folgenden drei Jahren kürzer dauernde, ziemlich heftige Depression mit Angstzuständen. Wieder zwei Jahre gesund bis 1902. Im Anschluss an einen Verdruss wieder Verstimmung, allgemeine Hemmung, Depression und Angst. Charakter aller Anfälle ziemlich gleich, nur die letzten Anfälle stärker. Nie manische Anklänge. Keine Hallucinationen, keine Wahnideen. Langsame Heilung. Charakter der Kranken hat etwas gelitten, sie ist etwas empfindlich, unzufrieden geworden.

47. M. R., 1850 geboren. Eine Schwester nervös. In der Waldau in den Jahren 1896 und 1904. War früher gesund, intelligent. Ohne sichtlichen Anlass im 45. Jahre kurze Zeit schwermüthig, nur leichte Depression. Im folgenden Jahre heftiger, acuter Anfall von schwerer Depression, Angst, Selbstanklagen, Suicidideen, heftige motorische Unruhe. Nach etwa 7 Monaten rasche Besserung unter Recidiven. Hier und da hallucinirt. Nach 5 Jahren, 1902, wieder leichte, rasch vorübergehende Depression. Ende 1903 wieder starker Anfall, ganz acut ausbrechend. Sehr grosse Angst, Unruhe, Hemmung bis Stupor, oft verwirrt. Langsame und stete Heilung ohne Schwankungen. Kein Defect.

48. M. F., 1840 geboren. Vater Potator, zwei Tanten mütterlicherseits gestört. Vom 28. Februar bis 11. Juli 1890 in der Waldau. Von jeher gutmüthig, aber geistig gesund bis zu ihrem 47. Jahre. Dann während etwa 3 Monaten gehemmt, deprimirt, ängstlich. Völlig geheilt. Im Jahre 1893 neue Hemmung, Depression, langsames Anschwellen. In der Anstalt ängstlich, Selbstanklagen, Hallucinationen, oft grosse Unruhe. Langsame Besserung und völlige Heilung.

49. J. J., 1827 geboren. Mutter gestört, Vater Potator, Onkel mütterlicherseits gestört, ein Bruder epileptisch und Selbstmord, eine Schwester epileptisch. In der Waldau vom 10. August bis 11. October 1887. Hat früher getrunken, sonst nichts Besonderes zu erwähnen. Im 50. Jahre (1877) ohne sichtlichen Anlass kurz dauernde Depression mit Angst. Dann gesund bis 1887. Wieder Depression, hierauf plötzlich hochgradige Angst, Selbstanklagen, voller ängstlicher Unruhe. An Marasmus gestorben. War stets klar.

50. C. B., 1833 geboren. Tochter und Sohn gestört, ebenso der ihr blutsverwandte Mann und in der weiteren Verwandtschaft noch einige Fälle von Geisteskrankheiten. In der Waldau seit 12. December 1900. War früher normal, gute, heitere Hausfrau. In ihrem 55. Jahre (1888), nach dem Tode ihres Mannes erste Erkrankung: Depression, Hemmung, Angst, Dauer 6 Monate. Dann völlige Heilung. 4 Jahre später neuer, ganz gleicher Anfall von 6 bis 7 Monaten. Jetzt, im Jahre 1900, dritter Anfall. Beginn mit Ohnmachten, dann heftige Angst, Selbstmordversuche, Selbstanklagen, voller Unwürdigkeitsideen. Zustand chronisch geworden, stets gehemmt, deprimirt, aber der Affect ging etwas zurück.

51. E. A., 1827 geboren. Keine Heredität. In der Waldau vom 21. Mai bis 20. August 1890. War intelligent, von gutem Charakter, hatte stets viele Sorgen. Geistig gesund bis in ihr 59. Jahr, wo sie nach dem Tode ihres

Mannes deprimirt, ängstlich, gehemmt wurde. Dauer etwa 3—4 Monate. Dann trat völlige Heilung ein. Hierauf bis zu ihrem Tode beinahe alle Jahre ein Anfall von Melancholie von 2—4 Monaten Dauer. Wechselnd in Stärke der Angst; in letzter Zeit oft verwirrt und unreinlich. Die letzten Intervalle nie mehr ganz frei.

52. A. M., 1829 geboren. In der Waldau vom 29. April bis 1. Juli 1904. Erblich nicht belastet. Sehr intelligent, willensstark, völlig normal und geordnet bis zu seinem 65. Jahre. Dann, nach schwerer Augenerkrankung, Depression, Hemmung leichten Grades. Völlige Restitutio ad integrum. 7 Jahre später wieder ähnliche Depression nach Radiusfractur. Wieder genesen. Dritter Anfall 1904 im Anschluss an den Tod seiner Frau: Diesmal stärkere Depression, Angst und Selbstanklagen. Wieder langsame und völlige Heilung. Nie hallucinirt. Noch sehr hohe Intelligenz und Willensstärke.

Ich habe schon früher erwähnt, dass ich bei meinen Untersuchungen im Gegensatz zu anderen Forschern die periodischen Melancholien als relativ und absolut sehr stark vertreten gefunden habe. Man ersieht aus den oben angeführten Krankheitsfällen sehr gut, dass ich zu dieser Gruppe nur die Melancholien gerechnet habe, die ein wirkliches periodisches Gepräge mit Intervallen haben. Wenn eine länger dauernde Melancholie nur sogenannte Exacerbationen und Remissionen zeigte, so rechnete ich sie nicht zur periodischen Melancholie, denn die Melancholie verläuft ja fast stets in Schwankungen. Maassgebend war natürlich erstens der melancholische Grundton der Erkrankung, zweitens das periodenmässige Auftreten nach Intervallen und drittens ein mehr oder weniger gleichmässiger Verlauf eines jeden Anfalles. Ich habe alle jene Fälle ausgeschlossen, welche einen (und wenn auch nur einen einzigen) isolirt auftretenden Anfall von Manie zeigten. Einen kleinen submanischen Abklang oder intercurrente, kurze, submanische Momente berücksichtigte ich, wie bei der einfachen Melancholie, nicht.

Pick meint, dass sich eine Aenderung in den letzten Jahren innerhalb dieser Psychose in der Hinsicht kundgegeben habe, als diese Form früher sehr selten und jetzt häufiger diagnosticirt werde, zum Theil auch wegen der schärferen Beobachtung. Ich nehme an, dass die anderen Autoren eine grosse Zahl der periodisch verlaufenden Melancholien zu der einfachen gerechnet und sie recidivirend genannt haben, oder dass die Beobachtungszeit eine zu kurze war. Ich kann aber, wie schon früher erwähnt, der Ansicht nicht beipflichten, bei Wiederholungen einfach von recidivirender Melancholie zu reden. Meine genau abgesonderten Fälle sind so deutlich periodisch, dass es nicht angeht, diese Periodicität einfach zu ignoriren, ungleich lange Intervalle können doch nicht etwa den Charakter der Periodicität ausschliessen. Sie gehören auch nicht zum circulären Irresein, weil eine manische Phase fehlt.

Kraepelin meint, die periodischen Depressionszustände hätten vielleicht mit dem manisch depressiven Irresein nichts zu thun. Mir scheint es doch, dass auch hier (allerdings weniger deutlich als bei der circulären Form) depressive und manische Symptome sehr leicht in einander übergehen.

Schott macht auch schon darauf aufmerksam, dass bei längerer Beobachtung noch viele seiner einfachen Melancholien sich als periodisch erweisen könnten. Sachs findet bei ihrer Untersuchung mehr periodische Melancholien als einfache Melancholien im jugendlichen Alter.

Der einzelne Anfall für sich giebt wohl zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass, es ergibt sich aus den mir zur Einsicht und Benutzung vorliegenden Krankengeschichten nichts Sicheres, das einen Unterschied zwischen den Symptomen einer Melancholia simplex und denen des ersten Anfalles oder eines isolirt zu meiner Beobachtung kommenden späteren Anfalles einer periodischen Melancholie genügend markiren könnte, derart, dass man mit Sicherheit aus dem momentanen Zustandsbild die richtige Diagnose (ob einfache oder periodische Melancholie) stellen könnte. Auch Sachs constatirt dies mit scharfer Deutlichkeit.

Ich habe die angeführten Krankengeschichten nach dem Alter bei ihrer ersten Erkrankung registriert. Sie zeigen uns, dass typische, periodische Melancholien in jedem Lebensalter, bis in die 60 er Jahre, mit ihrem ersten Anfalle auftreten können, ohne dass der einzelne Anfall deswegen irgendwie wesentlich, ja auch nur merklich anders verläuft.

Auch hier habe ich die gleichen Anforderungen zur Diagnose Melancholie gestellt: Hemmung, Depression, Angst und ihre Folgeerscheinungen. Je nach dem Falle ist das eine Symptom mehr, das andere weniger ausgeprägt. Habe ich erwähnt, dass wir jetzt noch nicht im Stande sind, aus dem Zustandsbild die Differentialdiagnose einfache oder periodische Melancholie sicher zu stellen, so muss ich hier einige Bemerkungen hinzufügen. Es scheint immerhin, dass hier der einzelne Anfall oft plötzlich eintritt und, einmal in der Genesung, auch schneller abheilt als bei der einfachen Melancholie. Ausnahmen kommen jedoch sehr häufig vor. Auch scheinen einfache Depressionszustände ohne Angst etc. hier entschieden häufiger zu sein.

Auch hier treten wiederholt ohne sichtlichen äusseren Anlass leichtere und schwerere Anfälle auf und wir können nicht sagen, warum das eine Mal der Anfall heftig wird, das andere Mal nicht. Der Verlauf ist sehr verschieden, bald gleichmässig chronisch (Fall 44), bald

schwankend, bald mit intercurrenter leichter Ueberheiterung vermischt. Ab und zu finden wir auch vor der Abheilung eines Anfalles einen leichten, submanischen Rückschlag. Oft kommt ein solcher manischer Rückschlag nur nach einem Anfall (Fall 39 und 43).

Interessant ist bei einem Falle (47) die Abwechselung zwischen schwachen und starken Anfällen, bei anderen (Fall 35, 40, 43, 46) sind sich alle Anfälle zum Verwechseln ähnlich. Im Allgemeinen scheinen die späteren Anfälle doch schwerer zu verlaufen, und sehr häufig sind am Schlusse die Intervalle nicht mehr rein: der Charakter des Kranken verändert sich zu seinen Ungunsten.

Hypochondrische Ideen sehen wir etwas seltener als bei der einfachen Melancholie. Hallucinationen, Verwirrtheit und Anklänge an katatonische Symptome, wie Stupor, Steifwerden, Negativismus (Fall 33, 36, 40 etc.) sind nicht gar so selten, immerhin weniger häufig, als bei der einfachen Melancholie. In mehreren Fällen (32, 38, 50) trat im Verlauf eines Anfalles Schwindelgefühl auf.

Von den 39 Männern mit periodischer Melancholie waren bei der Entlassung:

genesen	19	=	48,7	pCt.
gebessert	8	=	20,5	„
ungebessert	5	=	12,8	„
gestorben	7	=	17,9	„ davon 3 suicidia

Ich muss hier natürlich meinen Begriff „geheilt“ präcisiren. Ich erachte die Prognose der periodischen Melancholie, der periodischen Manie und der circulären Psychose als sehr infaust, wie fast alle Autoren. Ich habe wohl in meiner Untersuchungsreihe Kranke gefunden, die an periodischer oder circulärer Form erkrankt waren und die seit vielen Jahren keinen Anfall mehr gehabt haben, allein meine Beobachtungszeit ist eine zu kurze, wenn man bedenkt, dass die Intervalle ja sehr oft über 30 Jahre dauern. Ich habe aber doch einen Unterschied gemacht innerhalb der „gebessert“ Entlassenen und zwar in vom Anfall „geheilt“ und vom Anfall „gebessert“ Entlassene.

Ich glaube, diese Trennung sei gerechtfertigt, denn es ist doch ein grosser Unterschied zwischen den einzelnen Arten der „gebessert Entlassenen“. Wenn Jemand sich so vom Anfall erholt hat, dass er während längerer Zeit gar keine objectiv und subjectiv bemerkbare, nennenswerthe, psychische Alteration zeigt, so sehe ich nicht ein, warum man hier nicht den Ausdruck „vom Anfall geheilt“ gebrauchen soll. Praktisch sind sie genesen. Theoretisch, d. h. wenn wir rein nach wissenschaftlichen Kriterien urtheilen wollen, können wir ja kaum Jemanden als völlig genesen entlassen, der nicht etwa an einer Erschöpfungs-

psychose oder einer Psychose nach einer Infektionskrankheit etc. gelitten hat, weil ja nach einer überstandenen Psychose zum mindesten stets eine mehr oder weniger leichtere Dispositionsfähigkeit für Wiedererkrankung besteht.

In den folgenden Gruppen, periodische Manie und circuläre Psychose, halte ich es gerade so, wie hier bei der periodischen Melancholie und bitte also die Rubrik „genesen“ nicht als von der Periodicität genesen zu würdigen, sondern als „vom Anfall genesen“.

Ich mache natürlich einen Unterschied zwischen „geheilt“ und dem Ausdruck „freies Intervall“. Ich nenne periodische Melancholie etc. mit freiem Intervall auch die Fälle, wo vielleicht nur zwischen dem ersten und zweiten Anfall ein freies Intervall vorkam, die anderen Intervalle aber nur relativ frei waren, weil ich eben unterscheiden will zwischen Kranken, bei denen sich ein Anfall an den anderen, eine Phase an die andere reiht, und solchen, bei denen öfters freie Zwischenzeiten, wenn auch nur auf ganz kurze Zeit, vorkommen.

Alle diese Fälle, deren Intervalle anscheinend nicht vollkommen frei sind, die durch ungünstige Aenderung des Charakters, moralischen Defect oder eventuelle leichte Abschwächung der Intelligenz auch im Intervall auffallen, rechne ich zu den vom Anfall „gebessert“ Entlassenen.

Als „ungeheilt“ sehe ich die Fälle an, welche sich auch in der Zwischenzeit nicht erholen, nicht mehr recht zu einer Arbeit zu gebrauchen sind, sei es, dass sie andauernd unter depressiven, ängstlichen Vorstellungen stehen, oder dass sie so degenerirt sind, dass sie dauernd in der Anstalt bleiben müssen, oder überhaupt keine freien Intervalle haben.

Ich brauche kaum zu bemerken, dass ich wohl weiss, dass viele vom Anfall „gebesserte“ Periodische und Circuläre in der Anstalt dauernd ihr Heim haben.

Von den 128 Frauen mit periodischer Melancholie waren bei der Entlassung:

genesen	42	=	32,8	pCt.
gebessert	48	=	37,5	„
ungebessert	17	=	13,3	„
gestorben	21	=	16,4	„ davon 2 Suicidia.

Insgesamt ergeben sich folgende Zahlen:

Von 167 Fällen periodischer Melancholie sind:

genesen	61	=	36,5	pCt.
gebessert	56	=	33,5	„
ungebessert	22	=	13,2	„
gestorben	28	=	16,8	„ davon 5 Suicidia.

nahm hingegen in der Mehrzahl der Fälle mit den Jahren zu. Gelegentliche Ausnahmen kommen vor. Oft ist der Unterschied in der Dauer der Anfälle beim nämlichen Kranken ein gewaltiger, so einmal von 5 Monaten auf 41 Monate im folgenden Anfall. Es herrscht hier bei meinen Fällen eine grosse Varietät und es wäre mir unmöglich, genaue Zahlen zu geben, da in sehr vielen Fällen nicht bestimmt zu eruiren war, wie lange der Anfall zu Hause schon gedauert hat. Freie Intervalle fand ich bei 36 Männern und 120 Frauen, also in 93,4 pCt.

Ursachen.

Ich unterscheide auch hier äussere und innere Ursachen. Bei den ersteren haben wir ähnliche Verhältnisse wie bei den einfachen Melancholien.

Bei den Männern kommen in erster Linie:

durchgemachte Krankheit 9 mal (Phthisis und Herzfehler, 1 mal Bleivergiftung),	
Sorgen etc.	7 mal,
Pubertät	11 mal,
Alter nach 40 Jahren	16 mal,
Trunksucht	3 mal,
Onanie	3 mal,
Unglückliche Liebe	3 mal,
Ohne besondere Ursache	3 mal.

Bei den Frauen:

Climacterium	37 mal = 28,9 pCt. gegenüber 43 pCt. bei
	Melancholia simplex,
Wochenbett	18 mal = 14 pCt., fast genau wie Melancholia
	simplex,
Sorgen	10 mal,
Tod von Angehörigen	10 mal,
durchgemachte Krankheit 18 mal (Phthisis 5 und Herzfehler 3),	
Pubertät	45 mal = 35,2 pCt.,
Gehäufte Geburten	6 mal, andere Ursachen 20 mal,
	ohne Gelegenheitsursache 19.

Ein grosser Unterschied liegt darin, dass hier das Climacterium eine viel geringere Rolle spielt, als bei der einfachen Melancholie. Immerhin erkranken im Climacterium doch noch ungefähr ebensoviel wie in der Pubertätszeit, was auch Ziehen bestätigt. Ich finde aber das Climacterium als eine sehr häufige Gelegenheitsursache für spätere Anfälle der schon vorhandenen Krankheit erwähnt.

Heredität.

Die periodisch auftretenden Psychosen werden im Allgemeinen zu den Psychosen gerechnet, wo endogene Einflüsse vorwiegend sind, wo also die Heredität eine ausschlaggebende Rolle spielt.

Von den 39 Männern, die nach meiner Untersuchung an periodischer Melancholie litten, waren:

30 nachweisbar belastet = 77 pCt.

5 waren fraglich „ = 13 „

4 Belastung verneint = 10 „

Bei den 128 Frauen liegen die Verhältnisse folgendermaassen:

110 hereditär belastet = 86 pCt.

bei 14 Heredität fraglich = 11 „

„ 4 „ verneint = 3 „

Hier ist das Verhältniss umgekehrt wie bei der gewöhnlichen Melancholie. Die Frauen sind mehr belastet als die Männer. Der minim geringere Procentsatz der Belastung der periodischen Melancholie der Männer als der der einfachen ist wohl nur Zufall. Dagegen sind die Frauen hier erheblich stärker belastet als bei der einfachen Melancholie, um volle 15 pCt. Im Ganzen wären 83,8 pCt. belastet, abgesehen von den „fraglichen“. Der schon bei den Irrenärzten in der Mitte des letzten Jahrhunderts geltende Grundsatz, dass belastete Kranke mehr zu periodischen Psychosen neigen, habe ich also bestätigt gefunden. Uebrigens geben auch Ziehen und Hoche an, die periodische Melancholie sei fast nur hereditär.

Von den 19 geheilten Männern waren 16 belastet = 84 pCt.

„ „ 30 belasteten „ „ 16 geheilt = 53 „

Die Zahl der Heilungen bei Heredität wäre also etwas günstiger als bei der gewöhnlichen Melancholie.

Von den 42 geheilten Frauen waren 32 belastet = 76 pCt.

„ „ 110 belasteten „ „ 32 geheilt = 29 „

Bei den Frauen ist das Verhältniss umgekehrt.

Das Verhältniss der Gesammtheilungen zu den Heilungen bei Heredität ist:

Bei den Männern 49 pCt. : 53 pCt.

„ „ Frauen 33 „ : 29 „

Todesfälle.

Wir haben im Ganzen 28 Todesfälle = 17 pCt.

davon 7 Männer = 18 „

„ 21 Frauen = 16 „

Von den 7 Männern sind 3 durch Suicid gestorben, von den Frauen 2, also im Ganzen 5. Im Uebrigen waren die Todesursachen:

Phthisis	7
Pneumonie	3
Herzschlag und Herzfehler . .	4
Marasmus	2 etc. etc.

Die Sterblichkeit in der Anstalt ist also hier etwas grösser als bei der gewöhnlichen Melancholie, weil sie eben viel häufiger in Anstalten kommen.

Resumiren wir:

In einer Beziehung haben wir einen wesentlichen Unterschied zwischen einfacher und periodischer Melancholie gefunden: Der Einfluss des Climacteriums ist bei der einfachen Melancholie ein viel grösserer. Immerhin entstehen auch im Climacterium und noch später viele periodische Melancholien. Daraus einen fundamentalen Gegensatz machen zu wollen, wäre zu gewagt; in der Krankheit selber habe ich noch keinen Unterschied finden können.

Wir dürfen auch nicht vergessen, dass Jemand, der in jungen Jahren an Melancholie erkrankt ist, auch abgesehen davon, ob die Störung von vornherein einen periodischen Charakter habe, bei eintretenden neuen Schädlichkeiten, wie sie das Climacterium mit sich bringt, zum mindesten so leicht wieder erkranken kann, wie Jemand, der vorher gesund gewesen ist. Ich frage mich deshalb auch, ob man Melancholien, bei denen ein Intervall über 30 Jahre dauert, noch zu den periodischen rechnen soll? Kann nicht die Störung eine einfache sein und erst später (wie in den oben erwähnten Fällen) durch die Thatsache, dass ein neuer Anfall eintritt, zu einer periodischen „gemacht“ werden? Jedenfalls wäre kein zwingender Grund vorhanden, diese „periodisch“ zu nennen. Ich habe es nur der Consequenz wegen gethan, weil es schwer hält, die Grenzen zu ziehen.

Ich finde also:

Die periodische Melancholie kommt sowohl bei Männern als bei Frauen ungefähr gleich häufig vor, wie die einfache Melancholie. Sie ist bei den Frauen die zweithäufigste Form unter den melancholischen und manischen Formen.

Die Frauen erkranken ungemein häufiger an periodischer Melancholie als die Männer (3:1).

Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen einem einzelnen Anfall der periodischen Melancholie und zwischen der einfachen Melancholie kann bis jetzt nicht constatirt werden.

Heredität ist bei periodischer Melancholie erheblich häufiger vorhanden, als bei der einfachen Melancholie.

Die Erkrankungen treten meistens im Anschluss an die Pubertät und an das Climacterium auf. Das Climacterium spielt eine viel geringere Rolle als bei der einfachen Melancholie.

Ausgesprochene senile Erscheinungen als Characteristicum habe ich nicht beobachten können.

Soviel bis jetzt die Beobachtung der periodischen Melancholie und der einfachen Melancholie ergeben hat, liegt kein zwingender Grund vor, diese Formen oder eine von ihnen als wesensverschieden von den anderen Gruppen der manisch-depressiven Hauptgruppe zu trennen.

Hypochondrische Melancholie.

Ich habe diese Gruppe von der gewöhnlichen Melancholie als Untergruppe abgetrennt. Ich habe mich, wie schon erwähnt, von folgenden Gesichtspunkten leiten lassen: Diese abgetrennten Fälle haben alle die Eigenthümlichkeit, dass bei ihnen neben der primären Denkhemmung und Depression mehr oder weniger früh eine dominirende hypochondrische Färbung ihrer Wahnideen, ihrer Grundstimmung fast durch die ganze Dauer der Krankheit hindurch sich kundgiebt. Ich bemerke hier von vornherein, dass ich beim Durchlesen der Krankengeschichten die von einzelnen Autoren streng abgegrenzte Gruppe einer reinen Hypochondrie nicht gefunden habe. Bei genauem Untersuchen haben sich alle Hypochondrien in eine andere Gruppe subsummiren lassen (z. B. Neurasthenie, Paranoia, Melancholie etc.). Auch Mercklin und Westphal betonen, die Hypochondrie sei keine Krankheit sui generis, ebenso neuerdings Wollenberg. Die hypochondrischen Vorstellungen im Vordergrund geben aber der Krankheit ein besonderes Gepräge, eine besondere Färbung. Passagere hypochondrische Ideen dagegen kommen bei Melancholischen sehr häufig vor, doch habe ich diese nicht bei der Eintheilung mit berücksichtigt, sie haben auch keine weitere Bedeutung. Hier aber ist doch ein gewisser Unterschied gegenüber der gewöhnlichen Melancholie nicht zu verkennen.

Ich will einige Krankengeschichten im Auszug folgen lassen, um zu zeigen, welche Fälle ich hierhergerechnet habe.

53. M. M., geboren 1842. Vater nervös. In der Waldau vom 27. April bis 5. October 1886. Nahm von jeher alles schwer. Während der Schwangerschaft, etwa 1 Jahr vor Eintritt in die Waldau, in ihrem 43. Jahre, Klagen über Kopfweh, Depression, Angst, Idee, sei körperlich schwer krank, das Blut sei vergiftet, sie sei dumm; hat allerlei abnorme Empfindungen am Körper. In der Anstalt grosse Angst, Depression, meint, sie habe alles Mögliche im

Leibe, „schnappt“ viel nach Luft, weinerlich. Ungeheilt entlassen. Erst später gesund geworden und geblieben. Verlauf sehr gleichmässig.

54. E. B., 1830 geboren. In der weiteren Verwandtschaft väterlicherseits Fälle von Selbstmord, Schwestertochter melancholisch. In der Waldau vom 25. Februar bis 23. Juli 1887. War intelligent, gesund bis zum Tode ihres Sohnes. Drei Monate vor Eintritt in die Waldau in ihrem 57. Jahre gehemmt, still, ängstlich. In der Waldau ähnlich, bald aber starkes Hervortreten hypochondrischer Ideen, eine Menge abnormer Sensationen treten auf, weinerlich. Ungeheilt entlassen. Blieb noch lange ängstlich, leicht hypochondrisch. Nie mehr ganz geheilt.

55. J. H., 1833 geboren. Vater und Halbbruder Potator, Onkel mütterlicherseits gestört. In der Waldau vom 11. August 1894 bis 21. November 1902. War früher scheu, zurückgezogen, trank gern, hatte Arteriosklerose. Im Anschluss an eine Paternitätsklage und an grösseren Geldverlust im 61. Jahre Angst, Depression, Verfolgungsideen. Bald zahlreiche hypochondrische Ideen. Depression steigt, stets hypochondrisch dabei. Allmählig treten Depression und ängstlicher Affect etwas zurück. Die hypochondrischen Ideen bleiben; wurde etwas dement. Exitus in Folge Schrumpfniere.

56. A. S., 1862 geboren. Mutter auffallender Charakter, Grossmutter mütterlicherseits gestört, eine Schwester hysterisch. In der Waldau vom 18. August 1890 bis 4. Juli 1891. War von jeher ängstlich, nervös. Konnte nirgends eine Stelle finden und wurde Anfangs 1890 im 28. Jahre langsam, unentschlossen, zaghaft, deprimirt. Sehr bald hypochondrische Klagen, sei impotent, beobachtet sich scharf, sei unheilbar. In der Anstalt sehr starke Depression. Verlauf schwankend. Erholte sich nur langsam und hält sich jetzt gut draussen.

57. G. A., 1856 geboren. Vater und Mutter abnorm, ängstlicher Familiencharakter. In der Waldau vom 16. Februar bis 10. Juli 1884. Hatte früher viel Heimweh, war im Examen etwas hypochondrisch. Seit 2 Monaten (seinem 28. Jahre) in Folge Ueberanstrengung verzagt, ängstlich, voller Selbstanklagen und hypochondrischer Ideen. Angst und hypochondrische Klagen nehmen stetig zu, oft gehemmt. Dann wieder freier. Zeitweise motorische, ängstliche Unruhe. Bei der Entlassung ängstlich, hypochondrisch. Erst nach langer Zeit allmähliche Genesung. Seither gesund geblieben.

58. F. B., 1841 geboren. Nicht belastet. In der Waldau vom 23. Mai bis 3. September 1894. Früher normal, eher lustig und humorig. Im Jahre 1893 Gonorrhoe und anschliessend daran ängstlich, hypochondrisch (im 52. Jahre). In der Anstalt Idee, er habe alle Krankheiten, grosse Angst und Depression. Viel Exacerbationen und Remissionen. Bei der Entlassung noch grosse Angst und Depression mit hypochondrischen Klagen. Zu Hause wesentliche Besserung. Später an Carcinoma ventriculi (?) gestorben.

59. J. S., 1830 geboren. Vater gestört, Onkel väterlicherseits gestört. In der Waldau vom 29. März bis 10. August 1895. War viel magenleidend, seit Jahren hypochondrisch und leicht deprimirt. In der Anstalt sehr starke Depression und Angst, ängstliche Unruhe und Erregung, viele hypochondrische

Klagen, hatte alle Krankheiten. Remittirender Verlauf. Nur wenig gebessert entlassen. Zu Hause nach kurzer Zeit Suicidium.

60. H. Sch., 1852 geboren. Vater gestört, Sohn gestört. In der Waldau vom 14. September 1901 bis 9. December 1902. Soll vor Jahren einmal melancholisch gewesen sein. Jetziger Anfall begann mit Müdigkeit, Kopfweh und hypochondrischen Klagen, abnormen Empfindungen. Bald Depression und starke Angst, besonders wegen der Idee der Unheilbarkeit. Etwas cyclischer Verlauf: 1 Tag gut, 1 Tag schlecht. Langsame Besserung und gleichmässiges Nachlassen aller Symptome. 1904 leichter Rückfall ähnlicher Art, sonst jetzt gesund. Nur leicht hypochondrische Lebensauffassung.

61. J. B., 1848 geboren. 3 Onkel mütterlicherseits gestört. In der Waldau in den Jahren 1872, 1875, 1876, 1887—89 und 1897—1900. War früher intelligent. Hatte stets viel Magenbeschwerden und trank viel. In seinem 20. Jahre einmal bewusstlos und damals zum ersten Male leicht melancholisch, er sei von Gott und von den Menschen verlassen. Schon zu jener Zeit leichte hypochondrische Klagen. In den später stets schwerer auftretenden melancholischen Anfällen zeigen sich diese hypochondrischen Klagen stärker und dominiren schliesslich über die ängstlichen Vorstellungen. In den letzten Jahren stets deprimirt, hypochondrisch und zunehmend dement werdend. Stirbt an Magenkrebs in der Waldau. Viel unzufrieden, keine Hallucinationen des Gehörs und Gesichts etc.

62. J. R., 1855 geboren. Mutter nervös, in der Waldau 1893 und 1895. Seit seinem 33. Jahre hypochondrische Klagen über Kopfweh, Magen, sei syphilitisch. Periodenweise sehr deprimirt, ängstlich, jammert viel, unglücklich. Zeitweise schöne Remissionen. In der Anstalt ängstlich, stark deprimirt, hypochondrische Klagen. Suicidversuche. Zu Hause Selbstmord.

Ich habe absichtlich die Fälle etwas auseinander gehalten, die einen mehr chronischen oder remittirenden oder periodischen Verlauf nehmen, der Deutlichkeit wegen. Diese hypochondrischen Formen scheinen sehr wenig gewöhnliche Hallucinationen zu haben, dagegen treten besonders zahlreich abnorme Sensationen auf, die zu den hypochondrischen Ideen führen. Sehr oft sind wirkliche körperliche Erkrankungen (speciell Magenerkrankungen) der Ausgangspunkt der hypochondrischen Klagen (vide Fall 58, 59 und 61).

Sehr oft geht eine etwas hypochondrische Weltanschauung voraus und überhaupt zeigen die Kranken nicht so ein reines Bild der Melancholie (Depression, Hemmung, Angst), wie die anderen von mir untersuchten Formen. Die hypochondrischen Wahnideen machen die Kranken ungeduldiger, reizbarer, egoistischer. Immerhin ist in jedem Falle die melancholische Grundstimmung nicht zu verkennen. In einem Falle war der Kranke früher einmal bewusstlos (61).

Ich habe 25 Männer und 5 Frauen zu dieser Gruppe gerechnet.

Wenn ich die Gesamtzahl der einfachen Melancholien dazu berechne, so habe ich:

67 Männer, davon 25 hypochondrisch	= 37,3 pCt.
140 Frauen, „ 5 „	= 3,6 „
Von den 25 Männern sind 22 belastet	= 88 pCt.
„ „ 25 „ „ 4 geheilt	= 16 „ (alle belastet).
Von den 5 Frauen sind 5 belastet	= 100 pCt.
„ „ 5 „ „ 0 geheilt,	
„ „ 5 „ „ 1 gebessert,	
„ „ 5 „ „ 4 ungebessert (chronisch).	

Als Gelegenheitsursachen werden in 9 Fällen Krankheit, in 8 Fällen Sorgen etc. angegeben. In 13 Fällen wird besonders ein abnormer Charakter bemerkt. Bei den Frauen wird 1 mal körperliche Krankheit und 3 mal Climacterium als Gelegenheitsursache vermerkt, in 3 Fällen war der Charakter abnorm.

Aus diesen kurzen Zusammenstellungen ergibt sich, dass die hypochondrischen Formen der Melancholie bei den Männern unverhältnissmässig zahlreicher sind, als bei den Frauen. Sie sind prognostisch ein ungünstiges Symptom, was auch Ziehen erwähnt. Von den 25 Männern zeigen 6 Neigung zu Recidiven. Die Heredität ist eine viel stärkere, als bei einfacher und periodischer Melancholie.

Abgesehen von den oben erwähnten charakteristischen Merkmalen dieser Gruppe, die durch die hypochondrischen Ideen und abnormen Sensationen ein besonderes Gepräge bekommt, habe ich hauptsächlich in Anbetracht der ungünstigen Prognose und ihres vorherrschenden Auftretens bei den Männern geglaubt, diese Gruppe gesondert verwerthen zu sollen, ohne aber ihre Zugehörigkeit zu der melancholischen Hauptgruppe in Frage stellen zu wollen.

Mania simplex.

Während noch vor 50 und mehr Jahren die Diagnose „Manie“ fast den grössten Procentsatz unter allen Diagnosen für Psychosen gebildet hat, ist sie seit Jahren mehr und mehr eingeengt worden und von vielen wird diese Form als selbstständige Erkrankung jetzt nicht mehr anerkannt.

Wir haben in der angeführten Statistik gesehen, dass ich unter meinen genauer untersuchten Fällen nur 4,7 pCt. manische Männer und nur 9,1 pCt. manische Frauen gefunden habe.

In der Salpêtrière und Bicêtre in Paris wurden im Jahre 1858 von 1722 Aufnahmen 272 oder 15,8 pCt. Manien diagnosticirt. In

der psychiatrischen Klinik zu Berlin wurde im Jahre 1878 von 300 Aufnahmen 45 mal Manie und 50 mal Melancholie diagnosticirt. Mendel glaubt, dass 6,7 pCt. aller Aufnahmen Manien seien. Hinrichsen und Mayser haben gefunden, dass zweifellos sichere Fälle von *Mania simplex* existiren; zum gleichen Resultat kommt Fitschen in ihrer Arbeit unter Bleuler. Taalmann Kip van Erp hat in Heidelberg gearbeitet und gefunden, dass alle Manien sich schliesslich als periodisch etc. erklären lassen; er leugnet das Vorhandensein einer einfachen Manie, da nur noch 4 Unsichere übrig geblieben seien von seinen Untersuchungen in den Jahren 1884—1896. Auch Kraepelin ist der Ansicht, die einfache Manie sei als periodisch aufzufassen, doch schliesst er ihr Vorkommen nicht definitiv aus.

Ich war in der Kritik der Fälle sehr streng. Eine grosse Zahl der im Hauptbuche, Krankenjournalen etc. als „Manie“ bezeichneten Kranken erwiesen sich, wie ich entweder aus den Krankengeschichten selber entnehmen oder aus Nachforschungen über ihren späteren Zustand ersehen konnte, beim genaueren Nachlesen als erster Anfall einer typischen *Dementia praecox*, *Hebephrenie*, oder auch als erster Anfall einer periodischen oder noch häufiger circulären Störung.

Trotzdem habe ich einige Fälle gefunden, die rein manisch waren, die nur einen Anfall durchgemacht und die man nicht einfach ignoriren kann. Nachdem der erste Anfall abgelaufen ist, ist kein weiterer ähnlicher Anfall mehr aufgetreten, obwohl viele Jahre seit dem ersten Anfall verfloßen sind und so genau ich mich auch erkundigt habe, oder der Anfall ist dann chronisch geworden. Wir haben bei der periodischen Melancholie erfahren, dass das Intervall von einem Anfall zum anderen oft über 40 Jahre dauern kann; das wäre theoretisch auch bei der Manie denkbar und so könnte unser Zeitraum, der sich nur über 23 Jahre erstreckt, zu kurz erscheinen! Allein wir haben vorläufig kein Recht, aus Analogie deshalb auf Periodicität zu schliessen. Sind die beiden Formen periodische und einfache Manie aber wirklich so identisch, so haben wir doch kein Recht, die einfache Manie ohne Weiteres und ohne sicheren Beweis aus der Nomenclatur zu streichen.

63. F. Z., 1878 geboren. Mutter gestört, Vater auffallend, Grossmutter mütterlicherseits auffallend, Schwester melancholisch. In der Waldau vom 21. December 1893 bis 23. Januar 1894. War von jeher eigensinnig, hat eine schlechte Erziehung genossen. Hatte in letzter Zeit viel Aerger zu Hause, wurde geschlagen. Wenige Tage vor der Aufnahme plötzlich erregt, witzig, ideenflüchtig, voller Bewegungsdrang, grosse Euphorie. Passagere leichte Angst. Ziemlich rasche Besserung und zu Hause völlige Heilung. Bis heute gesund geblieben.

64. F. B., 1869 geboren. Vater Potator, Mutter hat Wolfsrachen, Onkel mütterlicherseits gestört. In der Waldau vom 17. Januar bis 25. April 1887. War stets intelligent. Vor etwa 6 Wochen Bewegungsdrang, redelustig, in den Reden pathetisch. In der Anstalt expansive Stimmung, witzig, lacht, singt, thut geheimnissvoll, will alles besser wissen, überall dabei sein. Rasche und völlige Heilung. Bis jetzt, 17 Jahre, gesund geblieben.

65. M. B., 1875 geboren. Erblich nicht belastet. In der Waldau vom 1. November 1889 bis 25. Februar 1890. War stets fröhlich, intelligent, arbeitssam. Hatte Widerwärtigkeiten in der Ehe und erkrankte 5 Tage nach der Niederkunft, 19 Jahre alt, an starker Aufregung, Bewegungsdrang etc. In der Anstalt sehr gehobenes Selbstgefühl, euphorisch, singt, lacht, reimt, schwatzt, ideenflüchtig. Halluciniert lauter schöne Dinge. Sehr gereizt, besonders bei Widerspruch, witzig. Gleichmässiger Verlauf. Völlige Heilung bei der Entlassung. Ohne melancholischen Nachklang. War nie verwirrt. Seither stets gesund geblieben (14 Jahre).

66. M. K., 1857 geboren. Von Erblichkeit nichts bekannt. In der Waldau vom 13. November 1902 bis heute. Ueber ihr Vorleben nichts bekannt. Erkrankte in Paris. Jedenfalls im Jahre 1900 schon erregt. Voller Grössenideen, die seither anhalten. In der Anstalt meist erregt, ist Königin, Millionärin, regiert alles, gehobene Stimmung, gereizt, Bewegungsdrang, ideenflüchtig, phantastisch gekleidet. Oft während einiger Zeit still und weinerlich, will nicht essen; allein auch in diesen Stadien bleiben die Grössenideen unbestimmter Natur bestehen; verspricht einem auch in dieser Zeit viel Geld etc. Lebhafter Affect, keine wesentliche intellectuelle Einbusse. Zustand ist chronisch geworden¹⁾.

67. F. Z., 1846 geboren. Erblich nicht belastet. In der Waldau vom 24. April bis 13. Juli 1893. Soll bisher stets normal gewesen sein. Hat seit längerer Zeit viel getrunken. Vor einigen Monaten Schädeltrauma. Vor einem Monat plötzlich aufgeregter, will alles befehlen, meint, man verfolgt ihn, hindere ihn an allem. In der Anstalt schwatzhaft, renommirt, hat hohe Pläne, gehobene Stimmung, Bewegungsdrang, oft hallucinierend. War noch in lebhafter Euphorie, Ideenflucht, als er entlassen wurde. Zu Hause geheilt und seither gesund geblieben.

68. E. G., 1849 geboren. Vater Potator, Bruder gestört. In der Waldau vom 6. October 1896 bis 20. December 1897. In früherer Zeit nichts Besonderes, noch nie geisteskrank. Wenige Tage vor ihrer Aufnahme aufgeregter, im Anschluss an eine Heilsarmeeversammlung. War schon vorher längere Zeit reizbar. Jetzt Redelust, Bewegungsdrang, gehobene Stimmung. Halluciniert viel, oft plötzlich ängstlich. Macht viel eigenthümliche Bewegungen, witzig, Grössenideen in religiöser Form, singt, lacht, schreit, oft verwirrt. Unter starken Schwankungen Heilung. Seither gesund geblieben.

69. L. R., 1841 geboren. Grossvater väterlicherseits gestört. In der Waldau vom 26. Mai bis 29. September 1890. Erkrankte in ihrem 49. Jahre,

1) Anmerkung: Auch jetzt (Febr. 1907) noch unverändert.

ohne dass sie früher einmal krank oder sonst geistig abnorm gewesen wäre. Sie war ledig und verlor vor kurzem durch Tod ihre Gönnerin. Musste nun angestrengt arbeiten. Ganz acuter Beginn, Bewegungsdrang, Ideenflucht, dann Hallucinationen und Verwirrtheit. In der Anstalt ähnlich: oft verwirrt und oft wie benommen, hie und da Andeutung von Negativismus. Hallucinirt viel, sehr erotisch, in grosser Bewegung. Als sie klar wurde, sehr witzig, heitere Stimmung anhaltend. Schnelle Heilung, ohne Schwankungen. Am Schlusse leichter melancholischer Rückschlag. Gesund geblieben (14 Jahre).

70. E. A., 1832 geboren. Erblich angeblich nicht belastet. In der Waldau seit 16. December 1887. Sie erkrankte in Paris mit Aufregungen und angeblichen Verfolgungsideen in ihrem 55. Jahre. Sie war in der Waldau mit gehobener Stimmung, ideenflüchtig, verwechselte Personen, war geschwätzig, in grossem Bewegungsdrang. Hallucinirt zeitweise, oft verwirrt, gereizt, zornig, streitsüchtig, schlagfertig, befehlshaberisch. Der Zustand bleibt bis gegen 1895 unter erheblichen Exacerbationen und Remissionen, allmählig aber doch schwächer in den Symptomen. Nie eigentliche Depression. Bleibt in der Anstalt, leicht raisonnirender Ton geblieben. Neigung zum Befehlen, leicht gereizt, aber fleissig, klar, intellectuell kaum merklich gelitten. Keine Wahnideen mehr.

Habe ich bei der Melancholie das Hauptgewicht auf die primäre Denk- und motorische Hemmung, Depression und Angst gelegt, so verlange ich von meinen manischen Kranken als primäre Symptome: Ideenflucht, Bewegungsdrang (Beschleunigung der motorischen Vorgänge) und eine expansive (heitere) Stimmung. Ich schliesse alle manischen Zustände aus, die nur Zustandsbild einer anderen Grundstörung, z. B. Paralyse und Dementia praecox etc. sind, wie ich schon früher erwähnt habe. Vereinzelt kommen, wie in der Melancholie, auch in der Manie Symptome vor, die man sonst als charakteristisch für andere Erkrankungen ansieht, wie z. B. Stupor, Hallucinationen, Wahnideen. Allein diese Symptome ändern in meinen Fällen das Krankheitsbild nicht, modificiren es höchstens vorübergehend, und der Grundcharakter der Krankheit ist ein sogenannter affectiver geblieben.

Hallucinationen kommen in meinen Fällen noch recht häufig vor. Ziehen glaubt, dass in 20 pCt. der Manie Hallucinationen vorhanden sind. Ich denke, das wird verschieden sein, je nachdem die untersuchten Fälle schwerere oder leichtere sind. v. Krafft-Ebing glaubt, dass hier weniger Hallucinationen vorkommen, als bei der Melancholie, auch weniger Wahnideen, welch' letzteres auch ich bei meinen Fällen beobachtet habe.

Meine Kranken zeigen meist einen raschen Anstieg der Krankheitscurve. Leichtere Prodromi kommen vor, bestehend in reizbarer Stimmung, Hang zu Excessen. Ziemlich unvermittelt tritt aber ein

grosser Bewegungsdrang auf, die Kranken fühlen sich in allen Bewegungen freier, werden unternehmungslustig. Ihre Stimmung wird eine gehobene, sie werden ideenflüchtig, geschwätzig, erregt, zornig bei Widerspruch. Nachdem diese Höhe erreicht ist, klingt die Störung meist unter Remissionen ab.

Bei Anderen steigt die Krankheit noch weiter, sie werden erregter, „tobsüchtig“, es treten mehr oder weniger constante Grössenideen auf (Fall 66 etc.), Hallucinationen (Fall 65 etc.) meist angenehmen Inhaltes kommen hinzu, sie hören oft die Bestätigung ihrer Pläne; sie beurtheilen ihre Umgebung falsch, werden geradezu verwirrt (68).

Die manische Erregung wird oft plötzlich für Stunden oder Tage durch unmotivirte Angst unterbrochen, die Grössenideen (die manische Grundstimmung) aber bleiben nicht selten auch in diesem mehr depressiven Stadium bestehen (Fall 66, 68 und 63). Selten tritt eine Heilung unter melancholischem Rückschlag ein (69). Fischen rechnet melancholisches Vor- und Nachstudium als charakteristisches Symptom einer reinen Manie. Auch Ziehen erwähnt dieses melancholische Vor- und Nachstadium.

Ein Fall zeigte auf der Höhe der Erkrankung das Bild des manischen Stupors (heitere Stimmung bei völliger motorischer Hemmung), Mischzustand nach Weygandt. In einem anderen Fall soll beim Beginn der Störung Verfolgungswahn constatirt worden sein, wie uns ein ärztliches Zeugniß berichtet.

Die Krankheit tritt im Durchschnitt früher auf, als die Melancholie, allein ich habe noch eine chronische Manie im Alter von 55 Jahren auftreten sehen (Fall 70). Ich habe auch keinen Unterschied finden können zwischen den Manien der Jugendjahre und denen des sogenannten Rückbildungsalters.

Ich glaube, es wird richtig sein, die Melancholie und Manie der gleichen Gruppe unterzuordnen. Ich habe in meinen Fällen gesehen, dass Uebergänge von Melancholie zu Manie sehr fliegend vorkommen, sowohl bei der einfachen Melancholie, als bei der einfachen Manie, dass Mischzustände auch hier nicht zu leugnen sind. In der Literatur finden wir die Ansichten sehr auseinandergehend. Während Blandford und Maudsley keine Grenze zwischen Melancholie und Manie finden können, hat Garcia diese Formen vollständig von einander getrennt, Neumann dagegen nennt die beiden nur verschiedene Metamorphosen der gleichen Krankheit, wogegen Mendel die Manie als wesensverschieden von der Melancholie auffasst (was schon aus der verschiedenen Therapie und dem Alter bei der Erkrankung hervorgehe) und Kirchhoff die Manie als organisch bedingt erklärt.

Meine Untersuchungen haben auch hier natürlich nur die heftigsten Formen der Manie berühren können, insofern für die submanischen Formen kaum eine Staatsanstalt aufgesucht wird. Ich habe thatsächlich auch nur einen Kranken gefunden, der so, wie er in der Anstalt war, ohne irgendwelche Gefahr oder Risiko für sich und Andere ausserhalb einer Anstalt hätte sein können.

Von den 9 manischen Männern sind:

6 genesen = 66,7 pCt.

1 gebessert = 11,1 „

2 ungebessert = 22,2 „

Bei der geringen Zahl der Fälle wäre der Werth der Untersuchung auf den ersten Blick nur gering anzuschlagen. Allein man bedenke, dass ich von 3472 Aufnahmen alle Manien herausgenommen habe und so kann den gefundenen Resultaten ein gewisser Werth nicht abgesprochen werden.

Von den 12 manischen Frauen sind:

8 genesen = 66,7 pCt.

2 gebessert = 16,7 „

1 ungebessert = 8,3 „ (chronisch geworden),

1 gestorben = 8,3 „

Die Gesamtzahl ergibt folgende Zahlen:

Von 21 Erkrankungen sind:

14 genesen = 66,7 pCt.

3 gebessert = 14,3 „

3 ungebessert = 14,3 „

1 gestorben = 4,7 „

Sind bei der Melancholie 57 pCt. Männer geheilt, so sind es hier 67 pCt. Von den melancholischen Frauen sind 46 pCt. geheilt, von den manischen 67 pCt. Insgesamt stellen sich die Zahlen auf 49 pCt.: 67 pCt. Rechnen wir die gebesserten noch hinzu, so gestaltet sich das Verhältniss der Heilungen bei einfacher Melancholie zu den Heilungen bei einfacher Manie:

	Melancholie	Manie
Männer . . .	76 pCt.	: 78 pCt.
Frauen . . .	72 „	: 84 „
Gesammt . .	73 „	: 81 „

Also auch so haben wir bei der einfachen Manie eine günstigere Prognose, was auch von anderen Autoren erwähnt wird. So hat Ziehen 90 pCt. Genesungen gefunden und in 6 pCt. secundäre Demenz. Mendel fand 60 pCt. Heilungen.

Die Anzahl der Beobachtungen ist zu gering, als dass ich hier untersuchen kann, wie sich bei zunehmendem Alter die Aussichten auf Genesung verhalten, wie ich es bei der Melancholie gemacht habe.

Die ungeheilten Fälle sind chronisch geworden, gestorben ist nur einer während der Manie an Darmkatarrh. Eine bemerkenswerthe, auffallende, secundäre Demenz habe ich nirgends als Ausgang finden können.

Die Krankheitsdauer der Genesenen betrug bei den Männern im Durchschnitt 4 Monate, bei den Frauen 6 Monate, ungefähr ein gleiches Resultat, wie Ziehen es erwähnt. Die Krankheitsdauer ist also hier bei den Genesenden eine ganz wesentlich geringere, als bei denen der Melancholie; Spätheilungen habe ich überhaupt keine beobachtet; die längste Dauer einer geheilten Manie betrug etwa 16 Monate. Mendel hat das Gleiche auch betont. Im Uebrigen haben wir hier insofern auch wieder das gleiche Verhältniss, wie bei der Melancholie, als die Dauer der Krankheit bei den Männern eine etwas geringere ist, als bei den Frauen.

Ursachen.

Wir haben die gleichen äusseren Ursachen, wie bei der Melancholie: Bei den Männern kommt hier Alkoholismus 2 mal in Betracht. Daneben wird Alkoholismus oft in den Prodromalerscheinungen erwähnt und nicht selten wird Ursache und Symptom verwechselt, da ja bekanntlich Manische schon im Anfangsstadium gern Excesse begehen und zuerst als Alkoholiker aufgefasst werden, weshalb der Alkoholismus sodann fälschlich als Gelegenheitsursache imponirt. Pubertät kann bei 5 Männern in Betracht kommen, Noth etc. wurde 2 mal angegeben.

Bei den Frauen wird Geburt 4 mal als Ursache angegeben, 1 mal aussereheliche Geburt, 3 mal körperliche Krankheit. Sorgen 2 mal, 4 mal Climacterium, 5 mal Pubertät. Ziehen nennt die Erschöpfung auch als wesentliche Ursache, ich fand sie nie speciell erwähnt. Hingegen fand ich einmal als Ursache Schädeltrauma angegeben.

Heredität.

Von 9 Männern sind 6 erblich belastet = 66,7 pCt.,
 bei 2 ist die Heredität fraglich,
 bei 1 wird sie verneint.

Von den 6 hereditär Belasteten sind 3 geheilt = 50 pCt.,

„ „ 6 Geheilten „ 3 belastet = 50 „

Von den 12 Frauen sind 8 erblich belastet = 66,7 pCt.,
 2 fraglich,
 2 verneint.

Von den 8 Geheilten sind 6 belastet = 75 pCt.,

„ „ 8 Belasteten „ 6 geheilt = 75 „

Von den 21 Kranken sind also 14 belastet = 66,7 pCt. (Ziehen
fand bei 60 pCt. Heredität),

„ „ 14 Genesenen „ „ 9 belastet = 64,3 pCt.,

„ „ 14 Belasteten „ „ 9 geheilt = 64,3 „

Wir hätten also bei der einfachen Manie eine geringere Heredität, als bei einfacher Melancholie, was ich aber nur Zufälligkeiten bei der geringen Zahl der Manien, wo ein Fall schon procentualisch sehr in's Gewicht fällt, zuschreibe.

Ich finde bei der einfachen Manie:

Die einfache Manie ist eine sehr seltene Krankheitsform, sowohl bei den Frauen, als bei den Männern. Sie kann in jedem Lebensalter vorkommen; ihr Verlauf hat wiederholt Anklänge an depressive Zustände.

Die Aetiologie ist nicht sehr verschieden von der einer Melancholie. Immerhin spielt das Rückbildungsalter eine etwas geringere Rolle. Sie sieht darin der Aetiologie der periodischen Melancholie ähnlich.

Die endogenen Ursachen (Disposition, Heredität) scheinen nicht mehr ausschlaggebend zu sein, als bei der einfachen Melancholie.

Die Aussichten auf Genesung sind günstiger als bei der einfachen Melancholie und die Dauer der Krankheit ist bei den günstigen Fällen eine erheblich kürzere als dort.

Periodische Manie.

Nach meinen Untersuchungen kommt, wie aus der statistischen Tabelle I hervorgeht, die periodische Manie ungefähr gleich oft vor, wie die einfache Manie, also sehr selten, nur in 6,3 pCt. bei den Männern, 3,1 pCt. bei Frauen und in 4,2 pCt. der Gesamtzahl meiner untersuchten Fälle. v. Krafft-Ebing und Kirchhoff behaupten, die periodische Manie sei eine sehr häufige Erkrankung, jedenfalls eine viel häufigere als die periodische Melancholie; Hoche findet dagegen wie ich, die periodische Manie sei eine seltene Erkrankung.

Auch hier war ich streng in der Abgrenzung. Ich habe jede periodisch auftretende Manie, die eine deutlich abgegrenzte melancholische Verstimmung (Phase) im Verlauf der Jahre, so viel ich erfahren konnte, durchgemacht hat, als circuläre Form im eigentlichen Sinne aufgefasst. Die folgenden Krankengeschichten sollen zeigen, wie meine periodischen Fälle verlaufen und aufgefasst sind.

71. J. Th., 1860 geboren. Angeblich nicht belastet. In der Waldau vom 19. Februar bis 1. Juni 1899. Von heiterem, gutmüthigem Charakter. Im 13. Jahre (1873) erste Erkrankung: gehobene Stimmung, Redeflucht, Bewegungsdrang, grosse Erregung. Im Jahre 1895 zweiter Anfall: Beginn mit leichter Depression, nach 4 Tagen vollkommen manisch, wie beim ersten Mal, hallucinirt mehr. Unter grossen Remissionen Heilung. 1899 dritter Anfall, wie der zweite, aber kein melancholisches Vorstadium, auch hallucinirend und oft verwirrt. Später rasche Heilung. In den Anfällen Neigung zu Alkoholismus.

72. S. R., 1873 geboren. Tante väterlicherseits gestört, Onkel mütterlicherseits Selbstmord. In der Waldau 1889—1890. War stets heiter, etwas kindlich. Machte Diphtherie durch, seither geistig etwas abnorm, vergesslich, lügenhaft. Seit 4 Jahren vermehrt empfindlich. 1889 erste heftige Manie (im Alter von 16 Jahren): verworrene Phantasie, Ideenflucht, Erregung, Lach- und Weinkrämpfe (Anklang an Hysterie). Heiter, geschwätzig, witzig, schlagfertig, erotisch. Unter Remissionen Besserung. Allmäliger Beginn, allmälige Heilung. Im Jahre 1890 nach einem halben Jahre ganz gleicher Anfall, nur leichter und kürzer. Völlige Heilung, seither gesund geblieben.

73. A. H., 1862 geboren. Nicht belastet. In der Waldau in den Jahren 1883, 1885, 1887, 1895 und 1901. War von jeher reizbar. Erster Anfall 1880, in ihrem 18. Jahre, nach schwerer Dienststelle. Acut einsetzend mit Geschwätzigkeit, gehobener Stimmung, Geschäftigkeit, Bewegungsdrang, Grössenideen. Nachher rasche Beruhigung. Seither alle Anfälle gleich, auch stets gleiche Ursache. Die Anfälle dauern nie über 2 Monate, oft nur wenige Wochen. Nachher noch reizbar, verschlossen. Nie eigentlich melancholisch, nur oft stiller. Gegenwärtig (1905) wieder hier, auch kurze Aufregung. Etwas empfindlich geblieben. Wieder geheilt.

74. M. R., 1869 geboren. Erblich nicht belastet. In der Waldau 1891 und 1895. Intelligent, aber flüchtig. Später leichtsinnig. Im Alter von 22 Jahren acuter Ausbruch, heitere, erotische Stimmung, endlose Redereien, Bewegungsdrang, oft plötzliche Angst. Nach 3 Monaten Heilung. 1895 neuer Anfall, ganz gleich wie der erste, aber 6 Monate Dauer. Völlig genesen. Im Jahre 1903 neuer, ähnlicher Anfall. Wieder genesen. Hallucinirte viel, war oft verwirrt.

75. J. L., 1847 geboren. Vater Potator, Mutter melancholisch, Bruder taubstumm. In der Waldau 1894—95 und 1900. Nur mässige Begabung, gutmüthig. Im 26. Jahre zum ersten Male ausgesprochene Manie. 5 Jahre vorher angeblich eine leichte Ueberheiterung (unsichere Angabe). In Manie euphorisch, Neigung zu Excessen etc., Grössenideen. Seither wiederholt Anfälle reiner Manie. Zuletzt keine reinen Intervalle mehr, stets reizbar. Im Jahre 1900 hier, mehr nur benommen, erregt und stuporös, an Ponstumor leidend. Exitus.

76. H. M., 1856 geboren. Mutter melancholisch, Grossvater mütterlicherseits gestört, Urgrossvater väterlicherseits gestört. Im Jahre 1891, 1893 und 1903 in der Waldau. Zum ersten Male in seinem 35. Jahre krank: reizbar, gehobenes Selbstgefühl, Redelust, Bewegungsdrang, Erregung. Völlig geheilt. Im Jahre 1893 wieder plötzliche Erregung, ähnlich wie vorher, ebenso 1896, dieses Mal aber leichter. Im Jahre 1903 wieder grosse Erregung, Exaltation,

Bewegungsdrang, Ideenflucht. Stärkerer Anfall. Stets Heilung, zuletzt intellectuell etwas gelitten.

77. J. L., 1849 geboren. Eine Schwester melancholisch. In der Waldau im Jahre 1893. War früher intelligent, seit längerer Zeit dem Alkohol ergeben. Im Alter von 38 Jahren plötzlich tobsüchtig, Bewegungsdrang, grosse Euphorie, Ideenflucht, Grössenideen. 1890 neuer Anfall und 1893 wieder. Alle Anfälle ganz ähnlich. Stets völlig freie Intervalle.

78. J. M., 1848 geboren. Angeblich nicht belastet. In der Waldau in den Jahren 1896 und 1897—98. War intelligent, früher gutmüthig. Seit vielen Jahren allmählig anders. Im Jahre 1893 (45jährig) vorübergehende Manie: Exaltation, Bewegungsdrang, Ideenflucht, Grössenideen. Rasche Heilung. Im Jahre 1894 neuer, kürzerer, ähnlicher Anfall, 1896 sehr starker Anfall viele Monate dauernd: witzig, reizbar, exaltirt, Bewegungsdrang bis zur Tobsucht steigend. Gebessert entlassen, nachher etwas geschäftig und reizbar geblieben. Ende 1897 neuer heftiger Ausbruch: noch mehr tobsüchtig, zornig, verdirbt alles, aber stets orientirt, verkennt nur hin und wieder Personen. Lange Dauer, über 1 Jahr, neuer Rückfall, jetzt Remission. Nie melancholisch, keine Hallucinationen.

79. Ch. F., 1824 geboren. Bruder und Schwester geisteskrank. In der Waldau 1872 und dann wieder von 1894 an bis jetzt. In seinem 48 Jahre im Anschluss an Processe aufgeregt, gehobener Stimmung, geschwätzig, Bewegungsdrang. Nach einem Jahre Heilung. Seither wiederholt leichtere Anfälle. Im Jahre 1894 neuer heftiger Anfall: expansive Stimmung, Bewegungsdrang, Ideenflucht, geschwätzig. Seither nie mehr ganz frei. Periodenweise heftige Erregung, oft sogar hallucinirend. In den letzten Jahren senil verblödet.

Wie das Verhältniss von periodischer Melancholie zur einfachen sich gestaltet, so liegen die Beziehungen auch zwischen periodischer und einfacher Manie in der Häufigkeit des Vorkommens. Der einzelne Anfall hat sich mir aus den Krankengeschichten und aus der eigenen Beobachtung ganz gleich dargeboten, ob es sich nun um einfache oder periodische Manie handelt, und ich habe trotz Suchens kein für die eine oder andere Form charakteristisches Merkmal finden können, so dass ich aus dem Anfall an und für sich mit Bestimmtheit hätte sagen können, das ist eine periodische oder das ist eine einfache Manie.

Es sind vielleicht bei der periodischen Manie etwas weniger oft Hallucinationen aufgetreten, auch katatonischen Symptomen bin ich nur sehr selten begegnet. Hingegen beobachtete ich wiederholt ganz rasch vorübergehende Angstanfälle (74) und auch vor völligem Abklingen des Anfalles einen melancholischen Rückschlag (71), während von Krafft-Ebing und Mendel das Letztere ausschliessen. Pilcz findet den melancholischen Rückschlag auch und zwar bei je einem Kranken nur je weilen bei einem Anfall. In weitaus den meisten Fällen waren sich

alle Anfälle sehr ähnlich, nur selten (78 und 79) waren die Anfälle von einander sehr verschieden.

In einem Falle (78) bestanden ausnehmend lange, nach Jahren zählende Prodromi.

Es scheint der Anfall bei den „Periodischen“ acuter einzusetzen und acuter abzuklingen, und in späteren Intervallen bleibt, wie v. Wagner und seine Schüler betonen, sehr oft eine Charakterveränderung bestehen, und nicht selten macht sich ein leichter Defect der Intelligenz geltend. Ich habe aber keine periodische Manie gefunden, die mit körperlichen Symptomen verbunden war, d. h. auf organische Gehirnläsion hätte schliessen lassen; man könnte vielleicht Fall 75 anführen, der an Pons-tumor gelitten hat. Allein bei diesem ist der Pons-tumor erst viel später aufgetreten, als der erste manische Anfall, da letzterer ja über 30 Jahre zurückdatirt.

Ich habe gefunden, dass die periodische Manie meist im jugendlichen Alter, doch auch oft im sogenannten Rückbildungsalter beginnt, und dass die periodische Manie so wie die periodische Melancholie relativ früher auftritt als die einfache Melancholie, auch ihrerseits früher auftritt, als die einfache Manie.

Pilcz findet dagegen, die periodische Manie trete meist in späteren Jahren auf und er will darin einen Gegensatz zur circulären Psychose finden, während ich keinen Unterschied finden kann, wie sich aus meiner schon angeführten Statistik ergibt; ich habe im Gegentheil gefunden, dass das Durchschnittsalter bei der periodischen Manie niedriger ist, als das irgend einer Gruppe meiner Untersuchungsreihen. Ziehen findet als Prädispositionsalter die Pubertät und das präsenile Alter, und Hoche giebt an, eine periodische Manie trete meist vor dem 25. Jahre auf.

Pilcz will auf die von ihm angenommene spätere Erkrankung der periodischen Manie gewissermaassen seine Theorie stützen, dass bei der periodischen Manie weniger eine angeborene, als vielmehr eine erworbene Disposition ätiologisch in Betracht komme.

Wie Pilcz und die Wiener Schule sagt, finden sich bei der periodischen Manie Anklänge an Epilepsie, wie: die Prodromi, der acute, periodenmässige Anfall, der sich stets gleicht, wie es auch ähnlich im epileptischen Aequivalent vorkommt etc., allein bis nähere anatomische und klinische Beobachtungen vorliegen, scheint es mir gewagt, die periodische Manie von der reinen Manie, der circulären Form und der Melancholie trennen zu wollen und sie mit der epileptischen Störung zu einer Gruppe zu vereinigen. Mir scheint es, die manischen und melancholischen Cardinalsymptome gehen so fliegend in einander über, sind dabei so die dominirende Erscheinung der Erkrankung, dass es,

bis wir sichere hirnanatomische Resultate haben, nicht richtig ist, sie trennen zu wollen.

Ich will damit nicht sagen, man solle sie unter einer engen Kategorie vereinigen, das wäre klinisch und jedenfalls pathognomonisch nicht richtig. Ich habe auch, wie erwähnt, in allen meinen Fällen keinen Anhaltspunkt gefunden, sie anders einzuteilen, als wir es gewöhnt sind.

Von den 12 periodisch-manischen Männern hatten alle 12 freie Intervalle und waren nach dem ersten Anfalle als genesen zu betrachten. In späterer Zeit, als ich die Untersuchung machte, konnte man ansehen:

7 als genesen	= 58,3 pCt.
2 „ gebessert	= 16,7 „
2 „ ungebessert	= 16,7 „
1 gestorben an Pneumonie.	

Für den Begriff Heilung verweise ich auf das bei der periodischen Melancholie Gesagte. Auch hier muss ich sagen, dass ich eigentliche Heilungen, d. h. ein sicheres Aufhören der Wiederkehr der Anfälle nie beobachtet habe.

Von den 12 periodisch-manischen Frauen waren auch alle nach dem ersten Anfalle geheilt. Jetzt können noch gelten:

6 als genesen	= 50 pCt.
3 „ gebessert	= 25 „
1 „ ungebessert	= 16,7 „
1 „ unbekannt,	
1 gestorben an Pleuritis.	

Insgesamt ergeben sich folgende Zahlen:

Von 24 Erkrankten sind noch

13 genesen	= 52,5 pCt.
5 gebessert	= 20,8 „
3 ungebessert	= 12,5 „
2 gestorben	= 8,3 „

Die Zahl der Heilungen wird mit zunehmendem Alter geringer, wenn man dabei das Alter bei der ersten Erkrankung berechnet. Ziehen hat 20 pCt. Heilungen berechnet. Ich will gleich hier beifügen, dass von den „Ungeheilten“ einer allmählig, nachdem seit dem ersten Anfall über 40 Jahre verflossen sind, senil geworden ist; bei den anderen verlieren sich die Intervalle, die Manie wird chronisch. Eine vermehrte Demenz, wie Pilcz sie beschreibt, konnte ich nicht finden.

Zahl der Anfälle.

Ueber die Zahl der Anfälle ist das Gleiche zu sagen, wie bei der periodischen Melancholie. Wie bei der Melancholie schwankt die Zahl der uns zur Kenntniss gekommenen Anfälle sehr, und wir haben Kranke, die nur 2 Anfälle hatten, aber auch solche mit über 10 Anfällen.

Die freien Intervalle schwanken zwischen 33 Jahren und 1 Jahr, sowohl bei Männern als bei Frauen. Die Frage, ob man eine Manie, die nach 33 Jahren wieder auftritt, als periodische auffassen soll, ist jedenfalls eine berechnigte und ist nicht unbedingt mit „ja“ zu beantworten. Kraepelin hat übrigens bei seinen periodischen Manien auch Intervalle von 32 Jahren beobachtet.

Ursachen.

Von den exogenen Ursachen kommt im Gegensatz zur einfachen Manie das Climacterium fast ausser Betracht, da nur drei nach dem 40. Jahre zum ersten Male erkrankten, wohl aber kommt es in Betracht als Gelegenheitsursache für spätere Anfälle.

Pubertät kam bei den Männern etwa 6 mal in Betracht,

„ „ „ „ Frauen „ 9 mal „ „

Ausserdem werden bei Männern und Frauen ziemlich gleichmässig Krankheit, Sorgen etc. als Gelegenheitsursache angegeben, bei den Männern auch Alkoholismus, letzterer aber doch wohl mehr als auslösendes Moment, resp. als Prodromalstadium. Traumen habe ich nie vorgefunden, auch nicht spätere Herderscheinungen des Gehirns, ausgenommen Fall 75 mit dem Ponstumor.

Heredität.

Von den 12 Männern sind 9 erblich belastet = 75 pCt.

3 fraglich = 25 „

Von den 7 Geheilten sind 6 erblich belastet = 85,7 „

„ „ 9 Belasteten „ 6 geheilt = 66,6 „

Von den 12 Frauen sind 7 belastet = 58,3 pCt.

2 fraglich,

3 verneint.

Von den 6 geheilten sind 4 belastet = 66,6 pCt.

„ „ 7 belasteten „ 4 geheilt = 57,1 „

„ „ 24 Kranken „ 16 belastet = 66,7 „

Ziehen fand in 80 pCt. Heredität und Kirchhoff betont, dass periodische Manie fast nur bei erblich belasteten aufträte.

Von den 13 Genesenen sind 10 belastet = 76,9 pCt.

Ich habe auch hier gefunden, dass für den einzelnen Anfall eine Heredität eher günstig ist.

Ich habe also bei der periodischen Manie die gleiche Heredität gefunden, wie bei der einfachen Manie, bei den Männern eine viel stärkere als bei den Frauen. Jedenfalls scheinen die melancholischen Psychosen mehr belastet zu sein, als die manischen; ob bei den manischen eine erworbene Disposition häufig ist, kann ich nicht sagen.

Resumiren wir:

Die periodische Manie ist wie die einfache Manie eine sehr seltene Erkrankung.

Sie ist in Aetiologie, Symptomatologie und Ausgang von der einfachen Manie nach meinen Beobachtungen kaum verschieden.

Anklänge an Hirntraumen, cerebrale Herde, habe ich nicht finden können.

Die periodische Manie ist eine vorwiegende, aber nicht ausschliessliche Krankheit der jüngeren Jahre.

Circuläre Form, manisch-depressiv im engeren Sinne.

Nach alledem, was ich bei den anderen Formen erwähnt habe, kann ich mich hier in der Vorbesprechung kurz halten. Ich rechne alle jene psychischen Störungen hierzu, die periodisch auftreten und die in ihren Anfällen den Charakter der reinen Manie oder reinen Melancholie oder ihrer Mischformen bewahren. Ob das eine oder das andere Zustandsbild vorherrsche, kommt nicht in Betracht; Bedingung ist nur, dass beide Formen im Gesamtbilde vorhanden sind. Ich will gleich mehrere Krankengeschichten in gedrängter Kürze in 3 Gruppen bringen.

a) Erster Anfall Melancholie mit Intervallen.

80. W. R., 1874 geboren. Ein Bruder etwas abnorm. In der Waldau 1893 und von 1902 bis heute. War von jeher etwas Psychopath. Arbeitete viel. Masturbation (?). Im 17. Jahre angeblich leichte Depression, 1893 Depression, Hemmung. Dann exaltirt, Ideenflucht, grosse Pläne, nach 3 Monaten Depression, civiliter geheilt. Seither wiederholt leichtere Depressionen und Exaltationen mit freien Intervallen. Seit 1900 stärkere Exaltationen, wieder anstaltsbedürftig. Starker Bewegungsdrang, Ideenflucht, Grössenideen, dazu Verfolgungsideen, grosse Pläne, oft plötzlicher Wechsel: dann Depression, Hemmung. Die Anfälle sind sich in den einzelnen Phasen sehr ähnlich. Keine wirklich freien Intervalle mehr. In Manie, die vorherrscht, raisonnirender Ton.¹⁾

81. M. H., 1861 geboren. Tante väterlicherseits gestört, Grosstante väterlicherseits gestört. In der Waldau in den Jahren 1880—81, 1895—96 und

1) Anmerkung: Seit 1905 prädominiren depressive Zustände.

1901. Fleissige Magd. Erkrankte in ihrem 19. Jahre in der Fremde, im Anschluss an ein unglückliches Liebesverhältniss. Schwere Melancholie: Depression, Selbstanklagen, Angst. Allmälige Heilung. Im Jahre 1883 leichte Depression, Heilung. 1895 plötzlicher Ausbruch von Angst, Unruhe nach Hausbrand. Nach wenigen Tagen manisch: gehobene Stimmung, Euphorie, Rededrang, Ideenflucht, Bewegungsdrang, Hallucinationen, tobsüchtig. Nach vielen Monaten rasches Abklingen der Manie und leichte, länger dauernde Depression. Heilung. 1901 nach Geburt und Operation plötzlich manisch wie früher. Wieder melancholischer Abschluss. Seither einmal leichte Depression.

82. R. M., 1844 geboren. Mutter gestört. In der Waldau vom 12. Mai 1864 bis 4. December 1865 und 14. Mai 1890 bis 31. März 1893. Sanfter, gutmüthiger Charakter. Im 20. Jahre (1864) Depression, Vergiftungsidee, allmählig in heitere Stimmung übergehend, Rededrang, Ideenflucht, viele Monate anhaltend. Später Heilung. War nun völlig gesund bis 1890. Sehr acuter Beginn mit heftiger Angst, meint, man tödte sie, Selbstanklagen. Remissionen und heftige Exacerbationen während 2—3 Jahren. Nach und nach egoistisch werdend, plagt andere Kranke. Wurde bei der Entlassung wieder leicht manisch. Seither nicht gestört.

83. G. J., 1845 geboren. Mutter hypochondrisch, Onkel mütterlicherseits Selbstmord. In der Waldau in den Jahren 1882—1883 und 1895—96. Sehr begabt und von jeher etwas hypochondrisch. Im 20. Jahre melancholisch. Depression, gehemmt; Unfähigkeit zur Arbeit, oft hypochondrische Klagen. Heilung. Normal bis 1882. Dann Zweifelsucht, Depression, Unruhe, Angst, Kleinheitswahn, hypochondrische Ideen. Langsame Besserung, dann längere Ueberheiterung, von da an Genesung. Wieder gesund bis 1895. Wieder wie 1882 Melancholie. Dabei einige Hallucinationen. Nach 1 Jahr manisch: gehobenes Selbstgefühl, leichte Ideenflucht. Dann Besserung. Zu Hause noch lange überheitert, thatenlustig, ungenirt. Seither wieder civiliter gesund, nur leichte Schwankungen. Etwas egoistisch und vergesslich geworden.

84. R. H., 1858 geboren. Schwester melancholisch. In der Waldau vom 30. August bis 2. December 1884. Intelligent, lebhaft. Erkrankte im 20. Jahre in der Fremde an kurzer Depression. Im Jahre 1883 nach der zweiten Geburt Melancholie von wenigen Tagen. Im Jahre 1884 nach der dritten Geburt Manie: Euphorie, grosse Aufregung, erotisch, Ideenflucht. Stabile Höhe und dann rasche Besserung ohne melancholischen Rückschlag. Zu Hause geheilt. Später keine Nachricht mehr.

85. L. V., 1860 geboren. Vater auffallender Charakter, Mutter auffallender Charakter, Bruder nervös. Seit dem Jahre 1881 11 mal in der Waldau, zuerst 1—2 Monate, später etwas länger. Sie hatte von jeher ein nervöses Temperament und erkrankte in ihrem 20. Jahre an Melancholie. Im Anschluss daran Manie: Bewegungsdrang, lügenhaft, gehobene Stimmung. Nach 7 Wochen Heilung. 1882 Melancholie: Depression und Hemmung. 1883 Manie wie oben, darauf Melancholie, dann Heilung. Seither wiederholt manisch und melancholisch in regelmässiger Abwechselung. In letzter Zeit oft Mischzustände: plötzliche Angst in Manie. Charakter etwas verändert, auch in der freien Zeit.

Charakteristik der Anfälle: stets gleich reine Depression, Angst, Hemmung oder Exaltation, Bewegungsdrang.

86. M. St., 1870 geboren. Drei Onkel väterlicherseits gestört, zwei Tanten gestört, eine Tante väterlicherseits stumm. In der Waldau in den Jahren 1890—91, 1898—99 und 1900. In ihrem 20. Jahre Beginn mit melancholischen Verstimmungen, darauf grosse Angst, werde verfolgt, sei eine Hexe, Hallucinationen, oft völlig verwirrt, motorische Unruhe, gereizt, später mehr gehemmt. Langsame Heilung mit Remissionen. Neuer Anfall 1897. Beginn melancholisch: Angst, Versündigungsideen, Hallucinationen, viele Monate dauernd. Leichter manischer Rückschlag und Heilung vom Anfall. 1899 nach einjährigem Intervall wieder deprimirt, Verfolgungsideen, allmählicher Uebergang in Kodelust, gehobene Stimmung, Ideenflucht. Wird grob, gewalthätig, ist stets in Bewegung, grosse Erregung. Später rasche Heilung.

87. M. W., 1863 geboren. Vater melancholisch, Grossvater mütterlicherseits gestört etc. In der Waldau in den Jahren 1884, 1885—86, 1890—93. Von stiller Natur. Hatte als Kind epileptische Anfälle. Menses mit 14 Jahren. In ihrem 21. Jahre melancholisch: Hemmung, Apathie, Depression, zunehmende Angst und Erregung ängstlicher Natur. In der Melancholie oft erotisch, oft ganz verwirrt, intercurrent ein plötzlicher Schlafanfall. Erwacht in Erregung. Später mehrere epileptische Anfälle. Hallucinirt, leicht negativistisch. Rückfälle. Nach über 1 Jahr rascher Uebergang in blühende Manie: Exaltation, Ideenflucht etc. Nach mehreren Monaten völlige Heilung. Im Jahre 1890 nach Geburt heftige Angst, ängstliche Hallucinationen, abnorme Sensationen, Hemmung, oft desorientirt. Bei der Entlassung noch ängstlich, stumpf. Soll ohne Manie gesund geworden sein. Seither wieder Rückfall unbekannter Art.

88. M. A., 1853 geboren. Grossmutter väterlicherseits gestört. Von 1878 bis 1893 9 mal in der Waldau. Von jeher reizbar. 24jährig wegen Verlöbnißbruches schwermüthig, stuporös, hallucinirt. Dann Heilung. 1884 plötzlicher Beginn nach Geburt mit Manie: Tobsucht, nach wenigen Tagen Melancholie. Seither mit nur kurzen Intervallen regelmässiger Wechsel von Melancholie und Manie. Von 1893—97 in der Waldau. Jedes Jahr 3—7 Anfälle von Manie von je 4 Wochen Dauer, sonst melancholisch. Keine freien Intervalle mehr in den letzten Jahren. Exitus an Pneumonie. Anfälle von Manie resp. Melancholie waren sich vollkommen ähnlich, nur an Heftigkeit wechselnd.

89. H. G., 1830 geboren. Erblich nicht belastet. In der Waldau vom 6. März 1903 bis 2. Februar 1904. Als Kind normal. Im Militärdienst Kohlenoxydvergiftung, darauf Schädeltrauma mit Gehirnerschütterung (1856). Längere Zeit nachher, im 27. Jahre (Ende 1857) allmähliche Depression, Hemmung, Angst, Selbstanklagen. Völlige Heilung. Hierauf 20 Jahre ganz gesund. Dann wieder leichte Depression. Seit 10 Jahren Wechsel von Depression (Idee der Unfähigkeit, Selbstmordneigung) mit leichter Exaltation (Geschwätzigkeit, Unternehmungslust, Bewegungsdrang). Deutliche senile Involution. Exitus an Pneumonie.

90. J. G., 1851 geboren. Vater dement, senil, Mutter auffallender Charakter, Onkel mütterlicherseits melancholisch, Grossvater und Grossmutter

mütterlicherseits rückenmarksleidend. In der Waldau 1884—85 und 1892. Als Kind Meningitis. Etwas schwache Begabung, gutmüthig. Ab und zu „leicht schwermüthig“. Erster heftiger Angstanfall und Depression im 33. Jahre. Hemmung bis zur Apathie, zunehmende Angst, hallucinirend. Intercurrent starke Exaltation, Rededrang, Ideenflucht, ebenfalls Hallucinationen. Bewegungsdrang, nach mehreren Monaten allmälige Heilung. Gesund bis 1892. Nach dem Tode der Frau ängstlich, Idee er werde bestohlen. Depression, Hemmung. Hierauf wieder wie beim ersten Mal manisch, nur leichter.

b) Erster Anfall mit Manie, mit freien Intervallen.

91. R. R., 1874 geboren. Nicht belastet, Eltern blutsverwandt. 4 mal in der Waldau: 1890—91, 1893, 1896—98 und 1902 bis heute. In ihrem 16. Jahre wird sie heiter und gesprächig, zunehmende Ideenflucht, Bewegungsdrang. Hallucinationen. Kurze intercurrirende Melancholie: Depression mit Angst. Wieder manisch (manischer Stupor). Dann Genesung. 1892 vorübergehend melancholisch. 1893 leichtere Manie. Dann gesund bis 1896. Jetzt Hemmung bis Stupor, Depression, hallucinirend. Nach 5 Monaten schnell in Manie übergehend, wie das erste Mal. Nach mehr als 15 Monaten Dauer in Heilung übergehend. Charakter etwas defect geworden. 1902 wieder melancholisch, meist Hemmung mit Stupor, zwischendurch Erregung, oft heiter, auch im Stupor (Mischzustand). Status noch jetzt so, doch beginnende Erregung. Katatonische Symptome.

92. J. Sch., 1825 geboren. Mutter gestört, zwei Tanten mütterlicherseits gestört, ein Bruder melancholisch, eine Schwester Selbstmord, eine andere sonderbar, eine Tochter gestört. In der Waldau vom 11. Januar bis 13. Juni 1889. In seinem 19. Jahre (1844) Wanderlust, aufgeregt, exaltirt, Bewegungsdrang, etwa $\frac{1}{4}$ Jahr. Seither fast alle Winter einige Wochen melancholisch, still, gehemmt, depressirt, anschliessend jeweilen manisch. So bis 1889. Jetzt leichte Melancholie mit folgender stärkerer Manie mit Grössenideen. Oft recht labile, weinerliche Stimmung, schon deutlich senile Veränderungen: Tremor und Demenz. Zu Hause Exitus an Lungenödem.

93. S. J., 1840 geboren. Vater Potator, ein Sohn nervös, suicid. In der Waldau im Jahre 1866 acht Monate, 1901 acht Monate und 1903 zehn Monate. Sie erkrankte in ihrem 26. Jahre an Manie. Gehobenes Selbstgefühl, Ideenflucht, aufgeregt. Dann Melancholie: gehemmt, Depression, nach wenig Monaten Heilung mit etwas sonderbarem Charakter. Gesund geblieben bis 1901 (35 Jahre lang), hatte viele Sorgen. Wurde wieder manisch: heiter, Bewegungsdrang, schwatzhaft. Plötzliche Angstanfälle für Stunden. Hallucinationen, gewaltthätig. Manie herrscht 5 Monate. Dann schwere Depression, Hemmung, Angst. Ordentlich erholt entlassen. 1903 neue Erregung manischer Natur. Tobsucht während vieler Monate, zuletzt wieder Depression während mehrerer Monate. Wieder ordentlich entlassen, noch etwas labile Stimmung.

94. J. D., 1845 geboren. Mutter gestört, Tante mütterlicherseits gestört. In der Waldau in den Jahren 1874 und 1882—83. Hatte einen guten Charakter. In ihrem 28. Jahre plötzliche Manie hohen Grades: Ideenflucht, Tob-

sucht. Dann mehrere Monate Depression, Hemmung, Angst. Danach völlig genesen. 1882 neuer Anfall von Manie, wie erster Anfall. Heilung, protrahirter Verlauf. Staunt oft, oft etwas unklar, sonst witzig, heiter. Zu Hause noch Depression. Seither gesund geblieben.

c) Melancholischer oder manischer Beginn ohne Intervalle in einem geschlossenen Cyclus. (Cyclothymie, Hoche.)

95. K. Z., 1863 geboren. Vater Potator, drei Onkel väterlicherseits Potatoren, alle Geschwister auffallend. In der Waldau vom 24. August 1883 bis 28. Juni 1884. War von jeher überspannt. Litt an Phthisis pulmonum. Im 20. Jahre grosse Unruhe, gehobenes Selbstgefühl, Grössenideen, witzig. Dann Besserung und melancholisch: Hemmung. Direct wieder Uebergang in Manie 2 Monate und daran anschliessend neue Depression mit folgender Heilung. Nun bis zu seinem an Tuberculose erfolgten Tode normal.

96. A. B., 1866 geboren. Onkel väterlicherseits melancholisch. In der Waldau vom 25. März bis 14. Juni 1886. In ihrem 20. Jahre 5 Tage nach einer Geburt, bei eintretender Mastitis, schwermüthig, Unwürdigkeitsideen, Angst. Dann manische Erregung: Bewegungsdrang, heitere Stimmung. Logorrhoe. Später Mischzustände: plötzliche Angst und anschliessend wieder reine Manie und ohne tiefere Remission übergehend in reine Depression. Langsame Heilung zu Hause. Seither angeblich gesund geblieben.

97. E. F., 1860 geboren. Grossmutter väterlicherseits gestört. In der Waldau vom 6. Juli 1885 bis 10. September 1893. Von jeher lebhaft, eigensinnig. Menses mit 16 Jahren. Im 22. Jahre (1882) ohne Anlass müde, arbeitsunlustig, deprimirt, gehemmt im Denken. Seither nach unvollkommenen Intervallen mehrere leichte, ähnliche Zustände. Im Jahre 1885 bald melancholisch, bald manisch; Melancholie vorherrschend mit Stupor. Jede Phase dauerte 2—4 Wochen, danach längere Remissionen. 1886 starke manische Anfälle, Exaltation bis Tobsucht. 1888—89 fast immer manisch, tobsüchtig, Ideenflucht, Bewegungsdrang, Hallucinationen, zeitweise Verwirrtheit. Gar keine Intervalle mehr, später wieder deutlichere melancholische Phasen, aber bis zum Tode (1893 an Typhus) steter Wechsel mit vorherrschender Manie. In den letzten Jahren mehr zorniger Affect, kurz vor dem Tode noch reine Depression.

98. M. Z., 1861 geboren. Vater Paralytiker, Grossmutter mütterlicherseits gestört, eine Schwester gestört. In der Waldau vom 23. Juli 1886 bis 31. Januar 1887. War früher etwas nervös. Hatte Metritis. Im 24. Jahre Depression. Angst vor Verfolgungen. Heftige ängstliche Aufregung, beständiges Jammern, oft fortwährende Reden. Dann plötzliche Hemmung und Apathie, aber andauernde grosse Angst, Hallucinationen, Salivation, oft verwirrt. Nach wenig Monaten rascher Umschwung in reine Manie. Heitere Stimmung, Ideenflucht, Bewegungsdrang, Logorrhoe. Erst zu Hause nach mehrmonatiger Dauer geheilt. Seither gesund geblieben.

99. J. M., 1857 geboren. Vater und Schwester gestört, zwei Tanten mütterlicherseits gestört. In der Waldau vom 19. August 1884 bis 9. Februar

1885. Stets boshafter Charakter, hat gern getrunken. Im Anschluss an Delirium tremens im 27. Jahre Manie mit Hallucinationen, Euphorie, Bewegungsdrang, Ideenflucht. Oft intercurrente Verfolgungsideen. Unter Remissionen Besserung, daran anschliessend stärkere Melancholie: Depression, Hemmung des Denkens und in Bewegungen. Später völlige Heilung. Mehrere Jahre gesund geblieben, nachher unbekannt.

100. H. G., 1869 geboren. Vater nervös, Onkel väterlicherseits gestört und Suicidium, Bruder nervös etc. In der Waldau vom 25. Januar bis 14. Juli 1900. Früher normal. Vor der Heirath viel Arbeit, in der Ehe gonorrhöisch inficirt, zu gleicher Zeit starb ihr Vater. Bald darauf (30jährig) melancholisch: starke Hemmung, Depression, Angst. Suicidversuche. Nach einigen Monaten rascher Uebergang in's Manische: lebhafteste Exaltation, Ideenflucht, Bewegungsdrang, schlagfertig, witzig. Mit leichter Melancholie als Schluss ziemlich rasche Genesung, seither gesund geblieben.

101. B. J., 1866 geboren. Vater Potator, ein Onkel väterlicherseits Potator, ein Onkel und eine Tante väterlicherseits gestört. In der Waldau vom 17. September 1897 bis 5. Januar 1898. Hatte stets Neigung zu Musik und ziellosem Handeln. 3 Tage nach einer Zangengeburt im 31. Jahre manisch: Ideenflucht, heitere Stimmung, Bewegungsdrang. Hallucinationen, verwirrt. Nach mehreren Monaten hoher Erregung Depression, Angst, Hemmung. Hallucinirt wieder, oft etwas benommen. In grosser Depression entlassen. Dann in Privatanstalt noch Besserung und später völlige Heilung. Seither gesund geblieben.

102. C. W., 1849 geboren. Vater Potator. In der Waldau vom 3. August bis 8. September 1882. Stets schwermüthige Lebensauffassung. Menses seit dem 16. Jahre. Später Hemicranie. Mit 32 Jahren nach Entbindung Melancholie, motorische und Denkhemmung, Depression. Nach einigen Monaten Mischzustände (abwechselnd Angst und Euphorie), dann heftige, blühende Manie: Bewegungsdrang, Logorrhoe, Ideenflucht. Rasche Besserung, zu Hause geheilt. Seither angeblich gesund geblieben.

103. J. F., 1853 geboren. Keine erbliche Belastung. In der Waldau vom 19. Februar bis 30. October 1887. War stets schwärmerischer Natur. Ohne sichtlichen Anlass im 34. Jahre aufgeregt, manisch: Bewegungsdrang, religiöse Exaltation. Mehrere Monate reine Manie, dann plötzlich reine Melancholie mit Depression, Hemmung, Angst. Nach 3 Wochen wieder Manie und nun rasch wechselnd fliessende Uebergänge und Mischzustände, in denen Manie vorherrscht und nur kurze Stunden lebhaft Angst auftritt. Schliesslich völlige Heilung. Seither gesund geblieben.

104. M. L., 1823 geboren. Ein Onkel gestört. In der Waldau vom 13. October 1882 bis 4. Februar 1883. Hat Ovarialcyste. Seit mehreren Monaten (im 59. Jahre) verstimmt, Angst, innere Unruhe, dabei Bewegungsdrang, abnorme Sensationen. In der Waldau starke Angst, oft in Anfällen, klagt gern über körperliche Krankheiten. Langsamer Wechsel. Wird manisch: andauernde, heitere, expansive Stimmung, Ideenflucht, Intelligenz intact. Nach mehreren Monaten (noch zu Hause) völlig genesen. Bis zu seinem Tode psychisch gesund.

Ich habe gefunden, dass die circuläre Psychose bei den Männern die häufigste Psychose meiner untersuchten Hauptgruppe ist; bei den Frauen wird sie von der einfachen und periodischen Melancholie an Zahl übertroffen, was auch bewirkt, dass sie insgesamt erst an dritter Stelle kommt. Pick erklärt, die circuläre Psychose habe sich in den letzten 15 Jahren geändert, sie komme häufiger vor, habe kürzere Intervalle und Krankheitsphasen als früher. In meiner 23jährigen Beobachtungszeit konnte ich diese Beobachtung nicht machen. Pilez nennt sie die häufigste periodische Psychose, sie komme bei Frauen häufiger vor als bei Männern (letzteres habe ich auch gefunden).

Die Krankengeschichten geben mir nach meiner Besprechung der einfachen Melancholie und Manie und ihrer periodischen Formen nicht mehr viel zu sagen. Wenn der einzelne Anfall ohne Anamnese etc. uns zur Kenntniss kommt, so lässt sich wie bei der periodischen Form nicht mit Bestimmtheit sagen, ob es ein Anfall einer circulären Psychose ist, oder eine Krankheitsform für sich, ja im Ganzen sehe ich in meinen Krankengeschichten für den einzelnen Anfall, die einzelne Phase, keinen wesentlichen Unterschied gegenüber den früher besprochenen Melanchollen resp. Manien; es scheinen nur die einzelnen Phasen beim melancholischen Zustand z. B. im Allgemeinen rascher zu verlaufen, acuter aufzutreten und abzuheilen, als bei der einfachen Melancholie, gerade wie bei der periodischen Melancholie.

Ich habe meine Beispiele absichtlich so ausgewählt, dass jedes etwas vom anderen Abweichendes bringt. Bei den Einen beginnt die Störung mit Melancholie, bei den Anderen mit Manie. Bei dem Einen war die Diagnose die ersten Jahre auf periodische Melancholie zu stellen und erst später kam ein einzelner Anfall von Manie (Fall 84), bei Anderen trat nach längerer periodischer Melancholie deutlich eine circuläre Form zu Tage (Fall 81). Bei Einigen kommen Mischzustände (Weygandt) vor (Fälle 85, 93, 103). Auch Pilez erwähnt, dass die circuläre Psychose oft zuerst unter einem periodischem Bilde verlaufen könne. Wieder Andere haben deutliche, katatonische Symptome (Negativismus, Salivation), ohne dass sie zur Gruppe der Katatonie gerechnet werden dürfen (Fälle 87, 91, 98).

Ich habe die Krankengeschichten, nur zur besseren Uebersicht, in drei Gruppen getheilt: solche mit melancholischem Beginn, mit manischem Beginn und solche, die, soviel ich erfahren konnte, nur einen Cyclus von Anfällen hatten, und zwar ohne freie Intervalle und ohne spätere Wiedererkrankung. Ich habe sie aber doch nicht als endgültig von der Psychose geheilt angesehen, weil die Zeit noch zu kurz ist. Ich habe aber nichts gefunden, weder in der Aetiologie der Krankheit,

noch in deren Verlauf, noch im Ausgang, das mir hätte einen Fingerzeig geben können, warum das eine Mal die Krankheit so und nicht anders begonnen hat, und warum einmal Intervalle kommen und im anderen Falle nicht. Ich muss hier einflechten, dass Falret unter seiner Folie à double forme nur circuläre ohne freie Intervalle verstanden haben wollte, eine Auffassung, die aber bald erfolgreich bekämpft wurde, besonders auch von Baillarger.

Aetiologisch habe ich vorläufig (ich werde weiter unten noch etwas darauf zurückkommen) zu bemerken, dass ich einige Fälle gefunden habe, die nach Schädlichkeiten aufgetreten sind, welche in Form von Traumen das Gehirn getroffen haben. Ich erinnere speciell nur an den Mann (Fall 89), der nach Kohlenoxydvergiftung und Schädeltrauma an periodischer Melancholie erkrankte, die nachher in circuläre Psychose überging. Dieser Fall und Fall 90 mit der durchgemachten Meningitis und ein nicht erwähnter Fall eines 16jährigen Knaben, der kurz vor Ausbruch einer circulären Psychose leichtere Kopftraumen erlitten haben soll, zeigten allerdings nicht das Bild der periodischen Manie, wie Pilcz es verlangt. Ohne dieser Aetiologie momentan einen allzugrossen Werth beimesen zu wollen, so möchte ich doch andeuten, dass sie vielleicht geeignet sind, darauf hinzuweisen, dass circuläre Form resp. periodische Melancholie doch nicht von der periodischen Manie so wesensverschieden sind, wie dies uns etwa die Beobachtungen von Pilcz und Anderen, die bei Gehirnschädigungen (erworbene Disposition) eher nur periodische Manie zu sehen gewohnt waren, könnten vermuthen lassen. Ich hätte also solche erworbene Disposition speciell bei circulären Psychosen gefunden. Irgend eine Modification im Verlauf oder Ausgang der Psychose habe ich aber bei diesen 3 Kranken nicht finden können.

Bei Fall 87 ist in der Aetiologie Epilepsie bekannt, und auch später kommen epileptische Anfälle vor und einmal ein „Schlaganfall“; dieser Fall ist auch gerade hier anzuschliessen. Es liesse sich vielleicht streiten, ob er hier einzureihen ist und ob er nicht eher bei den epileptischen Psychosen anzuführen wäre, allein einzelne manische resp. melancholische Anfälle waren doch zu charakteristisch, als dass man ihn heute schon davon trennen dürfte. Ich kann natürlich bei diesem vereinzelt Vorkommen keine Schlüsse ziehen. Zu erwähnen ist endlich noch Fall 99, bei dem sich die circuläre Psychose direct an ein Delirium tremens angeschlossen hat. Die circulären Phasen waren so rein, dass ich diesen Fall nicht zu den alkoholischen Formen rechnen konnte. Nicht aus einem anderen Interesse, als wegen eines sehr langen Intervalles habe ich Fall 82 und 93 angeführt.

Die Anfälle sehen sich im Ganzen in ihren bestimmten Phasen

bei den einzelnen Kranken ungemein ähnlich, doch kommen auch Ausnahmen vor (Fall 81), so dass auch daraus kein Schluss zu ziehen wäre. Meist treten mit den späteren Anfällen Charaktereigenthümlichkeiten auf, eben als Folge der durchgemachten Anfälle. Dass sehr oft die Intervalle mit den Jahren aufhören, habe ich auch an Beispielen gesehen. Ein eigentlich geistiger, d. h. intellectueller Defect wird selten beobachtet. Die senile Involution scheint sich aber relativ frühzeitig einzufinden.

Im Uebrigen kann ich nur noch einmal betonen, dass die manische Phase alle Eigenthümlichkeiten, wie Hallucination, Verwirrtheit etc. haben kann, wie eine gewöhnliche Manie; das Gleiche gilt von der melancholischen Phase. Einmal kam (Fall 100) nach einer heftigen manischen Phase ein kurzer submelancholischer Rückschlag, der wohl nicht direct zur Periodicität gehörte. Pilcz meint, Hallucinationen kämen selten vor, auch hätten die depressiven Phasen selten Angstzustände, meist nur Depression. Ich fand sehr oft Angstzustände. Dass die melancholischen Zustände heftiger sind, als die manischen, habe ich nicht finden können, während Pilcz dies beobachtet hat.

Von den 63 hierhergehörenden Männern galten bei der letzten Entlassung oder jetzt:

33 als genesen	= 52,4 pCt. (vom Anfall).
19 „ gebessert	= 30,2 „
7 „ ungebessert	= 11,1 „ (theilweise noch in der Anstalt).
4 gestorben	= 6,3 „

Bei 45 waren freie Intervalle vorhanden.

Bei den 90 Frauen waren zur Zeit:

50 genesen	= 55,5 pCt.
20 gebessert	= 22,2 „
16 ungebessert	= 17,7 „
4 gestorben	= 4,4 „ (alle an intercurrenten Krankheiten).

Insgesamt ergeben sich folgende Zahlen:

Von 153 Kranken:

83 genesen	= 54,3 pCt.
39 gebessert	= 25,5 „
23 ungebessert	= 15,0 „
8 gestorben	= 5,2 „

Die Zahl der Heilungen nach meiner früher schon erwähnten Auslegung wäre also erheblich grösser als bei der periodischen Melancholie und nähert sich sehr den Heilungen der einfachen Melancholie und der Manie. Ich muss dabei noch bemerken, dass zum Mindesten etwa noch 6 von den ungeheilten und gebesserten Fällen als heilbar anzusehen

sind. Allein sie sind zur Zeit des Abschlusses meiner Untersuchung noch nicht gebessert oder geheilt gewesen und durften deshalb nicht mitgezählt werden. Die Heilungen sind bei den Frauen häufiger als bei den Männern; Genesene und Gebesserte geben bei Männern 83 pCt., bei Frauen 78 pCt. Auch hier muss ich betonen, dass ich keinen Fall bis jetzt sicher als geheilt ansehen dürfte, wollte ich das völlige Cessiren der Anfälle als *conditio sine qua non* aufstellen. Pilcz rechnet auch so, ebenso Ziehen etc. Beide erwähnen ein öfteres Auftreten secundärer Demenz, dem ich nicht beistimmen kann. Wohl aber finde ich, wie Pilcz, dass mit der Zeit eine Charakteränderung auftritt.

Zahl der Anfälle und Art derselben.

Ueber die Zahl der Anfälle ist das Gleiche zu sagen, wie bei den periodischen Formen. Eine grosse Anzahl Kranker kommt nur in der Manie in die Anstalt, das melancholische Stadium machen sie oft zu Hause durch, da es entweder von der Umgebung als Normalzustand angesehen wird, oder doch nur so geringe Symptome zeigt, dass ein Anstaltsaufenthalt unnöthig erscheint. Ab und zu sind die manischen Zustände so leicht, dass die Kranken zu Hause bleiben und nur in einer heftigen Angst- oder Depressionspsychose die Anstalt aufsuchen.

Ich habe bei meinen 63 Männern:

9	mit	2	mir zur Kenntniss gekommenen Anfällen;
9	"	3	" " " " "
7	"	4	" " " " "
23	"	mehr	" " " " "

Bei 15 (24,2 pCt.) trat nur eine Krankheitsperiode auf, d. h. es schloss sich direct ohne Intervall an eine Manie eine Melancholie an oder umgekehrt, woran sich wieder eine Manie anschloss und so weiter, also Cyclothymien nach Hoche. Bei 11 = 73 pCt. Kranken der letzten Kategorie trat Heilung ein. 4 solche Kranke haben die Anstalt gebessert verlassen, wovon 2 sich später zu Hause noch mässig erholten, während 2 geistig etwas geschwächt wurden, nachdem sie über 3 Jahre anhaltend in cyclischer Weise heftig erkrankt waren.

Bei den 90 Frauen haben wir 25 mit 2 Anfällen,

14	"	3	"
6	"	4	"
24	"	viel	"

Bei 21 = 23,3 pCt. hatte ich die Hoche'sche Cyclothymie beobachtet. Von diesen sind 16 geheilt = 76 pCt., 1 verblödete etwas und 4 erholten sich nie mehr vollkommen.

Es geht aus den Krankenjournalen wohl oft insofern nicht genau hervor, mit welchem Anfälle die Psychose begonnen hat, als die Anamnesen nicht völlig zuverlässig sind, ebenso fällt es oft schwer, die Art der vorherrschenden Anfälle in ihrer vorwiegenden Anzahl zu bestimmen. Ich musste noch berücksichtigen, dass ich eben von einer grossen Anzahl von Anfällen, die meine Kranken durchgemacht haben, gar nichts weiss. Immerhin werde ich kaum fehlgehen, wenn ich annehme, dass sich das Verhältniss nur zu Gunsten der Melancholie verschieben würde, denn es werden wohl mehr melancholische Stadien übersehen, als manische. Giebt es doch Circuläre, deren melancholisches Stadium sich nur darin offenbart, dass sie auffallend wortkarg zu sein scheinen und oft übertrieben, d. h. angsthaft fleissig sind. Aber, wie gesagt, diese Annahme ist nur hypothetisch.

Ich fand bei den Männern:

Beginn der Erkrankung mit Melancholie = 31 mal = 49,2 pCt.,

„ „ „ „ Manie = 32 mal = 50,8 „

Die Zahl der melancholischen Anfälle war vorwiegend in 11 Fällen
= 17,5 pCt.

Die Zahl der manischen Anfälle war vorwiegend in 24 Fällen
= 38,1 pCt.

Die Zahl war ungefähr bei beiden gleich in 28 Fällen = 44,4 pCt.

Bis zum 35. Jahre, d. h. bei 42 Kranken, war 18 mal melancholischer und 24 mal manischer Beginn; vom 36.—65. Jahre, d. h. bei 21 Kranken, war 13 mal melancholischer und 8 mal manischer Beginn.

Ich habe im Gegensatz zu anderen Autoren sehr oft einen manischen Beginn der circulären Störung gefunden und es scheint, als ob bei den Männern in den jüngeren Jahren diese Krankheitsform mehr manisch beginnen würde; tritt die Krankheit erst später auf, so ist ein melancholischer Beginn häufiger.

Von den manisch beginnenden Männern sind 19 geheilt = 59,4 pCt.

„ „ melanchol. „ „ „ 14 „ = 45,2 „

Ein manischer Beginn wäre also bei den Männern etwas günstiger, schon jedenfalls, weil der manische Beginn meist bei jüngeren Kranken eintritt.

Das ähnliche Verhältniss ist bei vorwiegend manischen Perioden
15 Heilungen = 62,5 pCt.

Das ähnliche Verhältniss ist bei vorwiegend melancholischen Perioden
6 Heilungen = 55,5 pCt.

Bei den Frauen sind die Verhältnisse ganz anders:

Beginn melanch. 65 mal = 72,2 pCt.

„ manisch 22 „ = 24,4 „

bei 3 habe ich über den Beginn nichts erfahren können.

Die Zahl der melanch. Anfälle waren vorwiegend in 29 Fällen = 32,2 pCt.

„ „ „ manischen „ „ „ 17 „ = 18,9 „

Beide Anfälle waren ungefähr gleich in 44 „ = 48,9 „

Bis zum 35. Jahre, d. h. bei 72 Kranken waren 52mal melancholischer und 18mal manischer Beginn.

Vom 36. – 65. Jahre, d. h. bei 18 Kranken war 13mal melancholischer und 4mal manischer Beginn.

Ein melancholischer Beginn kam bei den Frauen viel häufiger vor als bei den Männern, auf einen manischen Beginn kommen 3 mit melancholischem Beginn. Ein Grund für diesen sehr in die Augen springenden Unterschied ist zum Theil vielleicht darin zu finden, dass im Allgemeinen die Zahl der melancholischen Frauen sehr gross ist im Verhältniss zur Zahl der manischen Frauen. Auf 70 pCt. melancholische Frauen kommen nur 6 pCt. manische. Bei den Männern ist das Verhältniss insofern anders, als Manie relativ häufiger ist. Sehr wohl möglich ist es aber, dass die Anamnese bei den Männern schlechter wäre, doch wäre dies auffallend, wenn nur die Männer schlechtere Anamnesen hätten, die Frauen nicht.

Hoche, Mendel, v. Krafft-Ebing und Andere finden bei ihren circulären fast immer einen melancholischen Beginn, nur Falret und Baillarger haben vorwiegend einen manischen Beginn gesehen.

Von den 65 melancholisch beginnenden waren 37 geheilt = 56,9 pCt.

Von den 22 manisch beginnenden waren 11 geheilt = 50,0 pCt (fraglich 2).

Von den 29 vorwiegend melancholischen Formen waren 16 geheilt = 55,2 pCt.

Von den 17 vorwiegend manischen Formen waren 5 geheilt = 29,4 pCt.

Von den 44 gleichartigen Formen waren 29 geheilt = 65,9 pCt.

Im Gegensatz zu den Männern haben die Formen mit melancholischem Beginn etwas mehr Neigung zur Heilung vom Anfall.

In der Gesamtheit von 153 Fällen haben wir

96 beginnende melancholische Phasen = 62,7 pCt.

54 „ manische „ = 35,3 „

3 unbekannt.

bei 40 ist Melancholie vorwiegend = 26,1 pCt.

„ 41 „ Manie „ = 26,8 „

„ 72 „ beide gleich „ = 47,1 „

Bei 45 Männern und 57 Frauen habe ich freie Intervalle gefunden. Die Intervalle zwischen erstem und zweitem Anfalle dauerten im Maximum 35 Jahre, im Allgemeinen sind die Zwischenpausen kleiner als bei der periodischen Melancholie. Die grösste Zahl hat nur Intervalle von 2—4 Jahren oder auch nur von $\frac{1}{2}$ —1 Jahr. Auch hier sind die Intervalle zwischen erstem und zweitem Anfall bei den Männern selten so gross, wie bei den Frauen. Bei den Fällen mit grösseren Intervallen ist fast ausnahmslos, wie bei der periodischen Melancholie oder Manie, der erste Anfall in der Pubertät, der zweite im Climacterium oder Rückbildungsalter aufgetreten.

Ursachen.

Von äusseren Ursachen erwähne ich noch im Anschluss an das oben gesagte: Bei

Männern:		Frauen:	
Alkoholismus	21 mal	Climacterium	10 mal ¹⁾
Sorgen etc.	13 „	Geburt etc.	14 „
Pubertät	25 „	Pubertät	47 „
Krankheit	6 „	Ermüdung	9 „
Beruf etc.	4 „	Chlorose	5 „
Trauma	5 „	Krankheit	7 „
Onanie	2 „	Sorgen etc.	7 „

Während ich bei periodischer Manie Trauma nirgends als Gelegenheitsursache oder als Disposition gebenden Factor erwähnt gefunden habe, kommt dies hier mehrere Male als Gelegenheitsursache vor. Die Pubertät spielt eine Hauptrolle, dann kommt immerhin noch recht häufig das Climacterium oder Rückbildungsalter in Betracht. Im Uebrigen finde ich gegenüber den anderen schon besprochenen Gruppen keinen Unterschied.

Weygandt betont, dass in überwiegender Zahl der erste Anfall in der Pubertät auftritt, dass die Krankheit eine constitutionelle, endogene sei. Da in meinen Fällen die Krankheit so oft im Rückbildungsalter aufgetreten ist, kann man wohl nicht ausschliesslich von constitutionell und endogen sprechen.

1) Bei den Männern kommt im gleichen Alter, d. h. im Alter des Climacterium der Frauen 14mal circuläre Psychose vor.

Heredität.

Von den 63 circulären Männern sind 55 belastet = 87,3 pCt.,
5 fraglich,
3 verneint.

Von den 33 geheilten sind 30 belastet = 90,9 pCt.

„ „ 54 belasteten „ 30 geheilt = 55,5 „

Von den 90 circulären Frauen sind 77 belastet = 85,5 pCt.,
8 fraglich,
5 verneint.

Insgesamt sind von 153 Kranken 132 belastet = 86,3 pCt.

Von den 50 geheilten Frauen sind 43 belastet = 86,0 pCt.

„ „ 77 belasteten „ „ 43 geheilt = 55,8 „

Die Heredität ist bei Männern und Frauen grösser als bei der gewöhnlichen Melancholie, grösser als überhaupt bei irgend einer der von mir untersuchten Gruppen, die hypochondrische Melancholie ausgenommen. Die Heredität der Geheilten ist grösser, als die Heredität aller Fälle. Bei den Männern scheinen die endogenen Ursachen eine grössere Rolle zu spielen, als bei den Frauen: Heredität und abnormer Charakter kommen häufiger vor (bei 32 Männern wurde ein abnormer Charakter erwähnt und bei 33 Frauen). Weygandt fand noch eine etwas grössere Heredität als ich, nämlich 90 pCt.; auch von Hoche und Ziehen wird die starke Heredität betont.

Will ich ausser über die Genesenen noch über die Gebesserten etwas erwähnen, so wäre es, dass einzelne von ihnen dauernd in der Anstalt blieben, wo sie in den freien Intervallen zu den besten Arbeitern zählen.

Von den ungeheilten sind nur 4—5 dement geworden, einer nachdem die periodische oder circuläre Störung seit 40 Jahren bestanden hat; die anderen waren wohl senil dement zu nennen. Bei einigen ist ein chronischer, manischer Zustand eingetreten und wieder andere zeigen eben kaum mehr erkennbare Remissionen.

Ich käme also zu folgendem Schlusse:

Die circuläre (manisch-depressive) Psychose in unserem Sinne ist eine recht häufige Krankheit, sowohl bei Männern als bei Frauen.

Ihre einzelnen Phasen unterscheiden sich symptomatologisch nicht von einer einfachen Manie resp. Melancholie.

Aetiologie und Ausgang sind die gleichen wie bei den anderen besprochenen periodischen Formen.

Die Heredität tritt ganz besonders als Ursache in den Vordergrund.

Aetiologie und Verlauf der Krankheit lassen vorerst nicht deuten, dass wir es hier mit einer vom manischen oder melancholischen reinen Bilde abweichenden Krankheitsform zu thun haben. Sie scheint mir den andern coordinirt zu sein.

Sie ist nicht eine ausschliessliche Erkrankung des Jugendalters.

Die in ihr vorkommenden fließenden Uebergänge vom manischen zum depressiven Charakter scheinen eine Wesensähnlichkeit der Manie und Melancholie zu beweisen.

Ob die „Hirntraumen“ ätiologisch von Wichtigkeit sind, ist noch nicht abgeklärt.

Von den sogenannten unreinen Formen.

Ich habe hierzu 28 Männer und 74 Frauen = 102 Fälle gerechnet.

Ich führe sie hier der Vollständigkeit wegen an, um zu zeigen, was ich darunter verstehe.

Von den Männern sind es erstens:

16 einfache Melancholien, wovon 3 hysterische Färbung hatten, 5 beim Ausbruch schon senil waren, 2 mit erheblichem angeborenem Schwachsinn verbunden waren, 1 bei einem ab origine constitutionell ganz abnormen Patienten auftrat. 3 waren einfache Depressionen bei sonst chronischem Alkoholismus und 2 traten nach acuter fieberhafter Krankheit als Intoxicationdepression auf.

Ferner sind 7 periodische Melancholien darunter: 1 mit Hysterie, 1 mit Alkoholismus, 2 mit Senium und 3 mit angeborenem Schwachsinn verbunden. Ein Manischer war chronischer Alkoholiker, ein periodisch Manischer war angeboren schwachsinnig, einer senil und 2 circuläre waren chronische Alkoholiker.

In summa waren bei Männern folgende Complicationen:

Hysterie und abnorme Constitution	5
Angeborener Schwachsinn	6
Chronischer Alkoholismus	7
Dementia senilis	8
Intoxicationpsychosen	2

Von den 74 Frauen sind 44 einfache Melancholien: davon 17 mit Hysterie, 20 mit Senium (8 vielleicht sogenannter Kraepelin'scher präseniler Verfolgungswahn), 3 mit Apoplexien und folgender, ziemlich intensiver Verblödung (Anklänge an Hirnherde nach Pilecz?) und 4 mit angeborenem Schwachsinn complicirt.

Ferner sind 17 periodische Melancholien und zwar 16 mit Hysterie und 1 mit chronischem Alkoholismus complicirt. Von 6 ma-

nischen waren 2 mit Hysterie, 2 mit Senium und 1 mit angeborenem Schwachsinn complicirt und 1 Fall war Typhusintoxicationspsychose. Von 4 periodischen Manien war 1 mit Hysterie, 1 mit Senium, 1 mit Alkoholismus complicirt und 1 war Erysipelintoxicationspsychose, 3 Circuläre waren sonst Hysterische.

In summa waren bei den Frauen folgende Complicationen:

Hysterie	39
Angeb. Schwachsinn . .	5
Chronischer Alkoholismus	2
Dementia senilis . . .	23
Intoxicationspsychose . .	2
Apoplexien	3

Allen diesen Fällen ist das gemeinsam, dass die Kranken wegen der Melancholie oder Manie etc. in Behandlung kamen, dass die Melancholie etc. momentan vorherrschendes Krankheitsbild war, ähnlich wie sie oben beschrieben werden; dazu kam eben das, die Krankheit complicirende und verändernde Moment, wie der hysterische Charakter, der angeborene Schwachsinn etc. Diese Complication blieb auch dann noch bestehen, wenn die acute Krankheit, die Depression oder Melancholie etc. schon abgeheilt war. Sie können mit den vorstehenden Gruppen schon deswegen nicht zusammengerechnet werden, weil sie eben auf dem Boden dieser andern Krankheit entstanden sind und mehr nur ein integrireder Bestandtheil oder intercurrente Phase jener Hauptgruppe sind.

Ich habe sie aber erwähnt, weil sie sehr oft, wiewohl meiner Ansicht nach mit Unrecht, zu den oben besprochenen Gruppen gerechnet werden.

Ich will zur Erläuterung nur ganz wenig Beispiele erwähnen:

105. A. A., geb. 1856, Vater Trinker und Suicidium, 1898, 1901 und 1903 in der Waldau. Von jeher schwächlich, seit der Pubertät suggestibel, empfindlich, nervös, hysterisch. Seither auch intercurrente Melancholie leichter Art. Dabei stets sehr suggestibel, aber Depression und Angst oft sehr gross. Hang sich interessant zu machen, grosses Krankheitsgefühl, sich pflegen lassen.

106. L. Z., geboren 1869, Vater auffallender Charakter, Mutter gestört, Onkel väterlicherseits gestört, Tante väterlicherseits hysterisch, in der Waldau vom 7. August 1894 bis 27. Mai 1895, nachher in der Anstalt Münsingen. Von jeher eigensinnig, unfolgsam, launisch, viel Kopfweh, Clavus und Globus hystericus. Im 21. Jahre erstes Mal Erregung zu Hause, wie Manie, 10 Monate lang. Jetzt Depression, Angst, wehrt sich gegen alles. Später übergehend in Manie: redselig, erregt, erotisch, zerstörungssüchtig, dabei launisch, hat alle interessanten Leiden, will bemerkt sein, suggestibel. Verlästert alles, noch lange schwankend, dann rasch besser, Hysterie bleibt.

107. S. P., geboren 1863, Vater Verschwender, 1 Schwester gestört, in der Waldau vom 18. Juli 1887 bis 8. Januar 1888. Von Kind auf schwach-sinnig, erst mit 12 Jahren Schulbildung genossen. Kyphoskoliose, Not. Seit 2 Monaten gehobene Stimmung, erregt, Bewegungsdrang, religiöse Exaltation, dann Verfolgungsideen, Idee ein Geist sitzt im Bett, dann Heilung bei erheblichem Schwachsinn.

108. G. B., geboren 1860, erblich nicht belastet, in der Waldau vom 3. Januar 1901 bis 1. April 1901. Hat eine schlechte Erziehung genossen, viel onanirt. Seit vielen Jahren periodischer Trinker (nicht Dipsomane). An grössere Excesse und Entbehrungen anschliessend verzweifelt, beinahe erfroren, Depression, Lebenssekel, Selbstanklagen. Rasche Genesung. Alkoholikercharakter.

109. A. M., geboren 1819, erblich nicht belastet, 1883, 1884—1887 in der Waldau. Seit vielen Jahren zunehmend misstrauisch, egoistisch, Gedächtniss verlierend. 1882 Manie: Ideenflucht, erotisch, Verbigeration, unrein, läppisch. Besserung. Nach $\frac{1}{2}$ Jahre neue Erregung manischer Art. Zunehmender, rascher seniler Blödsinn mit Tremor etc. Remittirende Manie. Exitus 1887 an Arteriosclerose.

110. M. K., geboren 1836, erblich nicht belastet, in der Waldau seit dem 1. April 1902. Seit 3 Jahren (64jährig) misstrauisch, still, gehemmt. Aengstlicher, forschender Blick, Verfolgungswahn. Grosse Angst und Unruhe, sichtlicher Intelligenzdefect und rasch vorgeschrittene Dementia senilis.

111. J. R., geboren 1842, erblich nicht belastet, in der Waldau vom 15. Februar bis 29. März 1887. September 1886 bei Erysipel deliriös, dann heiter, Ideenflucht, Euphorie. Rasch gesund. Januar 1887 bei Erysipel wieder deliriös, dann exaltirt, Bewegungsdrang, immer viel delirirend. Bald genesen.

Ich nehme also bei allen diesen an, es seien nur intercurrente Manien und Melancholien, die, als bestimmte Aeussierung des Grundleidens auftreten, also eigentlich nur Zustandsbilder sind, streng genommen zu ihren Grundkrankheiten gezählt werden müssen: zur Dementia senilis, Schwachsinn, Hysterie etc. Dass solche Zustandsbilder bei allen diesen Grundkrankheiten vorkommen, ist nichts Neues und deshalb wohl nicht weiter zu begründen. Ob der eine oder andere Fall da oder dorthin gezählt werden soll, mag oft diskutirbar sein, im Princip herrscht wohl kein Widerspruch.

Gannuszkin und Suchanoff scheiden diese Formen nicht direct ab, erwähnen sie aber als Formen mit besonderer Färbung. Auch bei den Intoxicationspsychosen verhält es sich so. Ich glaube die betreffenden Psychosen ähneln wohl etwas der Manie, allein im Ganzen spielt doch die Intoxication die Hauptrolle, daher auch das meist stark hervortretende deliriöse Bild.

Am Schlusse meiner Untersuchungen angelangt, kann ich nur auf die unter den einzelnen Rubriken gemachten Resumé's verweisen. Ich habe in meinen Untersuchungen vor Allem gefunden, dass es zur Zeit

nicht gerechtfertigt ist und durch Nichts erwiesen ist, die Melancholie als eine ausschliessliche Erkrankung des Rückbildungsalters aufzufassen.

Manien, periodisch-circuläre Psychosen manischer und depressiver Natur, kommen ebenfalls recht häufig im Rückbildungsalter vor. Ausserdem kommen sehr zahlreiche Fälle von Melancholia simplex im Jugendalter vor, die sich in keiner Weise von der Melancholie der senilen oder präsenilen Involutionsperiode unterscheiden.

Ich kann mich nicht zu der Ansicht bekennen, es gebe keine einfache Manie. Meine Untersuchungen haben mir deutlich gezeigt, dass unzweifelhafte Fälle einfacher Manie vorkommen, ungefähr in gleicher Zahl wie periodische Manien.

Aetiologie und Verlauf der einfachen und periodischen Melancholie (analog auch der einfachen und periodischen Manie) sind sich sehr ähnlich, eine völlige Trennung dieser verschiedenen, sich ähnlich sehenden Klassen, ist nicht angezeigt. Die fliessenden Uebergänge von Manie zur Melancholie und umgekehrt, wie sie in sehr vielen einfachen und periodischen Manien resp. Melancholien vorkommen, lassen, abgesehen von dem beide Gruppen verbindenden Symptomencomplex der circulären Psychose, ziemlich sicher vermuthen, dass alle die oben beschriebenen Gruppen sich in ihrem inneren Wesen verwandt sind.

Allen diesen Gruppen ist auch die ausgeprägte Heredität gemeinsam und zwar scheinen die Hereditären mehr zur Periodicität zu neigen, während Fitschen bei der periodischen keine grössere Heredität gefunden hat.

Tabelle II. Zusammenstellung der Heredität.

Krankheitsform	Zahl d. Erkrankten			Hereditäre			in Prozenten		
	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.
Melancholia simplex	42	135	177	33	97	130	79	72	73
Melancholia periodica	39	128	167	30	110	140	77	86	84
Melancholia hypoch.	25	5	30	22	5	27	88	100	90
Mania simplex	9	12	21	6	8	14	67	67	67
Mania periodica	12	12	24	9	7	16	75	58	67
Circuläre Psychose	63	90	153	55	77	132	87	86	86
Summa	190	382	572	155	304	459	81	80	80

Wie in andern Psychosen wird auch hier die Disposition, mag sie nun erworben oder angeboren sein, leicht zur Periodicität führen. Deswegen aber die periodische Melancholie, circuläre Psychose und perio-

dische Manie von ihrer Grundform, der einfachen, trennen zu wollen, scheint mir nicht gerechtfertigt. Vielleicht wird es in späteren, genaueren Untersuchungen gelingen, hier völlige Klarheit zu schaffen.

Die manisch-depressiven Formen, in ihrer Gesamtheit, vor Allem aber die melancholischen Unterformen kommen bei den Frauen viel häufiger vor, als bei den Männern. Sie zeigen alle eine sehr geringe Neigung zur Verblödung, wohl aber führen sie öfters zu Charakterveränderungen. Die periodische Melancholie kommt im Gegensatz zu der periodischen Manie sehr häufig vor.

Wie Fitschen und Jung habe auch ich gefunden, dass die Hereditären mehr Neigung zur Genesung haben als nicht Belastete.

Unter allen diesen Gruppen haben die manischen Formen die geringste Heredität (auch Pilcz fand dies).

Ich habe bis jetzt nichts Beweisendes gefunden für die Annahme, dass die manisch-depressiven Psychosen in ihrer Gesamtheit oder in einer ihrer Unterabteilung mit der Epilepsie in Zusammenhang stehen.

Literatur.

Angiolella, Sulla classificazione degli stati psicopatici. 1899. (Referat.)

Arndt, Lehrbuch der Psychiatrie. 1883.

Athanassio, Les mélancoliques. Archiv de Neurol. Febr. 1899. (Referat.)

Baillarger, De la folie à double forme. Annales médico-psychologiques. 1880.

Baillarger, Folie à double forme continue. Ibidem 1880

Baillarger, Manie, influence des règles, opium, guérison. Ibidem 1855.

Baillarger, Des rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux. Ibidem 1887.

Baillarger, Accès de mélancolie débutant à l'époque des règles etc. Ibidem 1882.

Bechterew, Ueber periodische acute Paranoia simplex. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. V.

Berkhan, Ueber freie Zwischenräume des periodischen Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie etc. Bd. LIII.

Billod, Discussion über Folie raisonnée. Annales médico-psychologiques. 1867.

Billod, Mémoire sur les diverses formes de lypémanie. Ibidem 1856.

Binswanger, Allgem. Psychiatrie in Lehrb. d. Psych. von Binswanger und Siemerling.

Binswanger, Discussion zu einem Vortrage von Mayser.

Bleuler, Ueber periodischen Wahnsinn. Psychol. neurolog. Wochenschrift 1902.

- Böttiger, Ueber die Hypochondrie. Archiv f. Psychiatrie. Bd. XXXI.
- Brierre de Boismont, Discussion sur la Folie raisonnante. Annales médico-psychol. 1866.
- Brush, An Analysis of one hundred cases of acute melancholia. British medical Journal. 1893. (Referat.)
- Charrière, Manie intermittente guérie par le bromure de potasse. Annales médico-psychol. 1867.
- Cotard, Du délire hypochondriaque etc. Ibidem 1880.
- Cramer, Gerichtliche Psychopathologie. 1900.
- Dagonet, De la stupeur etc. Annales médico-psychol. 1872.
- Deboudt, Excès alcooliques, manie périodique etc. Ibidem 1873.
- Delbrück, Gerichtliche Psychopathologie. 1897.
- Dercum, A clinical signification of insanity. (Referat.)
- Doutrebente, Etude généalogique sur les aliénés héréditaires. Annales médico-psychol. 1869.
- Doutrebente, Manie remittente, double forme, épilepsie larvée. Ibidem 1886, II. Teil.
- Doutrebente, Note sur la folie à double forme. Accès multiples etc. Ibidem 1882.
- Dunin, Ueber periodische, circuläre und alternierende Neurasthenie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. XIII. (Referat.)
- Esquirol, Seelenstörungen. 1827.
- Falret, Discussion über Folie raisonnante. Annales médico-psychol. 1866.
- Farquharson, Ueber Melancholie, eine Analyse etc. The Journal of mental science. Jan. 1884. (Referat.)
- Fitschen, Die Beziehungen der Heredität zum periodischen Irresein. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. 1900. Bd. VII. No. 2.
- Fürstner, Ueber Geistesstörungen im Senium. Arch. f. Psych. Bd. XX.
- Fürstner, Kopfverletzung und Psychose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1882. Bd. XXXVIII.
- Gacci, Mania, melancholia e psicosi maniaco-depressione. (Referat.)
- Gannuszkina und Suchanoff, Zur Lehre der Melancholie. Korsakoffs Journal d. Neuropath. u. Psych. Bd. VI.
- Gaupp, Dipsomanie. 1901.
- Greppin, Ueber senile Psychosen. Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1898.
- Hecker, Die milder verlaufenden Arten des circulären Irreseins. 22. Wanderversammlung d. südwestdeutschen Irrenärzte z. Baden. 2. Sitzung, 22. u. 23. Mai 1897.
- Heinke, 5. Jahresversammlung d. nordostdeutschen Psychiatervereins, 16. Juli 1898. Conradstein (idem Allgem. Zeitschr. f. Psych. etc. Bd. LVI).
- Heinroth, Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens. Leipzig 1818.
- Hinrichsen, Statistischer Beitrag zur Frage nach der Häufigkeit der einfachen acuten Mania im Verhältnisse zu den periodischen Formen derselben. (idem Inauguraldissertation. Zürich 1897.) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LIV.

- Hitzig, Ueber die nosologische Auffassung und über die Therapie der periodischen Geistesstörungen. (idem Mitteldeutsche Psychiaterversammlung zu Halle, 24. October 1897.) Berliner klinische Wochenschrift. 1898. No. 1.
- Hoche, Ueber die leichteren Formen des periodischen Irreseins. Zwangslose Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten (Alt) Bd. I. Heft 8. 1897.
- Jacobi, Hauptformen der Seelenstörungen. Bd. I. Leipzig 1844.
- Jung, Untersuchungen über die Erbllichkeit der Seelenstörungen. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. Bd. XXI.
- Kahlbaum, Ueber cyklisches Irresein. Irrenfreund. 1882. No. 10.
- Karrer, Bemerkungen zur circulären Geistesstörung. (idem Jahresversammlung deutscher Irrenärzte zu Eisenach. 4. August 1880. Vortrag mit Discussion.) Allgem. Zeitschr. f. Psych. etc. 1881.
- Kemmler, Depressionsformen des jugendlichen Alters und Prognose. 20. Jahresversammlung d. südwestdeutschen Neurol. u. Irrenärzte i. Baden-Baden. Sitzung vdm 26. Mai 1895.
- Kirchhoff, Psychiatrie. 1892.
- Kirn, Die periodischen Psychosen. Stuttgart 1878. (Referat.)
- Kracauer, Die Melancholie der Frauen nach dem Climacterium. Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 40. (Referat nach Inauguraldissertation.)
- Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie IV., VI. u. VII. Aufl.
- Kraepelin, Ueber die klinische Stellung der Melancholie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Nov. 1899. Bd. VI. No. 5.
- v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. III. Auflage. Stuttgart. 1888.
- Magnan, Ueber das intermittierende Irresein. Psychiatr. Vorlesungen. 1892. H. IV u. V. Ueber Manie. Ebendas. H. VI.
- Matusch, Der Einfluss des Climacteriums auf die Entstehung und Form der Geistesstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie etc. Bd. XLVI.
- Mayser, Beitrag zur Lehre von der Manie. III. Versammlung mitteldeutscher Psychiater etc. Jena, 1. Mai 1898.
- Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie etc. Bd. XLIV.
- Mendel, Die Manie. Berlin 1881.
- Mendel, Leitfaden der Psychiatrie. 1902.
- Mercklin, Ueber Hypochondrie. Irrenfreund 1892.
- Meyer, L., Ueber circuläre Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiatrie. 1874. Bd. IV.
- Meynert, Ueber Beziehungen zwischen Manie und Epilepsie. Psychiatr. Centralbl. 1872/73.
- Nissl, Zur Lehre von den periodischen Geistesstörungen. 29. Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte, 26.—27. Nov. 1898, Heidelberg.
- Nissl, Ueber die sogenannten functionellen Geisteskrankheiten. Münch. med. Wochenschr. 1899.

- Pick, Ueber Aenderungen des circulären Irreseins. Berliner klin. Wochenschr. 1899. No. 51. (Dasselbe: Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurolog. Leipzig, 21.—22. Oct. 1899.) (Referat.)
- Pilcz, Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des periodischen Irreseins. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Nov. 1900.
- Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. 1901.
- Régis, Folie à double forme continue. Ann. méd.-psychol. 1880. Sept.
- Rosenstein-Borodino, Fall von circulärem Irresein mit Ausgang in Genesung. Kowalewsky Arch. psych. (Rev. Neurol. Centralblatt. 1888.)
- Sachs, Statistischer Beitrag zur Kenntniss der einfachen und der periodischen Melancholie. Inaug.-Diss. Zürich 1899.
- Schenk, Die periodische Melancholie. Deutsche Med.-Ztg. 1899. No. 18. (Referat.)
- Schlöss, Ueber die Beziehungen zwischen Melancholie und Verrücktheit. Jahrb. f. Psychiatrie. XIV. H. 1 u. 2.
- Schoetz, Beitrag zur Kenntniss der periodischen Manie. (Referat.) Inaug.-Diss. Berlin 1877.
- Schott, Beitrag zur Lehre von der Melancholie. Arch. f. Psychiatrie. Bd. XXXVI. 1903.
- Schubert, Zur Pathogenese des circulären Irreseins. Verein ostdeutscher Irrenärzte zu Leubus. 19. Juni 1890. (Dasselbe. Neurolog. Centralbl. 1890.)
- Schüle, Handbuch der Geisteskrankheiten. 1878 u. 1886.
- Snell, Ueber Monomanie, als primäre Form der Seelenstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1865. Bd. XXII.
- Speatling, On recurrent acute melancholia. (Referat.) The amer. Lancet. 1873. Febr.
- Stransky, Beitrag zur Lehre von der periodischen Manie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XI.
- Taalman, Een paar gevallen van period. Krankzinnigheid. (Referat.) Kip v. Erp, Psychiatr. en neurolog. Blaaden. T. I.
- Taalman, Acute Manie. Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. LIV. H. 1 ff.
- Tigges, Fall von periodischer Melancholie. Irrenfreund. 1870.
- Tiling, Kommt die Manie als selbständige Krankheitsform vor? Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. V.
- Weir Mitchell, Analyse von 3000 Fällen von Melancholie. (Referat.) The journ. of nerv. and ment. dis. Dec. 1897.
- Wernicke, Grundriss der Psychiatrie. 1894—1900.
- Westphal, Periodische und circuläre Geistesstörungen. Lehrb. d. Psychiatrie von Binswanger und Siemerling. 1904.
- Westphal, Die Melancholie. Ebendas.
- Westphal, Die Manie. Ebendas.

Westphal, Die hypochondrische Form der Neurastenie. Ebendas.

Weygandt, Ueber das manisch-depressive Irresein. (Referat.) Berliner klin.

Wochenschr. 1901. No. 3—4.

Weygandt, Atlas und Grundriss der Psychiatrie. 1902.

Wollenberg, Die Hypochondrie. 1904.

Ziehen, Psychiatrie. 1902.

Ziehen, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis.
Halle 1896.

Zingerle, Ueber Geistesstörungen im Greisenalter. Jahrb. f. Psychiatrie etc.
1899. XVIII.
