

XXVII.

Aus der Königl. Universitäts-Klinik und Poliklinik für
psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen
(Director Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer).

Jugendirresein.

Von

Dr. **Rizor**,

jetziger Abtheilungsarzt der Provinzial-Heil-Anstalt Münster i.W.

(Schluss.)

Teil III.

Psychosen in der Pubertät, die in einzelnen Attaquen verlaufen und nicht zur Ausheilung kommen.

Fall 1. M. K., 26 Jahre alt, Haustochter. 28. Juli 1896 bis 16. November 1896.

Keine Heredität, bisher nie krank und stets normal entwickelt. Mit 19 Jahren erste Attaque: Angst, Erregung, Ideenflucht, Incohärenz, Hemmung, Hallucinationen. Nach einigen Wochen Psychose abgelaufen. Hat in der Persönlichkeit und ihrer Thätigkeit viel verloren. Mit 26 Jahren zweite und bald darauf dritte Attaque: Erregung, Hemmung, Größenideen und Verstimmung, Angst, Kleinheitsideen, Stupor, kataton. Erregung ohne psychotische Symptome, unstet, unfähig zur Beschäftigung. Nach vier Jahren vierte Attaque: Erregung, Größenideen, kataton. Verstimmung, Angst, Erregung, kataton. Hallucinationen. Jetzt: frei von psychotischen Symptomen. Mechanische Arbeiterin zu Hause ohne Initiative und Interesse.

Anamnese: Keine Heredität. Stets aufgewecktes lebenslustiges Kind, häuslich und fleissig, wenn auch etwas flüchtig. Bisher nie krank. Menses rechtzeitig und regelmässig.

Im Jahre 1889 zum ersten Male in biesiger Klinik. Damals sehr erregt. Nicht zu fixiren. Motorische Unruhe, Ideenflucht und Incohärenz. Nach einigen Tagen ruhiger, sitzt stundenlang in einer Ecke und stiert in die Ferne. Dieser Zustand macht bald einer Erregung wieder Platz. Theatralische Be-

wegungen. Nach einigen Wochen schnippisches und keckes Wesen. Sie giebt nach einiger Zeit über ihre Krankheit selbst die Auskunft; es sei ihr immer so gewesen, als ob alles um sie herum Theater gewesen, bei dem in meist heiterem Spiel ihr eine wesentliche Rolle zugefallen sei. Sie sei sich wie die Loreley vorgekommen. Sie kann sich der Zeit der Erregung nur sehr summarisch erinnern. Sie erzählt auch von Sensationen, als ob sie mit Ungeziefer belastet gewesen sei. Später äusserte die Kranke, dass ihre eigentliche Erkrankung mit einer Verstimming und einer gewissen Unruhe, zum Theil Angst begonnen habe.

Nach der Entlassung war Patientin immer noch launisch und missgestimmt, im Allgemeinen doch stets vernünftig, wurde aber nie wieder wie früher. In der Beschäftigung leistete sie nach langen Jahren wieder einigermaassen Zufriedenstellendes, aber nicht annähernd das wie früher, vor Allem zeigte ihr Wesen immer etwas Unstetes.

1896 erkrankte sie von neuem, wurde wieder unruhig, lachte unmotivirt, verzog das Gesicht. Im Allgemeinen wechselten Heiterkeit und Zorn, Personenverkennung, Incohärenz und Ideenflucht, motorische Unruhe mit Zerstörungsdrang und unanständige Redensarten in ihren Reden. Bei der Einlieferung am 15. April sehr unruhig und erregt. Unverständliche und unzusammenhängende Reden. Auf Fragen geht sie nicht ein. Unreinlich in ihrem Aeusseren; sie schmiert. Nach einiger Zeit verweigert sie die Nahrung ganz. Sie wird immer unreinlicher, lässt unter sich. Im Verlauf der nächsten Woche wird sie wohl etwas geordneter, doch nur für kurze Zeit. Nach einigen Wochen stellen sich Grössenideen ein. Im Juni zeigt sie Perseverationen in ihren Ausdrücken. Stereotypie in Reden und Handlungen. In ihren Reden sehr unanständig. Lacht viel unmotivirt und treibt fortwährend Dummheiten. Im Juli plötzlich Besserung. Sie giebt richtige Antworten, zeigt Interesse für Arbeiten. Das unmotivirte Lachen und das kindische Benehmen haben sich bedeutend gebessert. Die Briefe zeigen aber doch noch Incohärenz und grosse Ablenkbarkeit. Es tritt weitere Besserung ein und sie wird im Juli als geheilt (?) entlassen. Nach 8 Tagen bereits wieder eingeliefert.

Status. Körperlich keine pathologischen Erscheinungen. Keine hysterischen Stigmata. Ziemlich ruhig, doch subjective Klagen über Aengstlichkeit, Druck und Stich in der Herzgegend. Schlafmangel. Sie zeigt ein gedrücktes und ängstliches Wesen. Stimmung traurig. Sie macht sich Sorge um ihre Angehörigen, Unwürdigkeitsideen. Sie verhält sich dabei stets durchaus geordnet und verständig, schreibt vernünftige Briefe nach Hause. Nach einer kurz dauernden Besserung wieder sehr gedrückt. Andeutung von hypochondrischen Wahnideen. Das Krankheitsbild wechselt sehr oft. Im September tritt Stupor ein. Gänzlich theilnahmlos und unzugänglich. Mutacismus bei ausgesprochener Fressgier. Dann wieder sehr erregt, und es wechselt in den nächsten Wochen Erregung mit Stupor öfter ab. In diesem Zustande im November entlassen.

Vorübergehend trat zu Hause eine geringe Besserung, d. h. Ruhe ein;

später wurde sie aber so unstet, nicht mehr im Hause zu halten. An eine Beschäftigung war nie zu denken.

Ihr planloses Umhertreiben gab schliesslich den Anlass zur Aufnahme in die Heilanstalt (14. Mai 1900).

Sehr erregt. Incohärente Reden mit Ideenflucht, mit Pathos. Gezierte Sprechweise, wechselnde Grössenideen (Kaiserin, Fürstin). Stimmung ausgelassen, gereizt. Schlägt unmotivirt. Unreinlich. Erotisch. Unanständig. Grimmassirend. Sammelt.

Nach einigen Tagen ruhiger, zugänglicher. Schweift bei Unterhaltung noch leicht ab. Uebermüthig. Zu Neckereien und Torheiten geneigt. Wechseldes Verhalten: ruhig, lenksam, geordnet, zu fixiren, freundlich; erregt, ideenflüchtig, aggressiv.

Dann längere Zeit sehr geordnet, freundlich.

Juli: einige Tage gedrückt und ängstlich, innere Unruhe. — Dann erregt und ideenflüchtig, gemeine Ausdrücke, gewaltthätig, zerstörungssüchtig. — Ohnmachtsanfall. Nässt ein.

August: Stereotypie.

September: Erregung und Ideenflucht wechseln mit hochgradiger Angst, Hemmung, Katatonie und Stereotypie. Dabei Selbstanklagen und Versündigungsideen, untermischt mit Ueberschätzungsidenen. Dabei eestatischer Gesichtsausdruck. Selbstgeisselung. Gelegentlich explosive Erregung mit impulsiven Handlungen.

December: Ruhiger (langsam), lenksam. Beschäftigt sich, dabei auch Angst, die sie zu verbergen sucht. Antwortet leise und langsam.

Dann wieder Erregung mit völliger Verwirrung.

Januar und Februar wechseln manische Erregung: Ideenflucht, Incohärenz, Personenverkennung mit depressivem Stadium: Selbstanklagen und Versündigungsideen, hochgradige Angst, Selbstverstümmlung.

Dann Krankheitseinsicht, Hallucinationen werden zugegeben. Darauf im Allgemeinen ruhig, doch gänzlich interesse- und wunschlos, dabei freundlich, vorübergehend kurze Erregung. Beschäftigt sich unter Anleitung und Aufsicht leidlich. Im Ganzen giebt sie ein ganz gut arbeitendes, doch ohne jede Initiative und jedes Interesse stumpf dahinlebendes Individuum ohne Selbstbewusstsein ab.

Fall 2. H. E., 26 Jahre alt, Verkäuferin, 3. Januar 1899 bis 29. April 1899.

Keine Heredität. Stets gesund. Lernte etwas schwer. Mit 19 Jahren acuter Erregungs- und Verwirrungszustand. Dauer mehrere Monate. Versuch einer Beschäftigung ohne Erfolg. Blieb wunderlich. Mit 26 Jahren zweite Attaque: Erregung. Hallucinationen. Hemmung. Jetzt albern, läppisch, unbrauchbar zu irgend einer Beschäftigung.

Anamnese: Keine Heredität. Geschwister leben, gesund. Patientin bis zur jetzigen Erkrankung stets gesund. Lernte wohl etwas schwer in der Schule. Doch keine auffallende Eigenthümlichkeiten. November 1898: fühlte sie sich ihrer Stellung als Verkäuferin nicht gewachsen. Acuter Erregungs- und Verwirrungszustand. Dann bald lachend, bald weinend, stets unmotivirt, oft ängstlich. Wirre Reden. Meist deprimirt.

Status: Gross, gracil gebaut, blass. Keine nervöse Störungen. Auch sonst o. B. Keine Hysterie.

Psychisch: Völlig orientirt, freundlich und zugänglich, meist etwas fröhlich. Auffallend kindisch und albern. Unverändert heiter und fröhlich. Macht sich offenbar keine Gedanken. Keine Krankheitseinsicht. Vergnügenssüchtig, Kein Interesse für Arbeit. Grosse Vergnügungspläne für die Zukunft. So gebessert entlassen.

Nach der Entlassung zu Hause; nach mehreren Monaten Versuch der Beschäftigung als Verkäuferin wie früher. Ihr ganzes Wesen war aber verändert; sie liess oft ihre Arbeit liegen, um für ihr Seelenheil und das der Ihrigen zu beten; sie war immer leicht aufbrausend und streitsüchtig — Neigung zu übertriebener Religiosität und Streitsucht nahm mehr und mehr zu — und musste ihre Stellung wieder aufgeben. Zur Zeit der Periode war sie besonders reizbar, oft sogar erregt. Mit der Zeit Grössenideen: sie sei berufen von Gott, die Menschen zu belehren; Verhältniss zu Eltern und Geschwistern immer unhaltbarer. Ständiger Stimmungswechsel. Oft Tobsuchtsanfälle; dann traten Grössenideen und Incohärenz besonders zu Tage.

Wegen Erregung in die Irrenanstalt 11. Februar 1905.

Heitere Stimmung, sohien verwirrt, wenig orientirt. Ausgelassen. Knüpfte an Gespräche und Vorgänge in ihrer Umgebung an. Gesichts- und Gehörs-hallucinationen.

20. Febr. Lebhafter Erregungszustand. Unrein.

Spannt bei Berührungen ihrer Glieder an und sitzt in hockender Stellung im Bett.

Freundlicher und umgänglicher, dabei albern und verwirrt.

Macht einen recht schwachsinnigen Eindruck und unterhält sich in kindischer Weise mit anderen jugendlichen Kranken. Verkennt Personen.

Gelegentlich plötzlich heftige Erregungszustände. Sonst läppisch, euphorisch, spricht zuweilen mit salbungsvoller Wichtigkeit.

Gegen die Aerzte sucht sie zärtlich zu werden. Spricht ideenflüchtig und zusammenhanglos.

Recht zerfahren und verwirrt. Kindisch und läppisch.

Bringt religiöse Wahnsnideen vor.

3. Juni. Wechselnd in ihren Stimmungen; lacht ohne Grund ausgelassen oder weint auf einmal herzzerbrechend, laut schluchzend. Nässte wiederholt ein.

Wenig zugänglich, macht sich steif bei Berührungen, widerstrebt passiv. Neigt zu Unsauberkeiten.

Es wechseln von nun an Hemmung und Erregung. In freien

und ruhigeren Zeiten unsagbar albern und kindisch, lacht unmotivirt auf. Meist recht unsauber.

Fall 3. F. J., 25 Jahre, Kinderfräulein, 13. October 1901 bis 26. März 1901.

Psychisch und tuberkulös belastet. Normal entwickelt. Mit 23 Jahren erste Attaque: Verstimmung. Hallucinationen. Angst. Kataton. Nach mehreren Monaten Psychose abgelaufen. Blieb albern, kindisch, unfähig zur Beschäftigung. Nach einigen Monaten 2. Attaque: planloses Umherirren. Erregung. Katalepsie. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Maniakalisch. Jetzt: seit Jahren frei von psychotischen Symptomen, immer albern und kindisch. Ohne Beschäftigung.

Anamnese: Grossvater väterlicherseits rückenmarksleidend; Grossmutter väterlicherseits nach längerer psychischer Depression stets wunderlich geblieben. Eine Tante leidet an tickartigen Zuckungen der Augenlider. In der Familie der Mutter Tuberkulose. Patientin bisher stets gesund und normal entwickelt; vorübergehend bleichsüchtig. August 1900 acut an Kopfschmerzen erkrankt, redet verwirrtes Zeug, wurde unruhig; stets traurig, weint und stöhnt; äusserte hochgradige Angst besonders vor Blitz. Sie sei hypnotisiert. Thierhallucinationen.

Status: Körperlich mittelgross, ziemlich gut genährt. Starke Asymmetrie des Schädelns. Ohrläppchen angewachsen. Haut am ganzen Körper von auffallender Consistenz.

Psychisch: Macht immer ängstlichen Eindruck; stets orientirt, Zeitweise unruhig. Spricht wenig oder garnicht. Bewegungen automenhaft. Damals klinische Diagnose: Depressive Paranoia, Amentia, Prognose dubia. Oester Thierhallucinationen. Wurde bald frei, lächelte öfter. Zeigte sich in kurzer Zeit ganz geordnet, beschäftigte sich und schrieb ganz verständige Briefe an die Angehörigen. Bot auch Krankheitseinsicht. Dann wurde im December die Stimmung auffallend heiter und sie zeigte albernes Wesen; ahmt immer Maniren anderer Personen nach. Albernheit nimmt rapide zu, sie zeigte sich vor allem in Briefen, in denen sie die unglaublichesten Sachen mit den ausgesprochensten Phrasen schildert und in verschrobener Weise renommirt. Kindisches und trotziges Gebahren. In diesem Zustande entlassen.

Zu Hause besserte sich der Zustand so weit, dass die Eltern den Versuch machten, sie wieder Stellung als Kinderfräulein annehmen zu lassen. Es zeigte sich aber bald, dass sie den Anforderungen nicht mehr wie früher genügen konnte. Zeigte kein Interesse für die ihr zur Obhut anvertrauten Kinder, war ständig unzufrieden und reizbar, zeigte ein unstetes Wesen. Planlos verliess sie schliesslich die Stelle und ging ohne erfindlichen Grund nach Helgoland, wo sie Aufregungszustände bekam und nach Haus geholt wurde. Dort verfällt sie in ein kataleptisches Stadium. Ihre Aufnahme in die Anstalt wird erforderlich (22. Mai 1905).

Liess sich lächelnd aufnehmen, antwortet auf Fragen garnicht, reichte

aber langsam und steif die Hand. Stierer Blick. Ist sauber zu halten. Wird gefüttert.

Hemmung und Katalepsie unverändert.

Etwas freier. Lacht ohne Grund, fasst offenbar die meisten Fragen richtig auf. Gesicht leicht gedunsen. Hallucinationen werden bestritten.

Mit Allem zufrieden, ganz wunschlos, ohne Initiative. Versuch einer Beschäftigung, muss dazu angehalten werden.

Gelegentlich Angst. Hallucinationen. Auf Drängen des Arztes Brief, völlig inhaltlos.

Sehr schwere Hemmung. (Menses.)

In freien Zeiten singt und tanzt sie im Zimmer umher.

Läppische, leichte maniakalische Erregung. Singt immer die gleichen Lieder, schafft bei der Arbeit nichts.

Frech und mürrisch wie ein ungezogenes Kind. Keine Lust zur Beschäftigung. Verlangt urtheilslos nach Haus.

Vorübergehend leicht erregt. Im Allgemeinen albern und kindisch in ihrem Wesen, mault wie ein eigensinniges Kind.

Fall 4. K. W., stud. chem. 19. Januar 1890. — X. Bei der Aufnahme 24 Jahr.

Hereditär belastet. Als Kind Scharlach, Masern. Mit 11 Jahren $\frac{1}{4}$ Jahr lang Gehirnentzündung, sonst Entwicklung o. B. Mit 21 Jahren Melancholie von 4 Monaten. Seitdem eigenthümlich. Mit 23 Jahren zweite Attaque: Hypochondrie. Erregung. Hemmung. Angst. Hallucinationen. Jetzt: Seitdem urtheilsschwach ohne Initiative und Interesse.

Anamnese: Ein Onkel des Kranken ist geisteskrank, eine Schwester hysterisch, ein Bruder rückenmarkskrank. Als Kind Masern und Scharlach; mit 11 Jahren Gehirnentzündung (ein Vierteljahr lang). Geistig und körperlich hat er sich sonst normal entwickelt. Später etwas eigenthümlich und ungesellig.

Mit 21 Jahren machte er eine 4 Monate dauernde Melancholie durch. Im Jahre 1889 trat er als Einjährig-Freiwilliger in die Armee ein, doch litt er schon seit längerer Zeit an Beziehungsvorstellungen, zog sich deshalb von Allem zurück. Klagen über allgemeine Schwäche. Völlig energielos, lag dauernd zu Bett, verweigerte die Nahrung. Hypochondrische Ideen: 5 Wochen vor der Aufnahme wechselte der Zustand zwischen Unruhe und stummem und regungslosem Verhalten.

Status: Körperlich: Mässig genährt, blasse Gesichtsfarbe. Keine Besonderheiten.

Psychisch: Motorische Unruhe; ängstlich. Schreckhafte Hallucinationen. Negativismus. Stöhnt und klagt mit wenig Unterbrechungen. Im Grossen und Ganzen abweisend. Hypochondrische Wahnideen. Geschmackshallucinationen; stöhnt und jammert den ganzen Tag in monotoner Weise. Zeitweise Nahrungsverweigerung. Keinerlei Interesse für die Umgebung und Vorgänge in derselben. Zeitweise Zerstörungstrieb. Im Laufe der Jahre treten ausgesprochen

kata tonische Symptome hervor. Kommt dann 1 Jahr in Familienpflege; wird aber wegen oft auftretender Erregungszustände, in denen er gewaltthätig wird und alles zerstört, wieder zurückgenommen. Vorübergehend Hallucinationen. Zeigt keinerlei Interesse. In den letzten Jahren stets sehr höflich und formell, sucht geradezu etwas darin; aber überaus reizbar.

Jetziger psychischer Status: Völlig orientirt. In seiner Ausdrucksweise umständlich und phrasenhaft. Sein Gedächtniss ist recht gut, auch die Merkfähigkeit. Kann über die einzelnen Phasen seiner Erkrankung Auskunft geben. Giebt dauernde Hallucinationen zu; lässt sich aber nicht genauer darüber aus. Den Beginn seiner Krankheit schildert er als eine allgemeine Schwäche. Unfähigkeit zu jeder Arbeit, verbunden mit Angst. Krankheitseinsicht besitzt er aber nicht. Sein Auffassungsvermögen hat nicht gelitten. Ueber die Geschichte der Anstalt während seines Hierseins, über das Verbleiben der verschiedenen Aerzte ist er gut unterrichtet, hebt sogar bestimmte Charaktereigenthümlichkeiten von diesen hervor. Ueber Zeiteignisse der Aussenwelt kann er gleichfalls Auskunft geben, doch nur lückenhaft und oberflächlich, denn es fehlt ihm an Interesse. Höhere Vorstellungen gehen ihm ganz ab. Dadurch ist bedingt eine völlige Gleichgültigkeit über seine Zukunft, über die er niemals nachdenkt und Interessenlosigkeit gegenüber ethischen und schöngestigten Fragen. Dagegen verwendet er die ihm noch vorhandene Arbeitskraft dazu, aus „Brehm's Thierleben“ völlig zwecklose Auszüge zu machen, unglaublich lange lateinische Thierreihennamen aufzuschreiben mit der Begründung: um sein Gedächtniss zu unterstützen. In der That hat er auch alles auswendig gelernt.

Fall 5. H. B., Gärtner, 35 Jahre alt. 11. April 1888—X.

Keine Heredität. Immer still und scheu. Mit 17 Jahren 1. Attaque: Verwirrtheit. Verfolgungsideen. Ein Jahr später 2. Attaque: Grössenideen. Hallucinationen. Im nächsten Jahre 3. Attaque: Hemmung. Kataton. Maniakalisch. Stimmungswechsel. Seit mehreren Jahren frei von psychotischen Symptomen. Stumpf. Interesselos. Urtheilsschwach.

Anamnese: Ueber Erblichkeit nichts bekannt. Patient war als Kind still und scheu, unfolgsam und störrisch. In der Schule war er stets der beste. Besondere Krankheiten hat er nicht überstanden; nur klagte er viel über Ohrensausen. 1886 im October wegen Geistesstörung, Verworrenheit und Verfolgungsideen aus der Lehre entlassen, nach 3 Wochen aber anscheinend gebessert. Im Mai 1887 plötzlicher Erregungszustand. Wahnideen, er wäre vergiftet. Verweigerte die Nahrung und arbeitete nicht mehr. Aufnahme in eine Anstalt in S. Dasselbst selbstbewusstes Auftreten. Grössenideen. Vergiftungswahnideen. In der Unterhaltung unverständlich und verworren. Incohärent in seinen Reden. Dauernd laute Selbstgespräche. Neigung zur Unreinlichkeit. Daraufhin Aufnahme im Juli in die hiesige Anstalt. Verschmitzter lauernder und selbstbewusster Gesichtsausdruck. Lächelt viel. In seiner Unterhaltung sehr kurz. Geht garnicht näher auf seine Krankheit ein; giebt aber Hallucinationen zu. Nach Hause entlassen. Muss im Jahre 1888 im

April wieder wegen eines neuen Erregungszustandes, weil er gegen seine Mutter gewaltthätig wurde, aufgenommen werden.

Status: Körperlich: Mittelgross. Kräftig. Normal genährt. Schädel normal. In den Organen und anderswo nichts Abnormes nachzuweisen.

Psychisch: Das scheue und zurückhaltende Wesen, das eigenthümliche Lächeln bleibt auch in diesem Jahre bestehen. Finster und mürrisch drängt er sich in den einzelnen Zimmern umher. Vorübergehend geht er mit zur Arbeit. Februar 1889 wird er als ecstatischer Melancholiker vorgestellt. Patient geht sehr gekrümmt. Muss fast getragen werden. Wenn man ihn loslässt, bleibt er stehen. Er antwortet auf keine Fragen, macht einige Male den Versuch, bewegt wenigstens die Lippen, spricht aber nicht. Er giebt nicht die Hand. Sitzt stumm und theilnahmslos da. Er lässt sich stechen ohne zu reagiren. Nur beim Stechen in den Oberschenkel zuckt er. Die in die Höhe gestreckten Arme hält er lange in die Höhe. Auch seine gekrümmte, sehr unbequeme Haltung behält er bei. Vorübergehend schreibt er ganz ordentliche Briefe nach Hause, nachdem er im Mai etwas mehr Theilnahme an seiner Umgebung gezeigt hat. Onanirt sehr. Es schliesst sich dann ein maniakalischer Zustand an. Er singt, pfeift, tanzt. Auch Nachts sehr unruhig. Begeht allerlei Thorheiten. Er redet von allerhand Fürstlichkeiten und anderen hochgestellten Personen, meist aber verworrenes Zeug. 1890 zeigt er ein commandirendes Wesen. Seine wirren Reden bleiben bestehen. Er schreibt zeitweise die unsinnigsten Briefe. Läuft immer wild im Garten umher und ruft die Namen der Strassenbahnstationen aus. Seine Hauptbeschäftigung besteht in Masturbiren. Seine Briefe zeigen auch in den nächsten Jahren einen Mischmasch von lauter abgerissenen Sätzen. 1895 arbeitet er fleissig in der Gärtnerei. 1898 ist seine Stimmung sehr wechselnd. Bald lacht er, bald schimpft er. Er läuft im Trabe im Anstaltsgebiet umher und verlangt seine Entlassung. In den ruhigen Zeiten ist er ein fleissiger Arbeiter. 1901 leichte Erregung, Heiter. Ist äusserst gesprächig, ideenflüchtig, lärmend. Er schwatzt fortgesetzt, schreit, singt und treibt allerlei Unfug. Macht bei allem seine Bemerkungen und ist nicht zu fixiren. Die Erregung klingt im Juni ab, doch schliesst sich ein etwas planloses Verhalten noch an. Darauf wird er stumpf und theilnahmslos, doch arbeitet er fleissig. Im grossen und ganzen ziemlich abweisend. Im September 1904 grosser Erregungszustand. Seitdem wechselt die Stimmung sehr; bald freundlich, bald abweisend. Bei den Besuchen seiner Angehörigen ganz indifferent.

Jetziger Befund: Jetzt ist er zeitlich und örtlich genau orientirt. Weiss über seine Umgebung gut Bescheid. Kennt sämmtliche Aerzte. Ueber politische Ereignisse, sogar über Einzelheiten gut unterrichtet. Auch frühere politische Ereignisse, Kriege u. s. w. sind ihm alle bekannt. Die Antworten, die er giebt, sind nicht immer einfache Gedächtnisleistungen, sondern erfordern sehr oft eigene Combinationen. Er besitzt ein auffallend gutes Gedächtniss. Seine Merkfähigkeit zeigt keinen Defect. Seine intellektuellen Fähigkeiten entsprechen seiner Bildung. Nur gibt ihm sein Urtheil über seinen eigenen Zustand völlig ab. Absolute Krankheitseinsichtslosigkeit. Er

hält sich für völlig gesund und den Aufenthalt für unnötig. Von seinen bisherigen Erregungszuständen und sonstigen Krankheitssymptomen will er nichts wissen, streitet sie zum Theil ab. Bemerkenswerth ist bei ihm gemüthliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit. Er lebt wunschlos in den Tag hinein, fragt nicht, was aus ihm werden soll, will mit seinem Dasein ganz zufrieden sein und zeigt kein Interesse für seine Angehörigen. Die Vorstellung ist in solcher Unterhaltung völlig geordnet, doch etwas langsam. In seinem ganzen Gebahren macht der Patient einen etwas energielenen, aber auch verschlossenen Eindruck. Ueber Sinnestäuschungen und Wahnideen lässt sich nichts feststellen.

Fall 6. A. B., 30 Jahre alt, Magd. 28. Mai 1902 bis 31. October 1902.

Tuberculös belastet. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 23 Jahren Psychose von $1\frac{1}{2}$ Jahr Dauer. 6 Jahre später zweite Attaque: Depression. Angst. Hallucinationen. Nach Ablauf der Psychose (ca. 1 Jahr) sonderbares Wesen, ständiger Stellungswechsel.

Anamnese: Vater und Mutter an der Schwindsucht gestorben. Patientin hat sich körperlich und geistig normal entwickelt. Sie wurde als Kind häufig von ihrer Stiefmutter misshandelt. Vor 6 Jahren war sie schon einmal geisteskrank in der Anstalt und wurde nach $1\frac{1}{2}$ Jahren geheilt entlassen. Im März 1902 wurde sie sehr niedergeschlagen und ängstlich. Es bestanden Versündigungsdenken. Zeitweise Hallucinationen. Die Menses setzten aus.

Status: Körperlich: Mittelmässig gross. Mittelmässig genährt. Blass. Ohrläppchen etwas angewachsen. Schädel symmetrisch. Auf dem Kopfe in der Gegend der hinteren Fontanelle eine kleine Delle und ein knopfartiger Vorsprung am Knochen. Fall in den Keller als Kind. Patellarreflexe lebhaft. Sonst keine Besonderheiten.

Psychisch: Zeitlich und örtlich orientirt. Krankheitseinsicht. Intelligenz völlig intact. Leicht zum Weinen geneigt, glaubt aber doch, dass Hoffnung auf Genesung für sie bestehe. Verstimmung hält lange an. Mit der Zunahme von Körpergewicht nicht mehr so gedrückt und traurig. Sie arbeitet fleissig und schreibt bald ruhige und sachliche Briefe. In diesem Zustande entlassen.

Nach der Entlassung versuchte Patientin wieder in Stellung zu gehen. Der Erfolg war aber kein günstiger: „Auf Grund ihrer Nervosität und Grübelei“ musste sie sehr oft ihre Stellung wechseln. Sie war äusserst reizbar und misstrauisch in ihrem ganzen Benehmen. Auch ihre körperliche Constitution ist sehr mangelhaft.

Fall 7. F. B., 33 Jahre alt, Haussohn. 1. April 1902 bis 9. October 1903.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 12 Jahren Gelenkrheumatismus mit Herzfehler. Mit 17 Jahren 1. Attaque: Angst. Depression. Stimmungswechsel. Incohärenz. Hallucinationen. Maniakalisch. Nach einem Jahre Besserung. Dann 2. Attaque, der

sich zwei Jahre später nach vorübergehender Besserung die 3. Attaque mit katatonen Symptomen anschloss. Fünf und sechs Jahre später 4. und 5. Attaque: Angst. Depression. Hemmung. Seit Jahren frei von psychotischen Symptomen. Stumpf. Interesselos. Urtheilsschwacher mechanischer Arbeiter.

Anamnese: Patient hat sich körperlich und geistig gut entwickelt. Ueber Erblichkeit nichts bekannt. Ausser einem Gelenkrheumatismus vor 5 Jahren mit zurückgebliebenem Herzfehler und Masern vor 3 Jahren hat er weitere Krankheiten nicht gehabt (d. h. vor der ersten Aufnahme). In der Schule soll er sich stets vor anderen ausgezeichnet haben. Auch nachher war er stets brav, arbeitssam und zeigte sich recht befähigt.

Im März 1887 bemerkten die Eltern eine Veränderung in seinem Wesen. Er sass oft in sich versunken da, klagte über zeitweilige Angstanfälle, besonders während des Essens, wo er dann aufsprang und schreidend im Hause, auf dem Hof und in den Ställen umherlief. Auf Fragen hört er nicht. Er wurde in den Zwischenzeiten dieser Angstanfälle in sich gekehrt und verschlossen. Arbeiten, die er vorhatte, liess er unvollendet. Er versteckte sich, wenn Menschen ins Haus kamen. Die Anfälle kehrten öfter dreimal des Tags wieder und dauerten bis zu 3 Stunden. Hallucinationen und dergl. sind nicht an ihm wahrgenommen. Der Patient wurde dann im Juli 1887 zum ersten Male in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Körperlich: Er zeigte sich als ein für sein Alter genügend grosser und kräftig gebauter Mensch von ganz gutem Ernährungszustande. Am Herzen über der Aorta ein diastolisches Geräusch. Herz nach beiden Seiten verbreitert. Puls mässig frequent, unregelmässig, manchmal dikrot, dabei celer, mässig kräftig. Sonst bietet er auch nach nervöser Seite hin keine Abnormitäten.

Psychisch bot er einen apathisch niedergeschlagenen Gesichtsausdruck. Bei längerem Ansehen fing er an zu lachen. Versteckt sich. Fragen beantwortet er richtig, lacht manchmal dazwischen unmotivirt. Klagt über eigenthümliches Gefühl in der Magengegend. In den nächsten Monaten bietet er immer ein ängstlich unruhiges Wesen, dann ständigen Wechsel zwischen Lachen und Weinen. Jammert bald, bald treibt er allerlei kleine Neckereien und macht dazu ein übermüthiges Gesicht. Spricht viel von religiösen Dingen, von der Bibel, von der Seligkeit. Aeussert Selbstanklagen. In seinen Reden zeigt er dann Incohärenz, flickt Stellen aus der Bibel und den Gesangbuchversen ein. Wenn etwas seine Aufmerksamkeit erregt, hört er eine Zeitlang auf zu jammern, dann fängt er bald wieder an: „Sie wollen mir den Kopf abschlagen“ und „Ich habe doch keinem was gethan“! Onanirt sehr viel. Seine Aufmerksamkeit ist durch Fragen nur einen Augenblick zu gewinnen. Dann beginnt die alte Litanei. Wird sich über seinen Zustand unterhalten, so hört er aufmerksam zu. Er hallucinirt; er selbst streitet aber die Hallucinationen ab. (Diagnose: Manie.) Wird im März 1888 ungeheilt entlassen.

Nach seiner Entlassung war er dann bei den Eltern. Ueber den Zustand

daselbst, was er getrieben, ist nichts bekannt. Aber soviel ist sicher, dass er in der ganzen Zeit einen gegen früher veränderten Eindruck machte. In letzter Zeit hat er wieder an starken Angstanfällen gelitten. Er lief umher, schrie und klagte unaufhörlich.

Deswegen August 1889 wieder aufgenommen. Bietet dasselbe Bild wie das erste Mal, zeigt aber bald Interesse für kleine häusliche Arbeiten und wird im Februar 1890 gebessert nach Hause entlassen.

Zu Weihnachten 1890 verschlimmerte sich sein Zustand wieder und wurde durch sein unruhiges, Zerstörungssucht zeigendes Wesen äusserst belästigend. Deswegen im März 1891 zum dritten Mal aufgenommen. Verhält sich diesmal ruhiger. Steht meist ohne sich zu beschäftigen im Corridor oder in einer Ecke des Zimmers. Grinst, wenn er angeredet wird. Ist anscheinend sehr zufrieden. Auf seine Bitte mit zur Arbeit, arbeitet auch ganz fleissig im Garten und im Felde. Schreibt ganz nette Briefe nach Hause und wird im September 1891 gebessert nach Hause entlassen.

Dort zeigte er das gleiche apathische und gleichgültige Wesen bis zum Jahre 1895. Da traten wieder Angstzustände auf. Er wollte sich das Leben nehmen. In den ruhigen Intervallen sass er brütend da, ohne Neigung zu irgend welcher Beschäftigung.

Deswegen im November 1895 wieder aufgenommen. Verhält sich hier allerdings ziemlich ruhig. Es werden Angstzustände und Beklemmungen hier nicht beobachtet. Ist trotz mehrfacher Versuche nicht zur Arbeit zu bewegen. Er habe nicht nöthig, hier zu arbeiten. Zu Aeusserungen über etwaige Wahnsieden und Hallucinationen ist er nicht zu veranlassen. Beschäftigt sich häufig mit Lesen. Schreibt von Zeit zu Zeit ganz verständige Briefe an seine Eltern. Im Gespräch sehr zurückhaltend und einsilbig. In diesem Zustande wird er im Juni 1896 entlassen.

Zu Hause keine Aenderung. Aus den gleichen Anlässen wie vorher im April 1902 fünfte Aufnahme.

Körperlich s. o. Psychisch: Bei der Aufnahme sehr ängstlich und deprimirt. Giebt gar keine Auskunft. Klagt leise vor sich hin über Angst und schwere Gedanken. Bedeckt mit den Händen oft das Gesicht. Es macht dabei sein Gebahren einen etwas gezierten Eindruck. Seine Bewegungen sind langsam und gehemmt. Geht mit zur Arbeit, dabei recht still, verschlossen, spricht mit Niemandem. Hält meist die Hände vor das Gesicht wie ein schüchternes Mädchen. Dies wenig zugängliche Wesen bleibt auch in den nächsten Monaten. Der Vorstellungsablauf ist immer etwas verlangsamt. Die Aufmerksamkeit ist rege. Das Auffassungsvermögen ist ein gutes. Die Antworten erfolgen meist in wortkarger Weise in kurzen abgerissenen Sätzen oder Satztheilen. Die Sprache ist dabei sehr leise und kaum verständlich. Die Stimmung ist entschieden eine sehr gedrückte. Patient steht meist traurig umher, ist dabei recht stumpf. Schenkt den Vorgängen in seiner Umgebung nur recht wenig Beachtung. Sagt selbst, er sei etwas geistesschwach. In seinem Verhalten ist er reinlich; besorgt sich selbst. Auch im Anfang des Jahres 1903 still in sich gekehrt, ohne

Interesse, stumpf, verrichtet aber die ihm aufgetragenen Arbeiten. muss dabei aber immer ermuntert werden. In diesem Zustande 1903 October entlassen.

Er beschäftigt sich zu Hause seitdem mit kleineren Haus- und Feldarbeiten. Wesentliches, wie man nach seiner Constitution erwarten könnte, leistet er nicht.

Fall 8. A. A., 25 Jahre alt. Müller. 19. März 1904 bis 2. Februar 1905.

Schwer belastet. Kindheit und Jugend ohne Besonderheit. Mit 18 Jahren acute Verwirrtheit. Nach deren Ablauf stumpf und albern. Gegen früher sehr verändert. Sechs Jahre später zweite Attacke: Erregung. Angst. Incohärenz. Maniakalisch. Hemmung. Maniakalisch. Nach Ablauf der Psychose (seit 2 Jahren) urtheilsschwächer mechanischer Arbeiter ohne Interesse und Initiative.

Anamnese: Mutter und Vater der Mutter geisteskrank gewesen. Patient: Kindheit und Jugend o. B. Auch später stets fleissig, solide und verträglich. Anfang November 1897 acute Verwirrtheit nach einem vorhergegangenen Streit. Unruhe, machte dummes Zeug, lief fort. Zeitweise wurde Unruhe zur Tobsucht mit Zerstörungstrieb. Ab und zu ruhige und klare Momente.

6. November 1897. Aufnahme in die hiesige Anstalt. Er zeigte hier folgendes Verhalten.

Körperlich gross, mässig genährt, leichte Spitzenaffection, sonst o. B. Ohrläppchen angewachsen, Zunge nach rechts, Uvula nach rechts, rechter Gaumenbogen bleibt zurück.

Psychisch: Orientirt. Meist stumpf und theilnahmslos, stierer Blick. Befehlsautomatie und Katalepsie. Ruhiges Verhalten wechselt mit Erregungszuständen, dann incohärente Reden. Allmählich wird er läppisch und albern in seinem Benehmen, zeigt oft ein unmotivirtes Lächeln, grimmassirt öfter. Mit der Zeit gelingt es, ihn mit zur Arbeit zu nehmen. Auch dort völlig interesselos, allmählich fleissiger. 11. April 1898 entlassen.

Zu Hause mit der Zeit besser, doch nicht wieder so wie früher. Vor 2 Jahren Lues; Lungenspitzen frei. In letzter Zeit neue Verschlimmerung: aufgereggt, streitsüchtig und gewaltthätig; Excesse in baccho; unsinnige alberne Reden.

19. März 1904 zweite Aufnahme. Hier bot er folgendes Bild: Angst, motorische Unruhe; Incohärenz mit Metamorphose in seinen Reden; gehobene Stimmung: lacht viel, macht allerhand Dummheiten und Witze, begrüßt alle Leute als gute Freunde. Oft sehr derb in seinen Spässen und ungeordnet. Bedarf dauernder Beaufsichtigung. Entwirft die unsinnigsten Heirathspläne, motivirt seine Aeußerungen und Handlungen in der albernsten Weise. Nach einiger Zeit wird er stumpf in seinem Verhalten; zeitweise deutliche Hemmung; Vorstellungsablauf, vorher beschleunigt, wird auffallend verlangsamt. — In einiger Zeit wechselt das Bild wieder: von Neuem ungeordnet und unruhig; lacht fortwährend und macht allerhand Thorheiten. Nach langer Zeit nicht mehr so unnütz, heiter, geht mit zur Arbeit, zeigt sich ver-

träglich. Nach $1\frac{1}{4}$ Jahre bei seinem Fleiss sehr still, hält sich immer abseits, gegen die Aerzte abweisend. Wird mit der Zeit aber stumpf, zeigt wenig Affect, nur geringes Interesse. In diesem Zustande plötzlich vom Vater abgeholt.

In letzter Zeit hat Patient die Arbeit wieder aufgenommen. Er kann aber nur unter der Aufsicht seines Vaters arbeiten und arbeitet immer nur langsam. Er muss ständig dazu angehalten werden. Er wird nicht mehr so bösartig wie früher. Oft steht er eine Zeit lang in Gedanken still oder lehnt längere Zeit seinen Kopf in die Hand. Angeredet geht er dann wieder an die Arbeit. An Körperegewicht hat er abgenommen.

Fall 9. J. S., 22 Jahre alt, Haustochter. 13. Februar 1904 bis 3. Juni 1904.

Keine Heredität. 7 Monatskind. Als Kind chronischer Darmkatarrh. Mit 16 Jahren nach Nothzchtsverbrechen erste Attaque: Erregung, Angst, der $1\frac{1}{2}$ Jahre später eine zweite gleiche und weitere $1\frac{1}{2}$ Jahre später eine ebensolche dritte folgte. Mit 22 Jahren vierte Attaque: Motorische Unruhe. Ideenflucht. Incohärenz. Kataton. Stimmungswechsel. In den letzten 2 Jahren frei von psychotischen Symptomen. Stumpf und interesselos.

Anamnese: Keine Heredität. Patientin 7 Monatskind; als Kind: chronischer Darmkatarrh. Im Alter von 16 Jahren an ihr ein Nothzchtsverbrechen verübt (thätlich missbraucht). Seitdem scheu, ängstlich und still. Seitdem jetzt vierter Anfall von Geistesstörung. Erster direct nach dem Verbrechen, zweiter nach $1\frac{1}{2}$ Jahren; jedes Mal sehr ängstlich und aufgeregt, nicht gearbeitet, umhergelaufen, viel geweint, immer von dem Ueberfall gesprochen. Nach weiteren $1\frac{1}{2}$ Jahren dritter Anfall. Dasselbe Bild von Angst und Unruhe; planloses Umherirren. In den Zwischenzeiten habe sie sich wieder leidlich gut gemacht. Zu Beginn des Januar 1904 vierter Anfall: Schlaflosigkeit, Zerstörungstrieb.

Körperlich: Gesundes Aussehen, keine hysterische Stigmata; Gesichtsasymmetrie. Steiler Gaumen. Ohrläppchen angewachsen, herabgesetzte Schmerzempfindung.

Psychisch: Orientirt. Motorische Unruhe. Ideenflucht mit Incohärenz und mit Metamorphose. Neigung zu Agramatismus und Begriffsassocation; Perseveration der Redensarten. Stimmung: wechselnd, oft depressiv, oft heiter, doch immer oberflächlich. Zeitweise motorische Unruhe. Dauerbad. Benehmen vorübergehend: läppisch, albern. — Deutlicher Rückgang der Intelligenz: kein Bestreben, neue Eindrücke in sich aufzunehmen. Kennt keine neuen Menschen (wie früher); neue Eindrücke haften nicht mehr so gut. Unfähigkeit, auch nur einen kurzen Gedankengang innezuhalten, sich für eine Vorstellung zu concentriren, wird von ihr selbst empfunden; kann nicht die einfachsten Combinationen bilden, die kleinsten Rechenaufgaben lösen, Monatsnamen rück-

wärts nenn etc. Vorstellungsablauf verlangsamt. Völlig apathisch und interesselos. Nahrungsaufnahme gering. So entlassen.

Zu Hause trat bis jetzt keine wesentliche Veränderung ein. Das Gedächtniss für frühere Sachen, auch für die Göttinger Zeit, ist erhalten. Die Stimmung ist immer traurig; sie spricht viel von Sterben, hat für nichts Interesse. Am liebsten liegt sie zu Bett und ist dann schwer zum Aufstehen zu bewegen.

Die in diesem Abschnitt angeführten Fälle habe ich in zwei Rubriken eingetheilt, und zwar darnach, ob sich die Patienten noch in einer Anstalt befinden oder bereits entlassen sind.

Fassen wir zunächst alle Fälle zusammen in's Auge. Das gemeinschaftliche Moment ist: abgesehen von der Erkrankung in der Pubertät eine Neuerkrankung, neue Attaque in früherer oder späterer Zeit. Besonders hervorheben möchte ich bei der ersten Attaque den Umstand, dass dieselbe verhältnissmässig kurze Zeit gedauert hat und dass sich die Kranken trotzdem nicht ganz wieder erholt haben.

Zunächst ein Vergleich der Zustandsbilder der Gruppe III und Gruppe II. Eine Differenz würde womöglich die Verschiedenartigkeit des Ausgangs erklärlich erscheinen lassen. Vor Allem kommt dabei die erste Attaque in Betracht. Bei genauer Prüfung kann man eine Differenz im Charakter der Fälle nicht feststellen, auch kann man nicht einen gradweisen Unterschied machen. Man konnte auch hier feststellen, dass bei der Erkrankung in erster Linie das Urtheil leidet und die Aufmerksamkeit gemindert wird; dass das Gefühl stark in Mitleidenschaft gezogen ist; dass das Bewusstsein gewöhnlich klar, die Orientirung erhalten ist. Erregungs- und Depressionszustände lösen einander ohne jede Regel ab. Wahnideen treten bald mehr, bald weniger hervor. Hallucinationen fehlen in keinem Fall. Es lässt sich zu diesen Zustandsbildern kein Wort mehr gegen Gruppe II hinzufügen. Es ist mithin absolut unmöglich, aus dem jeweiligen Zustandsbilde der ersten Attaque die Prognose des jeweiligen Falles herauszulesen.

Was den weiteren Verlauf der Fälle anlangt, so muss man unterscheiden, ob die Individuen zur Zeit noch in der Anstalt sind, resp. in der Freiheit leben. Bei den erstgenannten treten die zurückleibenden Symptome vielleicht weniger deutlich hervor.

Es bleibt bei jedem der Fälle zurück: zunächst eine Schwäche des Urtheils, die sich vor Allem in der Verkennung ihrer jeweiligen Lage, vor Allem in der Einsichtslosigkeit gegenüber ihrer Leistungsunfähigkeit erkennen lässt, ferner die Störung des Gefühls, die sich in einer überaus grossen Reizbarkeit zeigt, zuletzt die Hauptschädigung: das Fehlen jeglicher Initiative; die geistige Selbstdändigkeit geht verloren.

Diese genannten Symptome steigern sich gradweise nach jeder neuen Attaque. Sie treten, wie gesagt, bei Fällen, die in der Anstalt leben, weniger klar hervor. Besonders hinweisen möchte ich hier noch auf Fall 4. Auf den ersten Blick möchte man hier von einem geistigen Stillstand reden; gewiss ähnelt der Fall einem solchen sehr. Aber es tritt hier doch noch besonders das Fehlen jeglichen eigenen Antriebs hervor, und zwar in einem sehr hohen Maasse. Dasselbe gilt von der Urtheilsschwäche. Der Kranke hat noch einen verhältnissmässig guten Wissenschatz. Doch verrathen seine Kenntnisse grosse Lücken und grosse Oberflächlichkeit. Beides erklärt sich sehr einfach aus dem Mangel an jeglichem Interesse. Differential-diagnostisch gegen den einfachen Stillstand ist vor Allem wichtig: dass auch jetzt immer noch Hallucinationen, also psychotische Symptome bestehen, mithin der Process immer noch nicht als abgelaufen betrachtet werden kann, also eine weitere Verschlimmerung in Form weiteren Defectes und gradweiser Steigerung der schon bestehenden möglich, vielleicht sogar wahrscheinlich ist.

Der Patient des Falles 5 ist noch gut orientirt über sich und seine Umgebung. Das Gedächtniss weist noch keine wesentlichen Lücken auf, auch die Merkfähigkeit zeigt noch keine Defekte. Auch sind es nicht nur Gedächtnissachen, die er noch beherrscht, sondern er ist auch noch in der Lage, eigene Combinationen zu bilden. Am stärksten geschädigt ist sein Urtheil und die gemüthliche Seite. Vollkommen wunschlos lebt er dahin; keine Spur von Interesse für Familie resp. Angehörige. Im Ganzen ist er stumpf, theilnahmlos und abweisend. Nach seines Vaters Ansicht beschäftigt er sich noch fleissig, allerdings nur mechanisch. Von Initiative keine Spur. Hält man ihn nicht zur Arbeit an, so thut er auch nichts.

Für die enorm lange Dauer (seit 88) ist der Defect noch relativ gering. Immerhin ist bei den schweren Erregungszuständen, die bei ihm von lebhaften Hallucinationen begleitet sind und auch beweisen, dass der Process noch nicht abgelaufen ist, ein weiterer Rückgang der Intelligenz nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern sogar wahrscheinlich.

Nun die Fälle, die zur Zeit ausserhalb einer Anstalt leben. Zunächst Fall 6: Die Auskunft lautet jetzt: Patientin nahm ihre frühere Beschäftigung mit keinem günstigen Erfolge auf, denn sie muss auf Grund ihrer Nervosität leider sehr oft ihre Stellung aufgeben. Dabei hat ihr ganzes Benehmen eine starke Reizbarkeit und ist Patientin immer der Ansicht, dass jeder Dritte in ihr eine schlechte Person sieht. Hieraus kann man wohl schliessen, dass der Prozess auch noch nicht ganz abgelaufen ist, dass die Kranke zeitweise immer noch unter Hallu-

cinationen zu leiden hat. Dann fügten später die Angehörigen noch hinzu, dass sie wohl wieder einer Heilanstalt zugeführt werden müsste. Dieses Moment kommt auch bei Fall 7 in Betracht. Die Kranke spricht gelegentlich viel vor sich hin, will auch Geräusche hören, die andere nicht hören.

Fall 8 und 9 zeigen keine floriden Erscheinungen mehr. Aber hier treten schon gröbere Defekte auf. Es wird im Fall 7 extra vom Vater spontan vermerkt, dass Rechnen und Schreiben bei ihm mehr und mehr Lücken aufweisen. Ferner sind noch erwähnenswerth die katatonen Symptome. Bei Fall 8 zeigt sich der Rückgang der Intelligenz noch klarer: „Sie kann nicht die einfachsten Combinationen bilden, nicht die kleinsten Rechenexempel lösen, die Monatsnamen nicht mehr rückwärts nennen.“

Sämmtliche Fälle dieser Gruppe III zeigen gegen die der Gruppe II einen sehr grossen Unterschied und zwar den: die Individuen der Gruppe III sind nicht mehr sozial brauchbar, ihre ganze psychische Persönlichkeit ist gegen die Zeit vor der Erkrankung eine andere geworden. Dies letzte Moment wird von den Angehörigen immer wieder ganz spontan hervorgehoben.

Die Kranken büssen nach jeder Attaque mehr und mehr von ihrer Intelligenz ein. Ganz im Gegensatz zu den Kranken der Gruppe II zeigen sie schon nach der ersten Attaque absolut keine Initiative, sich zu beschäftigen, d. h. in der Weise, wie früher, wodurch sie sich seiner Zeit den Lebensunterhalt erwerben konnten. Gewöhnlich wird von den Angehörigen doch der Versuch gemacht; doch es zeigt sich bald, dass der innere Trieb fehlt, dass aber auch das eigentliche Verständniss für die betreffende Beschäftigung verloren gegangen ist, und dass ihre auffallende Reizbarkeit ein Haupthinderniss mit ist für eine geregelte Thätigkeit. Nach den ersten Attaquen beschäftigen sich die Kranken wohl noch leidlich, sie sind aber schliesslich nur noch die reinen Arbeitsmaschinen. Mechanisch leisten sie das ihnen Aufgetragene unter der nöthigen Controlle und Aufsicht und ständigen Ermunterung. Schliesslich geht auch das Wenige noch verloren und sie verbringen ihren Rest Arbeitskraft ganz nutzlos oder sie verwerthen ihn überhaupt nicht mehr.

Bei allen Stadien kann man aber noch ein Erhaltensein der Besonnenheit und Orientirung constatiren. Die Aufmerksamkeit und die Initiative wie auch das Urtheil sinken nach jeder neuen Attaque auf ein tieferes Niveau. Dass die Defekte soweit gehen, dass selbst Rechnen, Schreiben etc. leidet, hat man seltener. Aber wie Fall 8 und 9 zeigen, ist ein solcher Ausgang auch möglich.

Ich kann mich durchaus nicht der Ansicht von Bertschinger anschliessen, dass gerade die Fälle, die in Attauen verlaufen oder anders gesagt, die Remissionen zeigen, immer zu der tiefsten Verblödung führen. Unsere Fälle sprechen jedenfalls dagegen.

Wenn man sich das Bild dieser Kranken nochmals vergegenwärtigt, so erinnern sie durch ihre Wunsch- und Bedürfnisslosigkeit, durch das Fehlen von Initiative und Interesse, durch den Mangel an Aufmerksamkeit und durch die Denkträgheit, vor Allem durch ihre Urtheilschwäche an die Idioten mittleren Grades oder Imbecillen. Gegen die Idioten schwereren Grades, die eigentlichen Idioten, unterscheidet sie das Erhaltensein der Orientirung und der Besitzstand eines, wenn auch geringen, erworbenen geistigen Capitals.

Die Individuen, die ca. am Ende des zweiten oder Anfang des dritten Lebensdeceniums stehen, entsprechen in ihren geistigen Fähigkeiten im Allgemeinen ganz einem 6—8jährigen Kinde: sie leben triebartig dahin und lassen sich durch Furcht vor Strafe, Hoffnung auf Belohnung etc. gewöhnlich rein äusserlich reguliren.

Warum verlaufen diese Fälle nun so ungünstig im Vergleich zu denen der Gruppe II? Darüber lässt sich, wie schon oben erwähnt, nichts Sichereres sagen. Etwas in die Augen springt das Moment, dass die Fälle der Gruppe III meist stärker belastet sind. Ferner möchte ich an dieser Stelle einen Umstand nicht unerwähnt lassen, dass die späteren Attauen, gewöhnlich auch schon die zweite, im Vergleich zu den ersten fast durchweg mit Regelmässigkeit katatone Symptome darbieten; und je ständiger und anhaltender diese werden, um so trauriger gestaltet sich das jeweilige End-Zustandsbild des Falles. Gerade dieses Moment zeigt sich noch deutlicher bei den Fällen der folgenden Gruppe IV.

Im Anschluss an diesen Theil möchte ich einen Fall erwähnen, den ich als Beispiel für eine besondere Art von Jugendirresein anführe.

C. M., 22 Jahre alt, stud. theol. 31. October 1902 bis 15. Juni 1903.

Belastet. Körperlich und geistig normal entwickelt. Bisher stets gesund. Schwer gelernt. Mit 22 Jahren acut erkrankt: Hallucinationen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Seit Jahren vorübergehend tagelang verwirrt mit depressiver Stimmung und katatonen Symptomen. Dann wieder vorübergehend ganz klar. Kein Intelligenzdefect.

Anamnese: Schwester des Vaters hysterisch. Mutter litt an Hirntumor, starb im 5. Monat der Gravidität an Krämpfen. Vater Sonderling. Patient als Kind immer gesund. Lernte schwer in der Schule, machte nur mit Mühe sein

Abiturientenexamen, zeigte jedoch für alles Interesse, las viel, aber oberflächlich. Auf der Universität wenig Interesse für sein Fachstudium. Mässiger Alkoholgenuss. Unregelmässiges Leben. Nächtelang gearbeitet.

Status. Körperlich: Gross, kräftig, gut genährt. Auffallend grosse Hände. Ohrläppchen angewachsen. Ohrmuschel mangelhaft ausgebildet. Rechts ausgesprochenes Spitzohr. Schmales Gesicht, lange spitze Nase. Schilddrüse vergrössert. Mechanische Muskelerregbarkeit gesteigert. Kniephänomen beiderseits gesteigert.

Psychisch: Bei der Aufnahme mangelhaft orientirt. Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Lebhafte Reden. Er erzählt sehr weitschweifig und ist nur mit Mühe zu fixiren. Vorübergehend sehr unruhig, zeigt Sucht alle greifbaren Gegenstände zu zerstören. Nahrungsaufnahme wechselt sehr. Hallucinationen im Sinne der Verfolgung vorübergehend lebhaft. Zeigt im Ganzen ein manierirt-theatralisches Wesen, macht fortwährend Pantomimen und Gesten, grimassirt, trägt stets gleichgültigen, manchmal auch gespannten Gesichtsausdruck. Nach einiger Zeit entschieden ruhiger und klarer und besser orientirt, steht aber immer noch unter Einfluss von Hallucinationen. Nach kurzer Zeit wechselt die Stimmung. Auffallend vergnügt und heiter. Vorübergehend treten aber wieder noch Erregungszustände mit schweren Hallucinationen beeinträchtigenden und verfolgenden Charakters auf; vorübergehend sogar hochgradige Angst. Hypnose spielt bei seinen Ideen eine grosse Rolle. Dauernd incohärente und ideenflüchtige Reden. Bei den verschiedensten Besuchen seiner Angehörigen völlig unverständige Reden; zeigt kein Interesse für dieselben. Hallucinationen, Angst, lebhafte Unruhe wechseln sich dauernd ab. Vorübergehend völlige Verwirrtheit. Nach 7—8 Monaten freier und geordneter, beschäftigt sich auch ab und zu mit etwas Lectüre, macht allerlei Zukunftspläne und ist hoffnungsfreudig gestimmt; dann plötzlich völliger Umenschlag. Deutlicher Intelligenzdefect bislang nicht nachweisbar.

Am 15. Juni 1903 in eine Privatanstalt überführt, in der er sich noch heute befindet.

Von jetzt ab wechselt das Bild immer in der gleichen Weise; es kommen Tage bis Wochen, wo Patient völlig verwirrt, absolut nicht zu fixiren ist, vollkommen incohärente Reden führt, immer vor sich hin spricht, sehr unruhig wird, stets hallucinirt. Die Stimmung ist meist eine deprimierte oder auch stumpf und gelegentlich albern, läppisch. Gelegentlich Nahrungsverweigerung. Stets automatenhafte stereotype, theatralische Haltungen. Clownartiges Verhalten. Dann wird Patient auf kürzere Zeit (1 Tag bis 2 Wochen) völlig klar, kann sich aller Vorkommnisse und Gespräche während seines Verwirrungszustandes entsinnen. Weiss, was er gesagt und gethan hat. „Es schiesse ihm so durch den Kopf, er müsse dann so thun“. Schildert seinen durchgemachten Zustand ganz richtig. Erklärt stets, dass er keine körperliche Beschwerden dabei habe. Nach der überwundenen Attaque fährt er sogar in der Lectüre genau an der Stelle fort, wo er vor der Verwirrtheits-Attaque aufgehört hat: das Gleiche kann man bei einer schriftlichen Abhandlung bemerken, die dann völliges Intactsein der Aufmerksamkeit und keine Urtheilsschädigung verräth.

So hat sich der Zustand bis heute (in 3 Jahren) nicht geändert. In den luciden Intervallen lässt sich ein Intelligenzdefect nicht feststellen. Es ist jedoch dabei nicht zu vergessen, dass Patient eben in einer Anstalt, dass also noch nicht festgestellt ist, dass er social brauchbar und ob er den Ansprüchen des Lebens gewachsen ist. Ein Leben ausserhalb ist bei den so oft auftretenden Attauen nicht möglich. Das muss aber festgestellt werden, dass bei einem solchen Auftreten von Jugendirresein der Patient also jahrelang an diesen Erscheinungen leiden kann, ohne dass es zu einer ausgesprochenen Verblödung kommt. Andererseits sind aber Heilungen bei solchen Fällen auch noch nicht beobachtet.

Dabei möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass Epilepsie mit Sicherheit auszuschliessen ist, ebenso etwa eine Form der circulären Psychose.

Von Remissionen im eigentlichen Sinne, wie wir sie in Gruppe III sehen, kann man hier eigentlich nicht reden, da die luciden Intervalle zu kurz sind.

Der genannte Fall ähnelt sehr den beiden Fällen, die Binswanger in Halle 1904 als Beispiel für incohärente Erregung anführte. Auch sie wiesen keinen intellectuellen Defect auf. Einen ähnlichen Fall beschrieb ferner vor Kurzem Gregor als intermittirendes Irresein (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. S. 417).

Theil IV.

Psychosen in der Pubertät, die in verhältnissmässig kurzer Zeit zur Verblödung führten.

Fall 1. K. W., 45 Jahre alt, cand. med. 7. Juli 1883. — X.

Ein jüngerer Bruder epileptisch. Patient bisher gesund, gut veranlagt. Leicht erregbar. Mit 22 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Selbstvorwürfe. Depression. Hallucinationen. Hemmung. Im Lauf der Jahre völlig stumpf und theilnahmlos. Seit einigen Jahren völlig verblödet.

Anamnese: Ein jüngerer Bruder litt vor einem Jahre an Epilepsie. Patient war als Kind gesund, gut veranlagt, stets lebhaft, leicht erregbar. Bis vor einem halben Jahre soll er an Herzklappen gelitten haben. April 1883 fiel er den Eltern durch eigenthümlichen Blick auf. Viel Selbstvorwürfe. In einem solchen Zustande in das M. Krankenhouse aufgenommen. Die heftigsten Selbstvorwürfe. Angst vor Syphilisrecidiv. Starke Onanie. Mehrfache Suicidversuche. Aufnahme in die M. Irrenanstalt. Dasselbst unverändert. Oft ganz unzugänglich. Verweigert die Nahrung. Viel Hallucinationen. Im Juni nach D. abgeholt. Auch dort hallucinirte er. Er wurde immer stiller und schweig-samer und äusserte noch ständig Selbstvorwürfe.

Status: Körperlich: Mittelgross, gut genährt. Völlig normaler Befund. Psychisch: Er verhält sich im Allgemeinen ruhig. Die Nahrungsaufnahme ist etwas erschwert. Er hört Stimmen, spricht sich darüber aber nicht aus. Verhält sich abweisend und still. Vorübergehend ist er ängstlich. Angina als Syphilisrecidiv, das unter Jodgaben verschwindet. Er wird mit der Zeit immer theilnahmloser, spricht viel vor sich hin. Er isst schlecht und rekelt sich mit Vorliebe auf allen Bänken umher, namentlich auf den Fensterbänken. Schimpft viel, redet und lacht vor sich hin. 1898 sitzt er stumm da, das Gesicht mit einer Hand bedeckend und giebt auf Fragen keine Antworten mehr. Auch in den nächsten Jahren sitzt er meist ruhig und theilnahmlos in irgend einer Ecke, die Mütze vor's Gesicht gehalten. Dauernd kataton Symptome: stereotype Bewegungen, Mutacismus, Katalepsie etc. Er ist gänzlich theilnahmlos. Hat keinerlei Neigung zu Beschäftigung. Ein Gespräch ist kaum mit ihm zu führen. Meistens brummt er als Antwort unverständliches Zeug, bisweilen geräth er in Erregung und schimpft laut. Auch 1899 völlig theilnahmlos. Auf Fragen nach seinem Befinden antwortet er ständig: „Gut!“ Schimpft zuweilen plötzlich los und haut sich selbst mit grosser Kunstfertigkeit und Schnelligkeit mehrere Ohrfeigen herunter. September 1899 Fluchtversuch. Abends wieder zurückgebracht. 1901 bietet er ständig das gleiche Verhalten. Hochgradig stumpf, ohne jedes Interesse für seine Umgebung. Schimpft vor sich hin. Scheint zu halluciniren. Sonst ist nichts von ihm zu erfahren. Sehr unsauber und unordentlich in der Kleidung. Zu einer Beschäftigung nicht zu gebrauchen. Macht einen recht blöden Eindruck. Auch 1903 schlägt er sich beim Essen zuweilen noch das ganze Gesicht roth unter kreischendem Geschrei. Fühlt hin und wieder den Puls der Kranken. Auf Befragen vermag er noch einige Reminiscenzen wie: Digitalis, Aqua fontana u. s. w. aus seinem Arzneischatz hervorzu bringen. Grimassirt fortwährend. Dauernd unsauber in der Kleidung. Auch beim Essen sehr unsauber. Er sieht absolut nicht auf sich. Jetzt völlig verblödet.

Jetziger Befund: Oertlich und zeitlich nicht orientirt. Die einfachsten Rechenexempel und die landläufigsten Fragen nach Regenten, Kriegen etc. werden falsch beantwortet.

Fall 2. H. R., 36 Jahre alt, Uhrmachergehülfe. 16. November 1888—X.

Hereditär belastet. Immer empfindlich. Lernte schwer. Mit 18 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Hallucinationen. Wahnideen. Depression. Grössenideen. Erregung. Kataton. Stimmungswechsel. Stumpf. Jetzt verblödet.

Anamnese: Vater Potus. In der Familie des Vaters und der Mutter sind Geisteskrankheiten vorgekommen. Das Lernen fiel ihm in der Schule sehr schwer. Schon als Kind zeigte er sich empfindlich, leicht beleidigt, spielte lieber allein und hielt sich von seinen Mitschülern fern. Seit $\frac{5}{4}$ Jahren besonders zurückhaltend, schloss sich ohne allen Grund ein, hielt allein laute Reden und lachte vor sich hin. Körperliche Beschwerden. Der Meister hätte

an seinen Geschlechtstheilen herumgespielt und sie wären nicht mehr in Ordnung. Dabei unthätig und unstet, leicht depressiv, weinte viel, klagte, er wäre verfolgt und würde unrecht behandelt. Daraufhin Größenideen, er wäre Häuserbesitzer und dürfe nicht mit jedermann verkehren. Gegen die Angehörigen sehr gereizt und gewaltthätig, daher in eine Anstalt überführt.

Status: Körperlich: Mittlere Grösse. Gute Muskulatur. Gesundes Aussehen. Gut genährt. Psych.: Hier in der Anstalt auch depressiv, kümmert sich um die Umgebung garnicht. Fragen beantwortet er nur zögernd und widerwillig. Seine Aeusserungen sind nur Fragen, wann er wieder fortkomme. Er steht stumm in den Ecken umher; abweisend, unzufrieden. Zu einer Arbeit nicht zu bewegen. Dieses Verhalten bleibt Jahrelang so. Im Jahre 1893 geht er willig mit zur Arbeit, schafft aber nicht viel, macht oft während der Arbeit allerlei Unsinn, springt umher, marschirt dann wieder in langsamem Schritt, krächzt wie ein Hahn, bellt oder wichert. Stimmung ausgelassen und heiter. In der weiteren Zeit spricht er unverständliche Worte viel vor sich hin. Etwas Besonderes kann er bei der Arbeit nicht leisten. Zeitweise sogar starke Erregungszustände, in denen er aggressiv gegen die Umgebung wird. Auch in den weiteren Jahren ohne jegliche Antheilnahme an seiner Umgebung. Stets still und stumpf, zeitweise lebhafte Hallucinationen; spricht vor sich hin. Er gilt als ein ganz interessloser Kranter, der mechanisch seiner Arbeit nachgeht und sich um niemand bekümmert. Er grimassirt und hat Maniren.

Jetziger Befund: Gesichtsausdruck: blöde, finsterer Blick. Lacht unmotivirt. In der Gesichtsmuskulatur hier und da leichte Zuckungen. Im ganzen etwas unruhig. Dreht die Hände, die Arme, reibt die Hände aneinander etc. Seine Bewegungen sind ruckweise, ebenso seine Antworten stossweise, oft erst nach mehrmaligen Anreden. Aufmerksamkeit ist herabgesetzt. Zeitlich nicht orientirt; örtlich nur ungenau. Zweck seines Aufenthalts und Charakter dieses Ortes sind ihm nicht klar, weiss aber in der Anstalt ziemlich gut Bescheid, wie aus seiner Beschäftigung als Gärtner hervorgeht. Seine Umgebung, mit der er täglich zusammen ist, kennt er nicht. Die Angaben über seine Vergangenheit, seine Angehörigen sind sehr lückenhaft. Es fehlt ihm jegliches Interesse an der Aussenwelt. Nichts verknüpft ihn mit der Gegenwart oder mit der Vergangenheit. Gefühlsbetonungen irgend welcher Art sind bei ihm nicht vorhanden. Die Monate zählt er auf; jedoch nicht mehr rückwärts, desgl. die Wochentage. Die Zahl der Monate beträgt 24. — Februar habe 31 Tage. Weihnachtsfest würde im Februar gefeiert. Merkfähigkeit sehr herabgesetzt. Beim Sprechen viel grimassirend. Schwer zu fixiren. Ganz unsinnige Sätze lassen ihn völlig unberührt.

Fall 3. E. B., 40 Jahre alt. Student. 6. April 1889. — X.

Keine Heredität. Geistig und körperlich gut entwickelt, gut veranlagt. Mit 23 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Depression. Suicidversuche. Selbstanklagen. Kataton. Hallucinationen. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig apathisch und gleichgültig.

Anamnese: Keine Heredität. Patient hat sich geistig und körperlich gut

entwickelt. War ein fleissiger mustergütiger Schüler und ein guter Sohn und Bruder. Er hat meist mit seiner Mutter zusammengelebt, hatte wohl einige Freunde, doch blieb er grösserem Verkehr fern. Nachdem er das Gymnasium absolviert hatte, besuchte er zunächst verschiedene Universitäten, um Theologie zu studiren, entschloss sich aber bald zum Studium der Philologie, da er sich zur Theologie nicht berufen fühlte. Lebte stets sehr solide, arbeitete viel, führte ein sehr zurückgezogenes Leben. Hatte stets Sorge, dass seine Existenz durch Geldmangel gefährdet sei. Las viel philosophische Schriften, die ihn mit seinen Anschauungen über Religion in bösen Conflikt brachten. Er glaubte, er sei ein Mensch, der überall verachtet würde. Mehrfache Selbstmordversuche. Daraufhin in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Status: Körperlich: Bietet nichts Besonderes.

Psychisch: Bei der Aufnahme sehr erregt. Aeussert jammernd und stöhnend Selbstanklagen. Ist bald unreinlich und nimmt seinen eigenen Koth zu sich. Ende April 1889 eine eitrige Bursitis. Stets still und zurückhaltend. Mit der Zeit wird er freundlicher und fröhlicher, ja sogar tückisch. Aerger andere Kranke; ist immer noch ab und zu unreinlich. In den nächsten Jahren findet man ihn gewöhnlich in einer Ecke niedergekauert. Er beschäftigt sich garnicht, schmiert, ist sehr schmutzig in seinem Aeussern und in gewisser Beziehung doch wieder eitel. Er schwatzt das unvernünftigste Zeug zusammen. Zu einer Arbeit nicht zu bewegen. In den ganzen 90er Jahren unverändertes Verhalten. Er lebt stumpf und theilnahmlos in den Tag hinein. Selten treten kleine Erregungszustände auf. Er läuft auf der Abtheilung immer unermüdlich, meist pfeifend, die Hände in den Hosentaschen an derselben Wand auf und ab. 1901 spricht er viel vor sich hin, geht immer im Zimmer hin und her oder sitzt allein in irgend einer Ecke. Nicht mehr orientirt. 1902 sitzt er still ohne Antheilnahme an seiner Umgebung. Hallucinirt zeitweise recht lebhaft. Zeigt zeitweise stereotype Bewegungen, indem er sich die Hände reibt und ineinander dreht wie beim Waschen. Zu irgend einer Beschäftigung ungeeignet. Giebt keinerlei geordnete Auskunft. Auch 1904 findet man ihn als stumpfen interessenslosen Menschen, der verschlossen öfter vor sich hinschimpft, dem Arzte aus dem Wege geht, unmotivirt vor sich hinlacht, abweisend, sehr viel mit sich selbst beschäftigt, zu nichts zu gebrauchen ist. Beim Anreden kann er sehr erregt werden. 1904 zu 1905 wechselt sein Verhalten. Gelegentlich zugänglich und zu Antworten bereit, dann wieder abweisend und sehr reizbar. In den ruhigen Zeiten giebt er über seine Vergangenheit Auskunft, lässt sich aber nicht auf Erörterungen ein. Während solcher kurzen Unterhaltung ist es leicht zu beobachten, dass Gehörstäuschungen bei ihm sehr lebhaft sind. Auf Grund dieser Sinnestäuschungen gelegentlich plötzlich ausserordentlich heftige Erregungszustände, bei denen er vor Wuth schreit, laut schimpfend im Zimmer umherläuft, Thüren schlägt, aggressiv gegen die Umgebung wird und sich auf den Boden wirft und hin- und herwälzt. Diese Erregungszustände gehen sehr schnell vorüber. (1899 Diagnose: ecstatische Melancholie mit Wahnideen und Hallucinationen; Verrücktheit (?). Die Prognose bei ecstatischer Melancholie günstig.) Es ist bisher nicht gelungen, B. mit regel-

mässiger Arbeit zu beschäftigen, trotz immer wieder vorgenommener Versuche. B. geht wohl mit, röhrt aber nichts an, sondern steht, die Hände in den Hosentaschen haltend, meistens still in einer Ecke, oder legt sich lang zum Schlafen hin. Häufig antwortet er aber auch die Aufforderung, zur Arbeit zu gehen, mit sehr erregtem Schimpfen. Auf der Abtheilung lebt B. ganz für sich; er steht mit Niemandem in Verkehr, spricht kaum mit dem Wärter. Entweder liegt er lang auf der Bank, oder er geht stundenlang immer ein und dasselbe Lied pfeifend im Garten oder Tagesraum auf und ab. Ein Interesse für die Umgebung zeigt er nicht; es kann auf der Station sich ereignen, was will, B. wird nicht davon berührt. Er liest weder eine Zeitung noch ein Buch. Zuweilen bekommt er ganz plötzlich, ohne dass Vorboten auftreten, sehr schwere Erregungszustände, in denen er unausgesetzt schimpft, vor Wuth laut schreit und zu weinen anfängt, Thüren schlägt, Stühle auf den Tischen zu zerschlagen sucht, sich auf den Boden wirft und die Umgebung angreift. Aus dem Ganzen geht hervor, dass er in solchen Augenblicken unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen steht. Diese Erregungszustände verschwinden eben so schnell, wie sie gekommen sind; meistens dauern sie $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden. Ob in den Zwischenzeiten Sinnestäuschungen bestehen, muss zweifelhaft bleiben. Nur ganz selten gelingt es, ihn zu kurzen Antworten zu bewegen. Es ist deshalb auch nicht zu sagen, ob und welche Wahnideen ihn beschäftigen und wie es mit seinem geistigen Besitzstand beschaffen ist. In seiner Kleidung ist er sehr nachlässig; er onanirt viel und hat Neigung, sich mit seinem Koth zu beschmieren. Gegenüber seinem sonstigen abweisenden Verhalten wirkt es eigenthümlich, wenn B. plötzlich mitten aus seinem Auf- und Abgehen zu einem hülflosen Kranken tritt und ihm bei irgend einer Sache hütft.

Fall 4. A. U., 34 Jahre alt, Kaufmann. 21. Juli 1896 bis X.

Erblich schwer belastet. Als Kind Veitstanz. Lernte schwer. Verschlossen. Anfang der 20er Jahre subacute Veränderung des Wesens. Hallucinationen. Angst. Eigenbeziehungen. Wird sehr bald stumpf. Kataton. Jetzt völlig theilnahmlos und stupide.

Anamnese: Erblich sehr belastet. Grossvater mütterlicherseits geisteskrank, endigte durch Selbstmord. Grossmutter nervös. Ihre Schwester starb in der Irrenanstalt. Eine Schwester und ein Bruder der Mutter begingen Selbstmord. Mutter des Patienten wurde im Klimakterium nervenkrank; ebenso eine Halbschwester desselben. Patient litt als Kind an Veitstanz. Lernte schwer und zeigte sich sehr verschlossen. Die erste Spur geistiger Störung zeigte sich vor einigen Jahren, als Patient in Bremen als Commis in einem Geschäft thätig war. Er begann zu halluciniren. Es stellten sich Eigenbeziehungen ein. Er wurde ängstlich, ging nur noch mit einem Revolver, um seine Verfolger zu tödten. In H. wurde er im Krankenhouse aufgenommen und am 31. April 1894 nach H. überführt. Dort blieb er bis Januar 1895. Dann wurde er von seinen Angehörigen von dort fortgenommen und verschiedentlich in Familienpflege gegeben. Ueberall erblickt er Feindseligkeiten und Nachstellungen, wo man ihm mit Freundlichkeit und Liebe

entgegenkam. So auch zuletzt in Th. bei G. Von dort wegen Gemeingefährlichkeit nach hier übergeführt.

Status: Körperlich: Mager, bleich. Krankhaft aussehende Gesichtsfarbe. Schädel normal. Keinerlei Abnormalitäten.

Psychisch: Er verhält sich ruhig und ordentlich. Trägt ein vornehm herablassendes Wesen zur Schau. Die Fragen nach seinem Alter und seinen Verhältnissen beantwortet er schnell und richtig. Völlig orientirt. Hält sich für gesund. Wahnideen äussert er nicht. Versuche, ihn auf seine frühere Idee zu bringen, scheitern. Er hält sich stets für sich allein und hält es offenbar unter seiner Würde, mit seinen Mitpatienten zu sprechen oder zu verkehren. Sein Gesicht hat einen hochmuthigen Ausdruck. Seine Antworten sind nur kurz, aber sachgemäss, doch nichts weniger als höflich. Seine Lippen und Kinnbacken bewegen sich unausgesetzt. Seine früheren Erlebnisse erklärt er alle für Schwindel. Er zeigt ständig dasselbe Verhalten. Sitzt stumpfsinnig, ohne sich irgendwie um Jemand zu kümmern, in einer Ecke resp. geht er im Garten allein umher. Den Gruss der Aerzte erwidert er selten. Immer unzugänglich. Lässt sich jedoch zuweilen, besonders auf laute Anreden zu einer Antwort herbei. Es bestehen ständig Zuckungen des Kopfes. In seiner Kleidung wird er nachlässig. Schneidet immer Grimassen. Äussert niemals irgend welche Wünsche. 1897 streitet er ab, Stimmen zu hören, macht ein sehr gleichgültiges verächtliches Gesicht. Hat die Beine auf einen Stuhl gelegt und giebt diese Stellung bei der Unterhaltung nicht auf. In seinem Aeussern ist er ziemlich unordentlich. Meist starrt er vor sich hin. Nur selten beschäftigt er sich mit Lesen. Auch im Jahre 1898 lebt er gleichgültig in den Tag hinein. Geht im Garten spazieren und rekelt sich auf den Sophas umher. Hat fast stets den Mund offen und macht mahlende Unterkieferbewegungen. Ein Gespräch ist nicht mit ihm anzubahnen. '1899 stumpf und theilnahmlos; unverändert. Auch die ganzen nächsten Jahre bietet sein Verhalten nicht die geringsten Aenderungen. Auch jetzt körperlich und psychisch unverändert. Er hält gezwungen den Kopf vornüber, wenn man ihn anspricht. Er antwortet auf einfache Fragen sinngemäss, ist jedoch nicht zu einer genaueren Aussprache zu veranlassen. Spontan spricht er gar nicht. Die krankhaften Bewegungen der Mundmuskulatur bestehen immer noch.

Fall 5. R. N., 28 Jahre alt, Stud. med. 13. September 1897 bis X.

Nicht belastet. Schwester Melancholie. Patient gut veranlagt. Stets verschlossen. Mit 19 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Wahnideen. Hallucinationen. Grössenideen. Katatonie. Sehr bald stumpf. Jetzt gänzlich unzugänglich.

Anamnese: Patient scheint erblich nicht belastet zu sein. Eine Schwester von ihm machte eine Melancholie durch. Sonst erscheint seine Familie gesund. N. war gut veranlagt, zeigte aber stets ein verschlossenes, impulsives Wesen und war leicht misstrauisch. Er lebte sehr solide; nur soll er vor einem Jahre während seiner Studien in T. viel getrunken haben. Seit März d. J. soll

er ein wunderbares Wesen gezeigt und geäussert haben: es gäbe eine Gedankenübertragung von einem Menschen zum andern. Als er Vergiftungsideen äusserte und sich weigerte, zu essen, wurde er nach J. überführt. Dort zeigte er von vornherein grosses Misstrauen, äusserte dieselben Ideen, behauptete, es bestehe ein gewisser Club S. C., der sich außerdem noch allerhand Gifte bediene, um seine Opfer gefügiger zu machen und sie zur Unsittlichkeit zu verführen. Auch Verwandte gehörten mit zu diesem Club und er sei jetzt die hauptsächlichste Zielscheibe ihrer Machinationen. Heftige Hallucinationen steigerten seine Erregbarkeit. Patient wird leicht feindselig und aggressiv gegen den Arzt und seine Umgebung.

Status: Körperlich: Zeigt nichts Besonderes.

Psychisch: Ist bei der Aufnahme sehr erregt. Applicirt dem Oberwärter gleich eine Ohrfeige. Auf Fragen gibt er meist keine Antwort, sondern zeigt nur einen durchbohrenden Blick. Er ist wenig zugänglich und äusserst misstrauisch. Anstatt eine Frage zu beantworten, und mag es sich noch um eine so gleichgültige Sache handeln, fragt er stets, indem er den Fragenden scharf fixirt: „Wozu fragen Sie mich danach?“ Ruhelos wandert er im Zimmer auf und ab, steht auf einer Stelle still und sieht minutenlang vor sich hin, um seine Wanderung dann fortzusetzen. Hat die Wahnidée, es bestehe im Gehirn eine positive und eine negative Flüssigkeit, durch welche es möglich sei, die Gedanken anderer Menschen zu errathen. Hallucinirt sehr lebhaft. Verkennt seine Umgebung und wird aggressiv. Er spricht von Familie und „Reich“, überlegt sich, ob er nicht der Thronfolger der Niederlande wäre. Er deutet seine Vergangenheit um, behauptet schon in G. gewesen zu sein. Bei allem, was er sieht, erkundigt er sich, warum das so wäre. Er behauptet, bei jedem Geräusch würden ihm Gedanken in widerlicher, niederträchtiger Weise zugetragen und von ihm dann in die Öffentlichkeit gebracht. Die Briefe an seine Angehörigen zeigen einen furchtbaren Wirrwarr. In eine allgemeine Conversation ist er nicht hineinzuziehen. Er sitzt sinnend und träumend da. Oft lacht er grundlos auf und schneidet alle möglichen Grimassen. Gegen seine Umgebung dauernd gereizt, unfreundlich, ja selbst gewaltthätig. Fragen beantwortet er jetzt überhaupt nicht mehr. Sitzt den ganzen Tag grübelnd auf dem Sopha und ist theilnahmslos gegen alles. Spricht öfter vor sich hin, schneidet viel Grimassen und stiert den Fragenden mit verzerrter Miene an. So grübelt er also ständig stumpf vor sich hin, steht dauernd unter dem Einfluss von schweren Hallucinationen. Er macht die sinnlosesten Aufzeichnungen. Den Gruss von Vorübergehenden erwidert er überhaupt nie. Zeitweise stösst er spontan Schimpfworte oder unartikulirte Laute heraus. Zeitweilig steht er in vornübergebeugter Haltung lange Zeit da. Dann hüpfst und tanzt er in grossen Sprüngen im Garten umher. Sein Wesen ändert sich in den nächsten Jahren garnicht. Ab und zu lebhafte Sinnestäuschungen. Im übrigen abweisend, unfreundlich verschlossen, in sich gekehrt, zeitweise gewaltthätig. In den Jahren 1903 und 1904 begeht er keine gewaltthätige Handlung mehr und wird in diesem Jahre (1905) ruhiger und zugänglicher. Er spricht auf Anreden garnicht, geht im Garten spazieren und auf dem Flur auf und ab; immer in

katatoner Weise auf demselben Gebiet, sich dauernd den Bart zupfend, wütende Blicke um sich werfend. Raucht mit Behagen seine Zigarren.

Fall 6. A. T., Bergbaubeflissener, 28 Jahre alt, 19. October 1898 bis X.

Mütterlicherseits erblich belastet. Stets eigenthümlich. Mit 17 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Somatopsychische Wahnideen. Hallucinationen. Stimmungswechsel. Stupor. Kataton. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig abweisend und theilnahmslos.

Anamnese: Er ist in Betreff Geisteskrankheiten insofern erblich belastet als in der mütterlichen Familie sehr viel Geistes- und Nervenkrankheiten vorgekommen sind. T. soll stets eigenthümlich, sonderbar und misstrauisch gewesen sein. Seit 3 Jahren mied er die Gesellschaften, weil er glaubte, ihm entwichen fortwährend Flatus. Vor 2 Jahren unternahm er mit einem Freunde, weil er immer verstimmt war und nicht arbeiten konnte, eine Reise nach Italien. Seitdem homosexueller Verkehr in Gestalt mutueller Onanie. Seine Studien machten keine grossen Fortschritte. Dauernd Selbstvorwürfe wegen seines perversen Sexualtriebes und, als er seinen Freund später einmal wieder in G. wiedersah, Selbstmordversuch, dem sich ein zweiter in der Klinik noch anschloss. Darauf in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Status: Körperlich: Gross, hager gebaut. Kräftig. Etwas degenerirter Habitus. Sonst nichts Abnormes.

Psychisch: Bei der Aufnahme ruhig. Spricht nicht. Zeigt sich lenksam. Aeussert auch hier seine Wahnideen, er könne nicht in Gesellschaften kommen, da ihm dauernd Flatus entwichen; dann gingen ihm auch alle Gedanken durcheinander, er könne nicht logisch denken; er müsse allerlei Unsinn denken. Immer hypochondrische Ideen. Besonders dem Personal gegenüber ein überlegenes herrisches Wesen. Zeitweilig behauptet er, er würde so viel beeinflusst. Er werde von anderen getrieben; er müsse thun, was Leute aus seiner Umgebung ihm sagten. Er giebt theilweise Hallucinationen zu. Aeussert manchmal unsinnige Ideen: seit einigen Tagen sähe er klar, er habe bisher einen kindlichen Sinn gehabt und habe daher die Sprache der Erwachsenen, die in Bildern ausgedrückt sei, nicht verstanden. Dauernd Selbstvorwürfe in Betreff des homosexuellen Verkehrs. Die Stimmung wechselt. Am 23. November 1898 hat er kurz vor der Visite sich den Hodensack und den Penis so eng mit einem Bande umschnürt, dass jegliche Blutzufuhr abgeschnitten war. Mit Mühe wurde die Ligatur gelöst. Bei den Visiten immer ein starrer fragender Gesichtsausdruck. Im grossen und ganzen Unruhe. Wollen die Aerzte sein Zimmer verlassen, so streckt er ängstlich die Hände nach ihnen aus und bittet sie, noch etwas dazubleiben. 1898 und 1899 macht er einen wochenlangen Stupor durch, wo er auch sogar gefüttert werden muss. Er nässt ein. Decubitus. Im Mai wurde er etwas lebhafter, nachdem er noch vorher typische Zeichen der Katalepsie gezeigt hat. Steht auch jetzt stundenlang vor seinem Spiegel im Zimmer und sieht hinein. Beim Nachlassen der Hemmung tritt ein etwas blödes Lächeln ein. Er murmelt unverständliche Worte vor sich hin.

Die Besuche seiner Angehörigen lassen ihn ziemlich stumpf. Vorübergehend lässt die Hemmung etwas nach. Ein Versuch mit Thyreoidin ohne Erfolg. 1902 wird er etwas lebhafter. Im grossen und ganzen ziemlich abweisend. Still. Er masturbiert viel und schamlos. Im October 1902 wird er etwas freundlicher, etwas lebhafter; ist aber zu geordneten Reden nicht zu bewegen. Er wird immer unreinlicher, defäciert in die Zimmer. Gegen seine Umgebung wird er oft aggressiv. Demolirt die verschiedensten Gegenstände. Zu einem geordneten Brief ist er nicht zu bewegen. Er kritzelt nur alle möglichen Sachen zusammen. In den letzten Monaten wird er immer unreinlicher. Zu einer geordneten Unterhaltung und zum Briefschreiben kann man ihn nicht bringen.

Fall 7. H. B., 26 Jahre alt. Haussohn. 22. September 1898. — X.

Erblich belastet. Ein Bruder litt viel an Krämpfen. Patient normal entwickelt. Mit 3 Jahren Gehirnerschütterung. Mit 15 Jahren Angst, Hallucinationen, somatopsychische Wahnsinne. Vorübergehende Hemmung. Stimmungswechsel. Kataton. Stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Mutter ist geisteskrank. Eins seiner fünf sämmtlich im Säuglingsalter verstorbenen Geschwister hat an Krämpfen gelitten. Patient soll sich in der Jugend normal entwickelt und in der Dorfschule mässig gut gelernt haben. Als dreijähriger Knabe fiel er auf den Kopf; Gehirnerschütterung (?). Vom 15. Jahre ab soll er öfter über Angst geklagt haben. In der Nacht vom 15. auf den 16. August sprang er aus dem Fenster, lief planlos umher, weil er es wegen Elektricität und Röntgenstrahlen nicht aushalten könne. Es klabbastere überall an der Wand. Es käme ihm wie kleine Läuse auf den Leib. Als er fortgelaufen, sei er wie durch Feuer verfolgt worden. Soll nie ausschweifend gelebt haben.

Status: Körperlich: Gross, schlank. Mittelmässig genährt. Schädel etwas länglich geformt. Ohrläppchen angewachsen. Pupillen gleich weit. Reagiren prompt. Prognär. Gaumen auffallend hoch und schmal. Reflexe normal. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen.

Psychisch: Aengstlicher Gesichtsausdruck. Antworten kommen nur zögernd mit kaum vernehmlicher Stimme heraus. Grund der Angst, deren Sitz er in die Herzgegend verlegt, sind Hallucinationen des Gesichts und vor allen Dingen des Gemeingefühls. Ueber Familienverhältnisse, Ort und Zeit richtig orientirt. Nur dauert es sehr lange, bis man etwas aus B. herausbekommt. Aufgaben aus dem Einmaleins werden häufig falsch, aber unter Nachhülfe richtig gelöst. In der vaterländischen Geschichte ist er einigermaassen orientirt. Mitunter giebt er erst eine falsche Antwort, verbessert sich dann aber nach einer Weile, gerade wie wenn er nicht mit seinen Gedanken bei der Sache wäre. In den nächsten Monaten wechseln Zustände der Angst und sogar hochgradiger Angst mit Selbstmordversuchen mit freieren Zeiten ab. 1899 wird er stumpf und theilnahmslos, weicht den Aerzten aus, steht meist in den Ecken umher, sieht aus dem Fenster. Keine Neigung zu irgendwelcher Beschäftigung. Wird unsauber. Vernachlässigt sein Aeusseres. Liegt viel auf

der Erde, vor dem Ofen, bedarf beim An- und Auskleiden fremder Hülse. Spricht von selbst nur wenig. Ganz vorübergehend arbeitet er etwas. Zeitweise treten neben dem stumpfen und gleichgültigen Wesen ausgesprochene Hemmungen hinzu. 1900 lacht er blöde vor sich hin. Muss bei der Feldarbeit stets zu derselben herangeholt werden und rust, wenn man Fragen an ihn richtet, meist fortwährend: „Ja, ja, ja!“ Letzteres auch bei Besuchen von seinen Angehörigen. Giebt Gehörshallucinationen zu. In den nächsten Jahren zeigt er sich als ein fleissiger Arbeiter, der aber doch stumpf und theilnahmslos ist. Leicht euphorisch. 1904 leistet er nur wenig bei der Arbeit, muss immer angetrieben werden. Er hat ein polterndes ungestümes Wesen. Auf der Station liegt er meistens auf der Erde oder in irgend einer Ecke. Lacht immer blöde vor sich hin. Antwort giebt er nicht. Morgens bei der Arbeiterrevision drückt er sein Gesicht ganz in die Ecke der Gitter. Lacht immer laut und blöde vor sich hin. Wehrt jede Berührung ab. Liegt auf der Abtheilung meist lang auf dem Boden. Bekümmert sich nicht um die Umgebung.

Fall 9. A. H.; 25 Jahre alt. Lohgerber. 29. August 1903. — X.

Keine Heredität. Körperlich und geistig normal entwickelt. Als Kind nervös. Mit 18 Jahren acut erkrankt mit Erregung und Angst. Hallucinationen. Sehr bald kataton und stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Keine Heredität. Patient hat sich körperlich und geistig normal entwickelt, soll aber in seinen Jugendjahren nervös gewesen sein. Im Winter 1897 war er auf Urlaub vom Militär zu Haus. Er war sehr stark erregt, und man befürchtete, er würde sich ein Leid anthun. Er wurde darauf der Anstalt zugeführt.

Status: Körperlich: Mittelmässig genährt. Schlank. Kräftig gebaut. Schädel regelmässig geformt. Gaumen ziemlich hoch gewölbt. Ohrläppchen sind angewachsen. Sonst keine Abnormitäten.

Psychisch: Bei der Aufnahme sehr ängstlich. Kann kaum sprechen und behauptet, er wisse nicht mehr, wie er heisse. Er zeigt ein unruhiges Wesen, nimmt nur wenig Nahrung zu sich. Den Grund seiner Angst weiss er nicht. Er localisiert sie in Herz- und Magengegend. Er giebt Hallucinationen zu und behauptet, schon mit 15 Jahren habe er solche gehabt. Er löst die leichtesten Rechenexempel nur sehr langsam. Spricht langsam und fängt mitunter eine Sache an, ohne sie zu Ende zu führen. Er läuft viel und ängstlich umher. Es muss sehr auf ihn aufgepasst werden, da er sonst zu entweichen droht. Das Gesicht ist congestionirt und zeigt einen ängstlichen Ausdruck. Er wird mit der Zeit unreinlich, weicht jedem Menschen aus. Am 25. December 1898 wird er ungeheilt auf Drängen seines Vaters entlassen. Am 16. Januar 1899 wieder aufgenommen. Bei der Aufnahme stumm auf der Bank mit kongestio-nirtem Kopf. Wirft scheue Blicke nach dem Arzt und nestelt ununterbrochen mit seinen Fingern an seinen Kleidungsstücken. Grosser Unruhe. Unrein. Sitzt immer stumpf und theilnahmslos umher und wird in diesem unveränderten Zustand am 12. September 1899 entlassen. Da sich zu Hause der Zustand in

keiner Weise ändert, wird er am 7. December 1899 wieder gebracht. Der Kopf ist congestionirt, der Blick scheu. Die Gesichtszüge ohne Ausdruck. Fragen beantwortet er nicht. Nur als man ihn nach seinem Befinden fragt, antwortet er: „Es geht gut.“ Beginn 1900 wird er etwas freier und zugänglicher. Er ist über seinen Aufenthaltsort orientirt. Er wäre von seinen Eltern zufällig hierher gebracht. Den Grund seiner Ueberführung will er nicht wissen. Auf alle diesbezüglichen Fragen antwortet er mit: „Ich weiss nicht.“ Leichtere Rechenaufgaben löst er rasch und richtig, macht überhaupt den Eindruck, als ob er gut orientirt wäre, jedoch nicht aus sich herausgehe. Angstzustände und Sinnestäuschungen geleugnet. Spricht sich absolut nicht über die Gründe seines Gebahrens und Verhaltens aus. Sehr oft schmutzig. März 1901 unverändert stumpf, ohne jedes Interesse. Dabei völlig orientirt über seine Umgebung, Ort und Zeit. Er sieht wenig auf sich und vernachlässigt seine Kleidung völlig. Trotz seines stumpfen und interesslosen Wesens stiehlt er gelegentlich den anderen Kranken in überaus listiger Weise das Essen fort. Hallucinirt vorübergehend, besonders auf optischem Gebiet. 1902 weiter stumpf und theilnahmslos. Steht meist in den Ecken umher. Ist zu keiner Antwort zu bewegen. Stösst meist zusammenhanglos abgerissene Brocken heraus. Steht offenbar immer noch unter dem Einfluss lebhafter Gehörshallucinationen. Drängt sehr viel fort. Seine Antworten sind nur kurz und widerwillig, auf einfache Fragen aber zutreffend. Er neigt immer noch zu Unreinlichkeiten. Zu jeder Beschäftigung absolut ungeeignet. Er wird auf Wunsch seines Vaters auf 14 Tage entlassen, da dieser ein Extragartenhaus für ihn gebaut hat, wird aber schon nach 10 Tagen, da er zu unsauber war, zurückgebracht. In seinem Wesen sehr unruhig und unstill. Springt alle Augenblicke aus dem Bett und läuft nach dem Closett oder kratzt sich fortwährend an irgend einer Stelle. Auf Fragen antwortet er nicht sinngemäss. Spricht fortwährend mit Vorliebe davon, dass er ausfahren möchte. Sein stumpfes, interessloses, scheues und zurückhaltendes Wesen hält weiter an. Er weicht jeglichem Menschen und jeglicher Unterhaltung aus. Ueber Wahnideen und Sinnestäuschungen lässt er sich nicht aus. Häufig unsauber. Zu jeder Beschäftigung ungeeignet. Der Besuch seiner Angehörigen hat nicht den geringsten Einfluss. Jetzt bietet er ein zerfahrenes, läppisches, kindisches, zielloses Wesen und Verhalten. Zeigt stereotype Bewegungen und Handlungen. Er muss dauernd zur Reinlichkeit und Ordnung angehalten werden.

Zur Zeit besteht bei H. dauernd eine schwere motorische Unruhe; es ist ihm nicht möglich, für kurze Zeit still zu sitzen; er ist fortwährend in Bewegung, geht umher, setzt sich bald hier hin, bald dort hin, macht Thüren und Fenster auf und zu, macht sich mit den übrigen Kranken zu thun, zupft sie an der Kleidung, schlägt sie auch, zieht sich selbst aus und wieder an. Die motorische Erregung geht so weit, dass sie ihn zu ständigen Bewegungen seines ganzen Körpers veranlasst. Bald sinkt er zusammen, bald richtet er sich auf; dann wird ein Bein vorgestellt und bald wieder zurückgezogen. Er sieht nach rechts, dann nach links, dreht sich ganz um, setzt sich wieder gerade hin; zieht die Beine an, bewegt den Fuss oder die Zehen, fasst sich mit

den Händen bald hier hin, bald dort hin. Die Gesichtsmusculatur nimmt nur wenig an den Bewegungen theil, doch kommt es gelegentlich zum Stirnrunzeln und zum Verziehen des Mundes. Spontan spricht er selten; meistens ist er ganz stumm oder giebt nur einzelne stöhrende Laute von sich. Auf Anreden giebt er nur kurze Antworten; er reagirt in der Regel nur auf die einfachen Fragen nach dem Namen, dem Alter, Wohnort u. s. w.; während complicirtere Fragen, zur Prüfung seines Wissens, seiner Intelligenz, seiner Merkfähigkeit, seines Gedächtnisses unbeantwortet bleiben.

Seine Sprache ist dabei gequetscht und manchmal schwer verständlich, immer hastig und abgerissen. Seine Aufmerksamkeit ist sehr herabgesetzt; er schenkt der Umgebung kein Interesse, kennt Niemand von der Station, und beantwortet deshalb auch Fragen ungenau, giebt auf die nächsten Fragen immer die Antwort der ersten.

Ihn zu beschäftigen, ist nicht möglich; alle Versuche sind bisher gescheitert. Da er in seiner motorischen Unruhe die Kranken immer belästigt, ist es nöthig, dass er dauernd die Station wechselt.

Auch Gemüthlich ist er ganz verblödet. Auf den Spaziergängen oder Ausfahrten mit seinen Eltern nimmt er von ihnen kaum Notiz; er begrüßt sie nicht beim Kommen und verabschiedet sich von ihnen nicht beim Gehen. Auf diesen Gängen oder Fahrten besteht dieselbe Unruhe und hat dem Vater schon manche Verlegenheit eingebracht.

In seiner Kleidung ist Patient unordentlich; beengende Kleidungsstücke trägt er nicht, deshalb bindet er nie einen Kragen um, lässt die Weste aus, zieht die Schuhe aus. Nachts bleibt er im Bett liegen, schläft aber nicht immer, sondern wälzt sich in ihm umher.

Fall 9. K. H., 22 Jahre alt, Kaufmann. 24. Juli 1902 bis x.

Vom Vater belastet. Normal entwickelt. In der Jugend etwas mädchenhaft. Mit 18 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Erregung. Wahnideen. Beziehungsvorstellungen. Grössenideen. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Vater Potator, leichtsinniger Mensch. Infolge dessen von der Frau geschieden. Pat. auf der Schule keine besondere Talente, war aber fleissig. Stotterte etwas. Soll in den Knabenjahren etwas Mädchenhaftes gehabt haben. Nach absolviertter Schule in einem Geschäft in Stellung, wo er gut gelernt hat. Schon in den letzten Jahren war ein gewisser Dünkel bei ihm beobachtet; doch moralisch gut und religiös. Vor 14 Tagen fiel H. in Hamburg durch sein streitsüchtiges unruhiges Wesen auf. Konnte keine Arbeit mehr leisten, glaubte sich von allen verfolgt. Kehrte nach Hause zurück. Lag viel in den Wirthshäusern. Nach einem Excess in bacho Tobsuchtsanfall. Ins Krankenhaus aufgenommen, verweigerte er die Nahrung.

Status. Körperlich: Ziemlich gross, schlank, von distinguirtem Aussehen. Kopf symmetrisch. Facialis rechts deutlich parettisch. Harter Gaumen sehr hoch, schmal, steil. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen. Auch

sonst alles normal. Nur das Kniephänomen ist etwas lebhaft. Gefässerregbarkeit der Haut ist lebhaft.

Psychisch: Leicht erregt. Erklärt auch seinen hiesigen Aufenthalt als für Ränke seiner Verfolger. Er ist über Ort, Zeit und Umgebung gut orientirt und klar. Er ist leicht erregbar. Macht zunächst den Eindruck eines neurasthenischen Menschen. Bewegt sich lebhaft und spricht viel in einem erregten Tone. Er ist ziemlich reizbar. Giebt in gereiztem Tone Auskunft oder verweigert dieselbe. Drängt fort, erklärt, er wäre gesund, wittert hinter allem etwas, was auf ihn gemünzt ist. Seine Aufmerksamkeit ist eine gute. Sein Vorstellungsablauf ist nicht verändert. Die Zielvorstellung wird öfters nicht erreicht. Patient verliert in seiner Rede den Faden und redet sich, während er spricht, mehr und mehr in eine anfangs garnicht vorhandene Erregung hinein. Er hat ausgesprochene Beziehungsvorstellungen und dementsprechende Hallucinationen. Sein Gedächtniss ist ganz gut. Die Kenntnisse sind ungefähr dem Stande und der Erziehung entsprechend. Das Urtheil leidet unter einer ausgesprochenen Selbstüberschätzung entschieden. Die Stimmung ist eine dauernd gereizte und leicht schwankende. Er hält sich ganz für sich und verkehrt mit Niemandem. Er schreibt viel querulirende Briefe an die Staatsanwaltschaft und Telegramme an den Kaiser. Im October 1902 wird er stumpf, wenig zugängig und wenig mittheilsam. Er bewegt sich mit Vorliebe in geheimnisvollen Andeutungen. Der Arzt habe durch ein Charaktertelephon seine Angelegenheiten andern mitgetheilt. Alle Welt wisse, was er wolle. In der Erregung wird seine Rede formell und inhaltlich ungeordnet. Hallucinationen, die sicher vorhanden, streitet er ab. 1903 im März verspricht er Arzt und Wätern hohe Summen, wenn sie ihn heimlich wegliessen. Sein Gebahren dabei macht mehr einen schwachsinnigen als einen intriganten Eindruck. Er wird mehr und mehr stumpfer, äussert vage Grössenideen, will grosse Firmen gründen und hält sich für einen bedeutenden Kaufmann. Zeitweise aggressiv und ist wegen seiner plötzlichen und ganz unerwarteten Wuthausbrüche ein sehr gefürchteter und gefährlicher Kranker. Eine allgemeine Unterhaltung kann er garnicht führen. Er hat nur einen Wunsch und immer nur dieselbe Aeusserung: „Fort von hier“. Auch 1904 gegen seine Umgebung völlig theilnahmslos. Er schreibt, allmählich auch formell, die unvernünftigsten Briefe, von denen er in erstaunlicher Länge oft mehrere an einem Tage abgab. Durch und durch sehr wortreich und inhaltsleer. Seit einigen Monaten geht er mit zur Feldarbeit und beschäftigt sich hier leidlich. Seine Arbeitspausen füllt er mit Schreibereien aus. Hat er kein Briefpapier, so ist ihm jeder Zettel gut genug: Er schreibt an alle möglichen Personen und Behörden, verlangt seine Entlassung, verspricht dem Adressaten 100 000 Mark, verurtheilt ihn zu Gefängniss und kündigt an, dass er bereit sei, eine Stellung bei ihm anzunehmen. Zuweilen geht aus diesen Briefen mit Sicherheit hervor, dass H. nach wie vor Sinnestäuschungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten hat. So beruft er sich auf die mit dem Adressaten gepflogene Unterhaltung, spricht vom Elektrisiren und Hypnotisiren. Mündlich macht er keine Aeusserungen hierüber, misstrauisch lehnt er jede Auskunft ab.

Einen Einfluss haben diese Sinnestäuschungen auf ihn zur Zeit nicht; nichts verräth in seinem Benehmen etwas von ihnen. Am Ende des vorigen Jahres dagegen traten noch gelegentlich schwere Erregungszustände auf, die durch Sinnestäuschungen bedingt waren. Er wurde dann plötzlich aggressiv gegen seine Umgebung oder war längere Zeit in gereizter Stimmung. Damals war oft für längere Zeit Betruhe nothwendig. Zwischendurch war er dann, wie auch jetzt, ausserordentlich träge und lasch in seinem Benehmen, langsam und schwerfällig in seinen Bewegungen. Geistige Interessen zeigt er nicht mehr; Initiative fehlt ganz; was um ihn herum vorfällt, ist ihm gleichgültig. Er liest nur selten eine Zeitung, steht mit Niemandem im Verkehr, lebt auf der Station, ohne sich jemals mit einem Anderen zu unterhalten. Infolge dessen ist er über die Vorgänge in der Aussenwelt und in der Anstalt nicht unterrichtet, kennt nicht den Zweck der Neubauten, obgleich er täglich an ihnen vorbeikommt, und kennt nur einige wenige Kranke seiner Station. Gemüthlich ist er völlig stumpf. Dabei ist sein Gedächtniss nicht gestört. In seiner Kleidung ist er sehr unordentlich und nachlässig: doch hält er sich sonst reinlich und besorgt sich selbst.

Fall 10. F. S., 23 Jahre alt, Arbeiter. 27. Januar 1904 bis x.

Mutter an Krämpfen gestorben. Patient körperlich und geistig normal entwickelt. Mit 21 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Sehr bald stumpf, jetzt völlig interesselos.

Anamnese: Mutter an Krämpfen gestorben. Geburt und Kindheit ohne Besonderheit verlaufen. Er hatte von je her lebhaftes Temperament, bot nicht Auffälliges dar. Vorigen Sommer Veränderung seines Wesens. Gedrückt. Sprach wenig. Gab bald seine Stellung auf, zog sich in seine Heimath und sass dort arbeitslos umher. Wurde Nachts unruhig. Schlief nicht. Apathisch und zerstreut. Dabei grosse motorische Unruhe und Neigung zu ungeordneten Handlungen.

Status. Körperlich: Gross. Kräftig gebaut. Kleine Defekte an den Fingern der linken Hand. Schädel Normalform. Ohrläppchen nicht angewachsen. Pupillen mittelweit, beiderseits gleich; reagiren prompt. Patellarreflexe lebhaft. Im Uebrigen normaler Befund.

Psychisch: Nur sehr unvollständig orientirt. Auf Fragen antwortet Patient zunächst gewöhnlich: „Das weiss ich nicht!“ in ganz stereotyper Weise. Er macht einen äusserst gehemten Eindruck. Er giebt nur sehr zögernd den Aerzten auf wiederholtes eindringliches Befragen Antwort. Gesichtsausdruck stumpf und theilnahmlos. Sinnestäuschungen und Wahnideen lassen sich nicht nachweisen. Februar 1904 zeigt er keine weiteren Erregungszustände. Er geht mit zur Arbeit, ist dauernd gleichmässig, sehr stumpf. Antwortet auf alle Fragen: „Das weiss ich nicht!“ Das ganze vorige Jahr bietet keine Aenderung seines Verhaltens. Er bleibt auch dies Jahr stumpf und interessenlos. Er geht mit zur Arbeit und schafft auch seinen Theil. Eigene Initiative zeigt er nicht. Muss zu Allem angehalten werden. Mit den übrigen Kranken steht er nicht im Verkehr. Immer mürrischer Stimmung. Spricht wenig. Wurde kürzlich in eine andere Anstalt abgegeben.

Fall 11. O. D., 22 Jahre alt, Student. 14. October 1904 bis x.

Keine Heredität. Kindheit und Knabenzeit völlig normal. Mit 16 Jahren liess er geistig nach, subacute Veränderung des Wesens. Versündigungsideen. Vorübergehende Verwirrtheit. Hemmung. Plötzliche Erregungszustände. Stupor. Kataton. Jetzt völlig stumpf und theilnahmlos.

Anamnese: Vater an unbekannter Ursache gestorben. Keine Heredität bekannt. Kindheit und Knabenzeit normal. In der Secunda: liess er geistig nach, d.h. er kam nicht mehr mit, während es ganz gut ging; nur mit Mühe Einjährigen-Examen. Starke Onanie. Arbeitsscheu, verschlossen, unlustig, lebensmüde. Versuch, Kaufmann zu werden, misslang, scheiterte an der Arbeitsunlust. Hospitierte an Berliner Universität. Keinerlei Erfolge. Ende Sommer 1904 auffallend trübsinnig, verschlossen. Unruhe. Planloses Umherirren. Polizeilich sistiert. Verwirrte Reden; Versündigungsideen; trüber, resignirter in die Ferne gerichteter Blick; apathische, schlaffe Haltung.

Status. Körperlich: Blass, elend, stark reducirt. Melanome. Kümmerliche Bartbildung. Ungleich gefärbte Irides. Gaumen steil. Rechtes Ohr verkümmert. Herabgesetzte Schmerzempfindung.

Psychisch: Anfangs verwirrt, dann orientirt. Meistens unruhig. Absolut stumpf und gleichgültig. Bei Annäherung abweisend. Minimale Aufmerksamkeit. Vorstellungsablauf sehr verlangsamt, doch formal richtig. Unfähig bei einem Thema zu bleiben und ausführliche Begründung und Erklärungen zu geben. Das Urtheil und Kritikvermögen ist äusserst minimal; er kennt keinerlei Pflichten. Kenntnisse so zu sagen gleich null. Keinerlei Lust zur Beschäftigung; ermüdet äusserst leicht. Gebahren läppisch heiter. Merkfähigkeit herabgesetzt. — Er zeigt dauernd gleichmässig stupides, erschöpftes Verhalten. Unfähig einen Brief zu schreiben. Allmählich sehr gehemmt. Außerlich stets orientirt. Ihn zu beschäftigen war bisher nicht möglich; er ist ganz abweisend, spricht überhaupt nicht, weder spontan, noch auf Anreden, vernachlässigt sich ganz, nässt und schmutzt gelegentlich ein, ist sehr unordentlich in seiner Kleidung. Er lacht häufig ohne äussere Veranlassung von sich hin und bekommt plötzlich sehr schwere Erregungszustände. Sinnestäuschungen sind also bei ihm wahrscheinlich vorhanden. Er zeigt nicht die Spur irgend welcher Interessen. Versuche, ihn aus seinem Stupor aufzurütteln, lässt er entweder nur mit der Reaction eines Lachens ruhig über sich ergehen, oder beantwortet sie mit heftiger zorniger Gegenwehr. Die Sehnenreflexe sind bei ihm gesteigert.

Fall 13. E. S., 21 Jahre alt, Soldat. 29. Februar 1904 bis 1. Juli 1904.

Keine Heredität. Kindheit und Jugend o. B. Mit 19 Jahren Trauma. Einige Monate später subacute Veränderung des Wesens. Selbstvor-

würfe. Angst. Depression. Hemmung. Stimmungswechsel. Kataton. Sehr bald stumpf. Jetzt völlig verblödet.

Anamnese: Keine Heredität. Kindheit und Jugend o. B. Im Sommer 1903 Sturz auf den Kopf. October 1903 trat er beim Militär ein. Er versah den Dienst zuerst gut. Januar 1904 häufig Ermüdungsgefühl und Mattigkeit. Plötzlich Gedanke, er habe bei der Beichte dem Geistlichen etwas verschwiegen. Angst und Schlaflosigkeit folgten; Beklemmungsgefühl. Angst steigerte sich zu direkter Schmerzempfindung. Immer von Neuem Versündigungsideen. Bald apathisch, schrieb nicht mehr nach Hause. Dann unruhig und zunehmend ängstlicher.

Status. Körperlich: mittelgross, gracil, wenig muskulös, degenerativer Habitus. Harter Gaumen, steil und hoch. Uvula nach links. Linker Gaumenbogen bleibt zurück. Zunge belegt. Foetor ex ore. Ohrläppchen angewachsen. Abstehende Ohren. Nase stumpf und breit. Leichter Tremor manuum. Cyanose der Hände. Energie der Innervation deutlich herabgesetzt. Der auf Aufforderung ausgeführte Händedruck lässt in seiner Stärke sofort nach; Patient muss immer wieder neu angetrieben werden. Leichte Plattfussanlage.

Psychisch: Mangelhaft orientiert. Gänzlich von ängstlichen Vorstellungen in Anspruch genommen, die ihn fortwährend beschäftigen. Daher sind schwer Antworten von ihm zu bekommen. Muss sich bei jeder Anrede erst wieder sammeln. Murmelt gewöhnlich Gebete vor sich hin, oft 24 Stunden ununterbrochen. Kommt oft über den Satz: „Gott möge ihm verzeihen“ nicht hinaus. Genauer motivieren kann er seine Versündigungsideen nicht. Vorstellungslauf verlangsamt. Immer drängen sich Selbstanklagen in den Vordergrund. Schwer zu fixiren und seine Aufmerksamkeit auf etwas zu concentriren. Kein Interesse für die Umgebung und Vorgänge in derselben. Stimmung meist depressiv, hoffnungslos, verzweifelt. — Sitzt den ganzen Tag unbeweglich da mit gefalteten Händen und betet monoton vor sich hin. Neben hochgradiger Angst allmählich starke Hemmung. Dann Unruhe und sehr labile Stimmung, zeitweise unmotiviert äusserst heiter. Befehlsautomatie und Perseveration. Wurde dann in eine andere Anstalt überführt. Ein jetzt von dort erbetener Bericht lautet: er bietet das typische Bild eines Katatonikers. Negativismus mit Katalepsie. Echopraxie. Dann vorübergehend erregt. Grimmissart viel. Zerstörungstrieb. Ausserst albern und läppisch.

Fall 13. A. F., 29 Jahre alt, Rentiere. 12. April 1898 bis x.

Nicht belastet. Nie krank gewesen. Stets leicht erregt und unbeständig. Mit 20 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Angst. Selbstvorwürfe. Hallucinationen. Vorübergehende Erregung. Grössenideen. Unstet. Kataton. Jetzt verblödet.

Anamnese: Patientin stammt aus gesunder Familie und ist nie erheblich krank gewesen. Sie war immer zart und leicht erregbar. Sie hat eine gute Erziehung gehabt und die letzten $1\frac{1}{2}$ Jahre für sich allein in H. gelebt. Sie konnte sich nie recht fügen und sich einem andern Willen unter-

ordnen, sondern war stets egoistisch und unbeständig in ihrem Wesen und ihren Anschauungen. Etwa Mitte Januar 1898 wurde sie auffallend still und gedrückt, bekam Angstzustände; verlor den Schlaf, machte sich Selbstvorwürfe und bat die Verwandten um Verzeihung. Nachts lief sie entkleidet auf die Strasse. Ins Krankenhaus aufgenommen hallucinirte sie sehr viel und äusserte beständig Selbstvorwürfe.

Status: Körperlich: Mittelgross, kräftig gebaut. Gut genährt. Gesunde Gesichtsfarbe. Pupillen sind sehr weit, gleich und reagiren wenig. Das Gesicht ist etwas unsymmetrisch, sonst ist körperlich nichts Abnormes nachzuweisen. Nur enthält der Urin Spuren von Eiweiss.

Psychisch: Bei der Aufnahme ängstlich und unruhig. Antwortet auf Fragen nicht. Sieht den Fragenden erstaunt an oder kniet nieder, senkt das Haupt und faltet die Hände. Sie verhält sich dann bald abweisend gegen ihre Umgebung und ist nicht zu bewegen, sich auf ein Gespräch einzulassen. Meist zeigt sie nach einigen Tagen ein überlegenes Lächeln. Sie ist nur schwer zu lenken, weil sie sofort gegen das Personal aggressiv wird. Sie hallucinirt sehr viel. Beschäftigt sich mit Lesen und Handarbeiten. Unterhält mit den anderen Kranken keinerlei Verkehr. Auf die Frage nach ihrer Krankheit giebt sie auch in den nächsten Monaten meist nur ziemlich unverständlich und anscheinend zusammenhanglose Aeusserungen als Antwort. Sie spielt gelegentlich gern Klavier und singt dazu, anscheinend ohne Verständniss. Ausserdem hat sie keine Beschäftigung. Zeitweise geräth sie plötzlich in ziemliche Aufregung, droht mit der Faust und stösst laute unverständliche Worte aus, beruhigt sich aber sehr bald wieder. Spricht viel vor sich hin. 1900 kann man wenigstens auf Fragen bereitwillige Auskunft bekommen. Nur von ihren Sinnesstörungen spricht sie nicht gern. Nach dem, was man von ihr erfahren kann, hat sie Grösseideen. März 1900 tritt ein Stadium der Hemmung ein. Sie sieht stumpf vor sich hin, antwortet auf keine Frage. Sieht blass und verfallen aus und hat einen fadenförmigen Puls. Körperlich sonst nichts nachweisbar. Temperatur normal. Sie verlässt oft unvermittelt das Bett, kniet ängstlich nieder, macht einige Gesten und legt sich wieder mit starrem Blick hin. In den nächsten Monaten wird die Hemmung durch ein unruhiges, unstetes Wesen abgelöst. Auch in den nächsten Jahren bietet das Krankheitsbild absolut keine Aenderung.

Fall 14. M. W., 28 Jahre alt, Haustochter II. 12. August 1898 bis X.

Ein Bruder geisteskrank. Eltern nervös. Patientin als Kind Masern, mit 15 Jahren Bleichsucht. Mit 16 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Grösseideen. Hallucinationen. Vorübergehende Erregung. Kataton. Jetzt verblödet.

Anamnese: Ein Bruder der Kranken war 5 Wochen geisteskrank, auch in einer Anstalt. Ein Bruder der Kranken starb als Kind an Zahnkrämpfen. Die Mutter giebt an nervös zu sein. Der Vater nervös. Als Kind hat Patientin die Masern durchgemacht. Mit 15 Jahren sehr bleichsüchtig. Zur selben Zeit

traten die Menses ein. Dieselben sind sehr schwer und bleiben oft aus. In der Schule hat Patientin gut gelernt, war aber stets etwas überschwenglich. Mit 15 bis 16 Jahren sorgte sie sich häufig um ihre Gesundheit und consultirte verschiedene Aerzte. April 1894 verlor sie den Appetit, wurde schlaflos, unruhig, aufgeregzt. Machte allerlei merkwürdige Streiche. Gratulirte einen hochgestellten Beamten persönlich zu seinem Geburtstage. Die Unruhe steigerte sich mehr und mehr. Sie sang, deklamirte, sprang aus dem Fenster, sagte: sie sei mit Jesus verlobt. Dabei unreinlich; sie schmierte. Sie wurde dann am 10. August 1894 in die Anstalt aufgenommen. War sehr unruhig, unreinlich, schmierte, machte einen ekstatischen Eindruck. Nimmt allerlei sonderbare Stellungen ein, kniet nieder, legt sich platt auf den Boten, faltet die Hände. Auf Fragen antwortet sie entweder garnicht oder nur ganz kurz und abweisend. Sie verstand an sie gerichtete Fragen anscheinend sehr gut. Mehrfach hat sie um Watte gebeten, um sich die Ohren zuzustopfen. Sie sang häufig Lieder, zum Theil anstössigen Inhalts. Gesticuliert viel mit den Armen und redet in Reiterationen. Sie zeigte ein albernes läppisches Wesen, lachte unmotiviert auf. Aeusserte Grössenideen, sie wäre Christus. Sie nimmt eine ganz gebückte schiefe Haltung beim Sitzen und Gehen ein. Sie wäre steinreich, äusserte sie öfter. Redet ihre Mutter mit Frau Gräfin an, behauptete, sie sei schwanger. Beim Ausgang, wo sie wieder allerlei Streiche machte, z. B. an anderen Kranken herumzupfte und mit Steinen warf, entwich sie (am 6. Juni 1895). In ihrem Wesen änderte sich nach ihrer Entlassung wenig. 2–3 Wochen vor ihrer zweiten Aufnahme am 12. August 1898 wurde sie sehr einsilbig, während sie zu andrer Zeit das unsinnigste Zeug zusammenredete. Zeitweise tobsüchtig, schimpfte dazwischen und trug religiöse Wahnideen vor. Hatte lebhafte Gehörshallucinationen. War zerstörungssüchtig und gewalthäig.

Status: Körperlich: Schlankgebautes junges Mädchen. Sehr blass. Am Schädel keine Abnormitäten. Die Pupillen sind gleich weit und reagiren langsam. Herz und Lungen sind gesund. Nervöser Befund normal.

Psychisch: Von neuem hier aufgenommen, ist sie sehr unruhig und unrein. Spricht mit niemandem. Macht allerlei geheimnisvolle Bewegungen. Zieht sich nicht an. Theatralische Haltung. Aeussert: sie wäre Columbus, sie wolle nach Spanien. Sie schielst oft und heftet dabei immer den Blick auf eine Stelle. Giebt Gehörshallucinationen zu. Neckisches Wesen. Mit der Zeit wird sie ruhiger, aber sie sitzt dann immer in schlaffer Haltung zusammengeunken im Lehnstuhl und blickt meistens apathisch vor sich hin. Sie gesticuliert sehr viel, grimassirt, lacht sehr laut ohne jeden äusseren Grund. Februar 1901 sitzt sie theilnahmslos auf den Bänken, den Kopf in die Hände gestützt. Antwortet nicht auf Fragen. Nässt ab und zu ein. Aeussert spontan bisweilen zusammenhanglose Worte und lacht vor sich hin. Zerschlägt Geschirr. März 1904 ist sie völlig verblödet. Sie geht mit blödem Gesicht in der Abtheilung umher und beschäftigt sich nicht. Nässt Tag und Nacht ein. Muss an- und ausgezogen werden. Bei den Mahlzeiten muss sie wie ein Kind gefüttert werden. Dabei nimmt sie gar keine Notiz vom Essen selbst. Sie stiert in der Luft umher, sieht den Teller garnicht an, achtet nicht auf den

gefährten Löffel, und es ist ihr gleichgültig, ob man mit dem Füttern aufhört oder nicht. So auch heute noch.

Fall 15. M. S., 22 Jahre alt, Retoucheuse, 13. September 1904 bis x.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt, Mit 19 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Selbstvorwürfe. Unstet. Vorübergehend verwirrt. Schwere Erregung. Zur Zeit völlig abweisend.

Anamnese: Keine Heredität. Patientin hat sich körperlich und geistig normal entwickelt und hat bis vor 2 Jahren keinerlei geistige Störungen gezeigt. Seit dieser Zeit unruhig und erregt. Seltsame Reden, Vorwürfe über eingebildete Verfehlungen. Drängte sehr fort. Stierer Blick. Dieser Zustand ging rasch vorüber und sie hat dann wieder ordentlich gearbeitet. Allmählich führte sie dann aber ein unstetes Wesen, reiste hin und her. Machte sich wieder Selbstvorwürfe. Wurde ausschweifend. Inficirte sich luetisch. Sehr viel wirre Reden.

Status: Körperlich: Ziemlich klein. Schlank. Mässig genährt. Gesunde Gesichtsfarbe. Schädel symmetrisch. Keine Störung der Innervation. Sonst keine Abnormalität.

Psychisch: Ruhig und geordnet. Giebt freundliche Auskunft. Plötzlich wird sie aber sehr vergnügt. Lacht viel vor sich hin. Ihre Antworten werden albern und schnippisch. Das erregte Wesen nimmt zu: Aeussert: sie würde vergiftet. Erregt. Ihr Benehmen erinnert ganz an das eines unerzogenen Kindes. Schliesslich beantwortet sie überhaupt keine Frage mehr, liegt ganz unbeweglich im Bett, führt auch keine Befehle mehr aus und nimmt nur die Nahrung zu sich, wenn sie ihr direct in die Hand gegeben wird. Sie ist dabei über Ort, Zeit und Umgebung völlig orientirt. Es gelingt aber bei dem albernen kindischen Wesen, mit dem sie die Fragen beantwortet, nicht ein Urtheil über die Verstandeshäigkeit, das Kritik- und Urtheilsvermögen der Patientin zu gewinnen. Schwerere Intelligenz-Defekte lassen sich aber nicht nachweisen. Die Schulkenntnisse entsprechen ihrem Bildungsgange. Das Gedächtniss für die jüngste und fernere Vergangenheit ist nicht gestört. Oft impulsive Reden und Handlungen. Sie wird mit der Zeit freundlicher, mittheilsamer. Besorgt sich selbst, reagirt aber meistens doch nicht auf Fragen. Plötzlich fängt sie wieder an zu lachen. Gelegentlich zerstörungssüchtig. Unmotivirt. Streit mit den übrigen Kranken. Sie schreibt die gemeinsten Briefe an ihre Eltern und macht ihnen die schwersten Vorwürfe. Die äussere Form des Briefes war sehr unsauber. Im Februar ist die Stimmung äusserst heiter. Statt aller Antwort lacht sie meist. Bei dem Besuch ihrer Angehörigen keinerlei Interesse für dieselben. Im April zerstört sie in triebartiger Weise mehrere Blumentöpfe. Sie hat immer noch ihr unmotivirtes Lachen statt der Antworten. Jetzt verhält sie sich gewöhnlich ruhig, sitzt aber theilnahmslos in irgend einer Ecke. Sie kümmert sich garnicht um ihre Umgebung, spricht kein Wort. Auch auf Fragen keine Antworten. Sie beobachtet aber genau die Vorgänge in ihrer Umgebung. Beim Essen ist sie äusserst gierig. Sie besorgt sich nicht mehr selbst. Sie ist auch in ihrer Kleidung nachlässig,

doch sauber. Sie muss an- und ausgezogen, gewaschen und gekämmt werden. Beim Essen ist sie unsauber. Oft nimmt sie anderen Kranken die Speisen fort. Auch jetzt bietet das Bild keinerlei Aenderung.

Fall 16. F. Z., Tischlergeselle. 18. August 1903 bis 11. December 1903. 22 Jahre alt.

Nicht belastet. Mit 21 Jahren im Anschluss an körperliche Erkrankung acut psychisch unter Angst, Hallucinationen erkrankt. Hemmung. Hypochondrische und Versündigungsideen. Depression. Besserung durch Verschwinden der psychotischen Symptome. Jetzt ohne Interesse, stumpf, depressiv.

Anamnese: Hereditär: nihil. Vom Militär nach einer Brustfellentzündung als untanglich entlassen. Juli 1903 erneut Lungenentzündung und ausserdem Durchfall. Aufnahme ins Krankenhaus. Dasselbst plötzlich ängstlich, hört Stimmen, versucht aus dem Fenster zu klettern. In die Irrenbeobachtungsstation überführt, wird er allmählich ganz stumm und leicht kateleptisch. Liegt ohne sich zu rühren im Bett. Antwortet nicht auf Fragen.

Status: Körperlich: Gross, kräftig, völlig bartlos. Blasses Aussehen. Achselhaare schwach entwickelt. Schädel etwas klein, symmetrisch. Stirn etwas niedrig. Kinn stark ausgebildet. Ohrläppchen angewachsen. Tremor der Lider, Zunge und gespreizten Finger. Reflexe gleich. Auch sonstiger Befund o. B.

Psychisch: Zeitlich und örtlich gut orientirt. Krankheitsgefühl. Hypochondrische Ideen. Versündigungsgedanken. Er fasst diesen Aufenthalt als Busse auf. Liegt äusserst gehemmt mit starrem Gesichtsausdruck auf dem Rücken und bewegt die Lippen hin und wieder. Alle Antworten erfolgen äusserst langsam und unter Seufzen. Der Vorstellungsablauf ist verlangsamt. Der Kranke nässt ein. In den nächsten Tagen wieder etwas freier, munterer und lebhafter sowie zugänglicher, hilft auch ab und zu; zeigt aber trotzdem noch in den nächsten Monaten ein zurückhaltendes und verschlossenes Wesen, selbst gegen die anderen Kranken. Hallucinationen verschwinden, desgleichen die somatopsychischen Wahnideen. Im Herbst äussert der bisher recht abweisende Kranke, aus dem durch Fragen nichts herauszubringen war, plötzlich: er würde, wenn er nicht sofort entlassen würde, sich aufhängen. Diese kleine Erregung geht recht bald vorüber. Aeussert dann keine Selbstmordgedanken wieder. Ende October vorübergehend wieder gehemmt. Im November nimmt das Körpergewicht sehr zu. Er wird wieder freier, ist freundlich und bescheiden, hilft fleissig und fragt brieftich bei seinem früheren Meister an, ob er nicht wieder bei ihm arbeiten könne. Entlassen.

Katamnestische Erkundigungen ergeben keinerlei Besserung des Zustandes. Von einer selbstständigen Thätigkeit, speciell von einer Initiative kann keine Rede sein. Selbst Arbeit unter Aufsicht kann er nicht dauernd ausführen; ständig ablenkbar und leicht erschöpfbar. Viel Klagen über Kopfweh; auch allgemeine Sensationen werden vorgebracht, Stimmung immer niedergeschlagen und muthlos. Oft muss die Arbeit Tage lang ausgesetzt werden.

Fall 17. H. K., Bürstenmachergeselle. 20. März 1897 bis 23. Aug. 1897. 20 Jahre alt (Aufnahme).

Keine Anamnese. Acut im Gefängniss erkrankt. Hallucinationen Erregung. Incobärenz. Kataton. Vorübergehend verwirrt. Grössenideen. Stupor. Völlig verblödet. Ad exitum.

Anamnese: Nichts Besonderes bekannt als Folgendes: Er war aus dem Gefängniss, wo er wegen Zechprellerei in Haft war, dem K. III in H. zugeführt. Im Gefängniss war er plötzlich durch seinen eigenthümlichen Gesichtsausdruck und dadurch, dass er immer vor sich hinlächelte, aufgefallen. In den letzten Tagen war er sogar mit dem Messer aggressiv auf die anderen Gefangenen losgegangen. Er hallucinirte viel, hörte Stimmen, wurde sehr unruhig und erregt.

Status: Körperlich: Kräftig gebaut. Untersetzte Figur. Schädel hinten etwas stark abgeflacht. Gaumen ziemlich hoch. Sonst keine Abnormitäten.

Psychisch: Bei der Aufnahme ziemlich ruhig, doch gleichgültig und theilnahmslos. Oft hat er ein blödes Lächeln an sich. Vorübergehend etwas unruhig. Redet lauter dummes Zeug durcheinander. Zerreisst sein Zeug und seine Mütze. Ziemlich theilnahmslos und stumpf. Spricht unaufhörlich unverständliche Worte vor sich hin. Sitzt stundenlang in derselben Haltung. In diesem Zustande nach K. überführt.

Verlauf: In seinen Bewegungen ein gewisses ruckweises Stocken, dann wieder eine freie Action. „Haesitiren der Bewegungen“. Antwort in Reiterationen. Alles in skizzirter Sprechweise hervorgestossen. Völlig desorientirt; über die in seiner Umgebung sich abspielenden Vorgänge relativ besonnen. Daneben Perioden völliger Verwirrung. Ganz unbequem gebückte Stellungen; murmelt vor sich hin. — Nässt ein. — Muss besorgt werden.

Vollständig unfähig, auch nur einfache Gedanken logisch durchzuführen; die widersinnigsten Dinge werden zu einander in Beziehung gebracht.

Januar 1898: Völlige Zerfahrenheit, kein Zustandekommen irgend eines ordentlich durchgeföhrten Gedankens. Bewegungs- und Lautstereotypien. Keine Hallucinationen. Vage Grössenideen; Verkennen von Personen.

Juli 1898: Verblödung scheint schnelle Fortschritte zu machen; nichts-sagender, jeder Mimik entbehrender Gesichtsausdruck.

September 1898: Stupor.

November 1898: Erregung.

Juli 1899: Geht in geistiger Beziehung enorm zurück. Während früher noch mit etwas Energie ein einfaches Gespräch geföhrzt werden konnte, kommt seine Antwort nicht mehr über das stereotype „ich sage guten Morgen, Herr Doctor“, hinweg.

September 1899: Automatismus: in stereotypen Kopfbewegungen stärker. Personifizirter Automat.

September 1900: Sitzt immer wie gebannt.

Januar 1901: Ständig derselbe Spannungszustand. Schreibt drei Tage an einem Briefe an seinen Bruder.

Mai 1901: Oedem in den Beinen. Giebt manchmal wie ex abrupto sinn-gemässé Antworten; namentlich achtet er vielmehr auf die Vorgänge in der Umgebung, als man nach seinem Aeusseren und Gebahren meinen würde.

Juni 1901: Trotz statuenartigen Verhaltens über Vorgänge in der Umgebung orientirt. Oedem.

Juli 1901: Wird er aufgefordert, aufzustehen und herumzugehen, so sieht er einen erst eine zeitlang an, dann plötzlich erhebt er sich, wie wenn er sich losreissen müsste, und geht dann ruckweise vorwärts, ein Stück weit geht er ganz automatisch, dann plötzlich bleibt er stehen, bewegt die Füsse am Platze, so dass es aussicht, als wollte er schon weiter gehen, aber gleichzeitig von einer unsichtbaren Macht zurückgehalten werde.

Januar 1902: Häufig Oedem der Füsse.

Mai 1903: Wie bisher: Stereotype Haltungen und Bewegungen. Verbigerationen.

März 1904: Körperlicher Verfall, Lungentuberkulose.

Fall 18. V. C., 25 Jahre alt, Kaufmann, 11. December 1903 bis 18. Februar 1905. †.

Anamnestisch nichts bekannt. Verwirrt angetroffen. Somatopsychische Wahnideen. Hallucintionen. Angst. Katatone Anfälle. So ad exitum.

Anamnese: Ueber Vorleben nichts bekannt.

12. November 1903. Irrerend umherlaufend, von der Polizei aufgegriffen. K. H. III. H. Aengstlich, unruhig. Personenverwechselung. Nahrungsverweigerung. Nässt ein. Hypochondrisch-somatische Ideen.

Status: Körperlich: gross, hager, blass schlecht genährt. Augenbrauen verwachsen. Temporalarterie geschlängelt. Henkelohr mit Andeutung von Spitzohr. Ohrläppchen angewachsen. Tremor manuum. Sensibilität herabgesetzt.

Psychisch: Aengstlich, verwirrt. Grössenideen. Unsinnige Reden. Viele Wiederholungen. Täuschung über seine eigene Person. Auffassungsvermögen sehr reducirt, daher Reproduktionsfähigkeit und Merkfähigkeit herabgesetzt. Gedächtniss für jüngste Sachen sehr getrübt. Somatisch-hypochondrische Wahnideen. Wohl auch Hallucinationen. Schnelle Ermüdung, bald unrichtige Antworten. Intelligenz nicht zu prüfen.

Aengstlich, unruhig. Nahrungsverweigerung. Lebhafte Gesichtshallucinationen, Personenverkennung, Oedeme, Onanie; will verheirathet sein. Erzählt täglich stereotyp dieselben Geschichten.

August 1904. Anfall, bricht zusammen. Zuckungen im rechten Arm. Keine Temperatursteigerung.

Unruhe, Selbstgespräche. Lautes Auflachen.

December. Ohnmacht auf dem Wege zum Closeit, nach Angabe der Wärter kreidebleich. Zuckungen um die Mundwinkel, 38,0.

Pupillen reagiren prompt. Aber ganz verwirrt. Tags darauf Grössenideen 39,0, verwirrte Reden; äusserlich orientirt. Albumen.

Januar. Lungentuberkulose. Februar: Exitus.

FALL 19. M. O., Haustochter, 24 Jahre alt. 2. Mai 1904 bis 13. März 1905. (†).

Keine Heredität. Bleichsucht. Mit 22 Jahren subacute Veränderung des Wesens. Depression. Hallucinationen. Wahnideen. Suicidversuche. Hemmung. Grössenideen. So ad exitum.

Anamnese: Keine Heredität. November 1903. Chlorose, dann tiefesinnig, weinte viel ohne Grund. Jetzt unter Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen Neigung zu Suicidium.

Status: Körperlich: Blass und anämisch; Grösse und Ernährungszustand mittelmässig. Dünne Behaarung des Kopfes. Keine hysterische Stigmata. Reflexe gesteigert. Schmerzempfindung herabgesetzt.

Psychisch: Orientirt. Still, etwas gehemmt. Ziemlich theilnahm- und affectlos. Sie betet viel. Gesichtsausdruck maskenartig. Schwere Versündigungsideen; alle Aeuserungen, selbst darüber kommen treulos und apathisch heraus. Gehörshallucinationen: Engelsstimmen. Unter diesem Einfluss desorientirt. Bei energischem Zufragen in den Abgaben schwankend, erweist sich orientirt. Einzelnen Aufforderungen kommt sie maschinenmässig nach. Schulkenntnisse entsprechen dem Bildungsgange. Gedächtniss für frühere Zeiten gut; für jüngere Ereignisse schlecht. Reproduction von eben Gesagtem schlecht. Auffassungsvermögen schlecht. Beim Versuch des Briefschreibens kommt sie über einige Zeilen nicht hinaus. Nach 4 Wochen treten Versündigungswahnideen mehr zurück. Keinerlei Krankheitseinsicht. Grössenideen: sie habe mit Gott verkehrt etc. Nach weiteren 14 Tagen kataleptische Symptome. Befehlsautomatie und Negativismus. Diese Erscheinungen steigern sich mehr und mehr.

Ende des Jahres 1904: Floride Phthisis pulmonum. Völlig unzugänglich. Keinerlei Antworten mehr.

Exitus: 13. März 1905.

Von den in diesem Theil angeführten Fällen möchte ich zunächst Fall 1—16 gemeinschaftlich besprechen, unter besonderer Berücksichtigung der Fälle 10, 15, 16.

Vergleicht man die Fälle der Gruppe 4 mit denen der Gruppe III und fasst man dabei besonders den Beginn ins Auge, so kann man keinen Unterschied gegen die Letzteren finden, man hat auch hier acuten und subacuten Beginn, und zwar letzteren häufiger als ersteren. Bei erhaltener Besonnenheit und Orientirung wurden dann die Individuen allmäthlich anders in ihrem Wesen und Verhalten, wurden sozusagen sonderbar, gewöhnlich auffallend still, zogen sich zurück und zeigten meistens eine depressive Stimmung. Diese kombiniert mit Versündigungs- und Kleinheitsideen überwog bei weitem (2, 5, 6, 10, 11, 13), in diesen Fällen traten Wahnideen und Hallucinationen nicht so eklatant hervor. In anderen Fällen nahm die Depression einen weit stärkeren Charakter

an; man fand als Ursache Hallucinationen und Wahnideen (13, 14). Einzelne Kranke zeigten schon auffallend lange vor Ausbruch der Psychose ein reizbares Wesen (8, 9, 15). Andere liessen in ihrer Thätigkeit nach und ermüdeten mehr und mehr (12).

So überaus mannigfaltig sind die Möglichkeiten des Beginns, also genau so wie bei den Fällen der Gruppe III. Ein Moment möchte ich auch hier nicht unerwähnt lassen: es fehlen in keinem einzigen Fall Wahnideen und Hallucinationen; bei Fall 10 konnte man letztere allerdings nicht so deutlich nachweisen, immerhin liess aber das Zustandsbild und später auch der Verlauf mit Sicherheit auf das Vorhandensein solcher schliessen.

Die Zustandsbilder bei der Gruppe IV sind in jedem einzelnen Fall an Zahl wohl nicht so mannigfaltig wie bei Gruppe II und III. Immerhin lösen sich auch hier einige Zustandsbilder ab. Die Dauer der einzelnen hält aber hier viel länger an. Man kann wohl mit Recht sagen: mancher Fall der Gruppe II und III bot in seinem relativ kurzen Verlauf (1—2 Jahre) die doppelte Zahl von Zustandsbildern wie mancher der hier angeführten Fälle in ihrem zum Theil jahrzehntelangen Verlauf. Man vermisst maniakalische Zustände wie man sie in Gruppe II und III so reichlich fand. Hier überwiegend Angst, Depression und Hemmung.

Vergleichen wir nun ein einzelnes Zustandsbild mit einem solchen der früheren Gruppe, so findet man keinen Unterschied. Die Aufmerksamkeit hat in erster Linie gelitten. Die Orientirung ist — abgesehen von den wenigen Fällen, wo zu Beginn eine Verwirrtheit bestand — in den ersten Jahren nicht gestört. Die Gedanken und Vorstellungen sind dürfsig; ihre Verbindung ist unsinnig und zerfahren. Das Urtheil ist schwer geschädigt. Die Wahnideen zeigen keinen inhaltlichen Zusammenhang, sie wechseln oft. Auch hier findet man eine ausserordentliche Monotonie und geringe Zahl in den Symptomen überhaupt, eben darum, weil das noch unfertige Gehirn eine grosse Mannigfaltigkeit complicirt angelegter Wahnideen nicht zu produciren vermag. Auch hier muss hervorgehoben werden, dass das ganze Verhalten und Benehmen der Kranken absolut nicht im Einklang mit den Wahnvorstellungen und Hallucinationen steht. Auch hier kann man geradezu von einer Disharmonie sprechen.

Diese Zustandsbilder hat man auch bei Gruppe II. Jetzt schliesst sich hier aber ein Stadium der völligen Apathie und Gleichgültigkeit an, in dem vor allen der Mangel an Initiative vorherrscht. Dies entspricht im Allgemeinen dem Endstadium der Fälle in Gruppe II: grosse Wunsch- und Bedürfnislosigkeit; Fehlen jeglicher Initiative; gewisse

alberne und läppische Züge im ganzen Benehmen und Handeln; das ganze Verhalten kann nicht mehr der jeweiligen Lage angepasst werden; es fehlt bei den Individuen die innere Einheitlichkeit. Man hat im Allgemeinen ein Bild vor sich, wie man es vor Eintritt in die Pubertät findet.

Aber auf diesem Stadium bleiben die Kranken nicht. Es erleidet allmählich auch die einfache Auffassung eine gröbere Beeinträchtigung. Das Gedächtniss zeigt allmählich Lücken. Es werden schon länger keine neuen Wahnideen mehr producirt; die alten schwinden mehr und mehr. Zu der schweren Schädigung des Gemüths gesellt sich allmählich eine völlige Zerstörung jeglichen Willensantriebes. Das Bewusstsein trübsich. Die Orientirungsfähigkeit schwindet zum grossen Theil, wie Fall 1, 2, 3, 4, 8, 9 treffend beweisen. Die Patienten kennen die Mitkranken nicht mehr. Monate können nicht mehr rückwärts hergesagt werden. Die Zahl derselben wird falsch angegeben, desgleichen die Zahl der Wochentage. Es besteht vollkommene Unfähigkeit sich schriftlich oder mündlich geordnet auszudrücken.

Es mehren sich und werden beständiger die katatonen Symptome. Es tritt in den Vordergrund das, was man mit dem Ausdruck „Negativismus“ bezeichnet. Mit demselben wird aber nicht das Treffende gesagt, da man Negativismus nicht nur in den Endstadien unserer Fälle sondern auch bei schwerer depressiver Hemmung, ferner auf Grund von Wahnideen oder Hallucinationen, bei Hysterie etc. finden kann. Ich möchte daher diesen Ausdruck ganz vermeiden. Die Kranken verlieren jeden Willensantrieb: es kommt nur noch zu einfacher motorischer Erregung, zu plan- und ziellosen Bewegungen. Die Patienten werden für jede äussere Anregung gänzlich unzugänglich. Bei Berührung und passiven Bewegungen tritt sofort Widerstand auf. Den Gesichtsausdruck kann man geradezu maskenhaft nennen. Es gelingt selten überhaupt Antworten zu bekommen. Die Kranken nehmen in ihrem ganzen Verhalten Manieren und Eigenthümlichkeiten an; das Benehmen wird geradezu automenhaft; es wird alles Schablone. Zu irgendwelchen, selbst ganz mechanischen Arbeiten sind sie nicht mehr zu gebrauchen. In Fall 7 leistet der Kranke allerdings minimale Arbeit; von einer wenn auch noch so geringen Regelmässigkeit kann aber keine Rede sein.

Das ist das Bild des Endstadiums wie es die meisten Fälle unserer Gruppe IV zeigen. Noch nicht bei demselben angelangt, sind die Fälle 10, 11, 15; bei letzteren sind aber die Defekte bereits sehr deutlich nachweisbar. Die drei Kranken sind bereits völlig stumpf und gleichgültig. Motorische Erregungen als Ausfluss unbeeinflussbarer Triebe zeigen die schwere Schädigung des Willens an. Aber die drei Fälle

lassen noch nicht mit solcher Ausdauer wie die übrigen Fälle die katatonen Symptome zu Tage treten.

Erregungszustände sind bis zum letzten Augenblick bei jedem Fall zu beobachten. Gewöhnlich mögen Hallucinationen, die jedenfalls noch mit Sicherheit bis zuletzt bestehen, die Ursache sein. Es gelingt aber leider meistens nicht, die Kranken in diesen Stadien zu Auskünften zu veranlassen.

Besonders eingehen möchte ich noch auf Fall 16, speciell weil er das selbe Stadium ausserhalb der Anstalt in der Familie, wenn auch noch nicht ganz erreicht hat, jedenfalls mit grosser Wahrscheinlichkeit noch erreichen wird. Er lebt vollkommen wunsch- und interessenlos in den Tag hinein, steht stundenlang auf demselben Fleck, macht oft ununterbrochen dieselben Bewegungen. An eine etwas länger anhaltende Arbeit ist nicht zu denken. Auch sind noch Stimmungsaffekte bei ihm zu beobachten; oft ist er einige Tage lang niedergeschlagen und muthlos. Dann wird selbst aus der mechanischen Arbeit nichts. Das jahrelange Anhalten der katatonen Symptome giebt diesem Fall die infauste Prognose.

Man könnte diesen Fall, im Allgemeinen betrachtet, wohl auch zur Gruppe III rechnen, besonders wenn man das Endstadium der Fälle der vorigen Gruppe ins Auge fasst. Aber genauer betrachtet, leisten die Kranken der Gruppe III doch noch mehr, sie bleiben wenigstens mechanische Arbeitswerkzeuge. Was man ferner bei diesem Fall ganz vermisst, ist das Auftreten in einzelnen Attauen, oder mit anderem Wort die Remissionen. Im Gegentheil verläuft dieser Fall sehr rasch und zeigt zu keiner Zeit Tendenz zur Besserung.

Auf dem schweren Defectzustande wie die übrigen Fälle der Gruppe IV ist er noch nicht angelangt: der Willensantrieb ist noch nicht ganz vernichtet. Doch giebt das frühe Auftreten und vor allem das überaus lange Anhalten (3 Jahre) der katatonen Symptome eine schlechte Prognose ab.

Die Fälle der Gruppe IV in ihrem Endstadium kann man im Allgemeinen mit den Fällen schwerer Idiotie vergleichen; der geistige Besitzstand ist sehr tief gesunken, zum Theil gleich Null. Die Orientirung ist geschwunden; Auffassung, Gedächtniss, Merkfähigkeit haben starke Einbusse erlitten.

In den bisherigen Abschnitten habe ich nur Fälle besprochen, bei denen die psychische Erkrankung ein bis zur Pubertät vollkommen normal entwickeltes Gehirn befallen hat. Im Anschluss hieran möchte ich zwei Beispiele anführen, bei denen sich auf dem Boden einer Imbecillität leichten Grades die psychische Erkrankung entwickelt hat.

Fall 1. E. M., 18 Jahre. Haussohn. 5. October 1901 bis 17. December 1901.

Schwer belasiet. Patient von frühesten Kindheit an geistesschwach, erst spät confirmirt. Lernte schwer. Mit 18 Jahren acuter Erregungszustand. Verwirrt. Incohärenz. Nach einigen Wochen abklingende Erregung. Allgemeine Geistesschwäche.

Anamnese: Vater geisteskrank; in der Irrenanstalt gestorben; dementer Alkoholiker. Patient von frühesten Kindheit an geistesschwach, lernte sehr schwer, spät confirmirt. Im Allgemeinen gutmütig und folgsam, kindisch, zeitweise leichte Erregungszustände. Vor 3 Wochen plötzlich grosse Unruhe. Patient sprach viel, wurde heftig, klagte über Kopfschmerzen, war verwirrt und theilweise aggressiv. Schalt viel zum Fenster hinaus, glaubte sich von seiner Umgebung beleidigt. Wird seiner dauernden heftigen Erregung wegen nach hier überführt. Sonstige körperliche Krankheiten haben nicht bestanden.

Status: Körperlich: Ziemlich gross, kräftig. Anämische Schleimhäute. Kopfumfang 50 cm. Gaumen: steil. Tracheotomie- und Halsdrüseneroperaionsnarben. Genitalien stark entwickelt. Kniehakenversuch gelingt nicht; sonst o. B.

Psychisch: Völlig orientirt; immer heiter; macht sich aus nichts etwas. Schwatzt immer verständnisslos und unzusammenhängend vor sich hin.

Wo sind wir hier? In einer Klinik.

In was für einer? Einer Heilanstalt.

Für was für Krankheiten denn? Für Augenkrankheiten — nein, ich glaube für den Kopf.

Für Geisteskranke? Ja, für Geisteskranke.

Weshalb sind Sie hierher gekommen? Wegen Leib- und Kopfschmerzen.

Die Auseinandersetzung, dass er sich in einer Irrenanstalt befindet, macht auf ihn absolut keinen Eindruck.

Patient ist meist heiterer, zufriedener Stimmung.

Der Vorstellungsablauf ist bei ihm entschieden verlangsamt.

In seiner Rede folgen die einzelnen Wortgebilde und sprachlichen Aeusserungen ohne Sinn in gänzlich zusammenhangloser Weise.

Die Intelligenz erscheint stark herabgesetzt. Patient macht in Allem einen stark zurückgebliebenen Eindruck. Sein Wissen entspricht im Allgemeinen dem eines 10jährigen Knaben, sein Urtheilsvermögen ist ganz unentwickelt.

Sein Rechnen ist schwach. Er beherrscht mechanisch das kleine Einmaleins.

$7 \times 9 = 63$. 113 — 21 das sind 93, und 1, das giebt 92.

In der Religion hat er einen Haufen Zeugs mechanisch in sich aufgenommen und giebt das Erlernte ebenso mechanisch und verständnisslos wieder von sich.

Genau so ist es in der Geographie und Geschichte. Auf dem Gebiete neuerer Politik versagt er völlig.

Beispiele. Göttingen gehört zur Provinz Hannover. Die Provinz H. gehört zum Regierungsbezirk Hildesheim. Der Regierungsbezirk Hildesheim gehört zum Amt Stade, Osnabrück und Aurich. Das alles gehört zum Hauptmeldeamt Göttingen — steht ja überall angeschrieben.

Gehört die Provinz Hannover zum Deutschen Reich? Berlin gehört zum Deutschen Reich.

Den Kaiser Wilhelm II. giebt er mit Namen richtig an, er regiere seit 27. Januar 1859.

Da regierte doch der alte Kaiser? Nein, der starb ja 1797, da war ich noch nicht geboren.

Haben Sie in letzter Zeit was von Kriegen gehört? Ja, mit den Buren war Krieg in Südafrika und mit den Chinesen in China.

Wer führte denn mit den Buren Krieg? Die Holländer und Kapholänder.

Und mit den Chinesen? Weiss ich nicht.

Mit uns Deutschen? Nein.

Doch! Ach ich bin ja garnicht dabei gewesen, das geht mich ja garnichts an. —

Besuche der Angehörigen machen absolut keinen Eindruck auf ihn. Ueberhaupt apathisch und gleichgültig. Masturbirt viel. Sehr unverträglich. Wird in Familienpflege gegeben und beschäftigt sich dort mit leichten Arbeiten.

Fall 2. O. M., 27 Jahre alt, cand. theol. 17. Mai 1904 bis x.

Belastet. Von klein auf geistesschwach. Lernte schwer. Bestand mit Mühe Examina. Als Student acuter Erregungszustand. Psychose zur Zeit noch nicht abgeklungen. Erheblicher Grad von Geisteschwäche.

Anamnese: Grossvater an progressiver Paralyse gestorben; Vater fühlte sich stets zurückgesetzt. Patient als Junge hochmüthig, tyrannisierte seine Geschwister, wurde reizbar bei Widerspruch, glaubte geistig über allen Menschen zu stehen, „sein Geist genüge für 3 Menschen“. Im elterlichen Hause verzogen und überschätzt, daher hochmüthig gegen die Aussenwelt; kein Verkehr mit gleichaltrigen Knaben; bei mangelhaften Leistungen (bereits auf der Schule) Gefühl der Beeinträchtigung durch die äusseren Verhältnisse. Von dem 1. theologischen Examen 2 Mal zurückgetreten; das zweite hat er garnicht gemacht. Während des Einjährigen Dienstjahres (1902/03) auffallendes Benehmen. Trotz bescheidener Verhältnisse extravagante Ausgaben; viel Sinn für Aeusseres; hielt Moralpredigten, war streitsüchtig, vom Militär schliesslich befreit. Dann Privatlehrer. Grosse Briefe der grössten Art mit Vorschlägen und Reformplänen an Kaiser, Minister, Consistorium.

Status. Körperlich: kräftig, gesund aussehend. Beide Schilddrüsenlappen vergrössert.

Psychisch: Stets orientirt. Gesichtsausdruck: freundlich, gewinnend, gönnerhaft, selbstbewusst. Stimmung: meist freundlich gehoben, doch sehr leicht reizbar, bei Annäherung sofort. Vorstellungsablauf: lebhaft, erzählt

formal richtig; schweift leicht ab, verliert den Faden, kann sich nicht auf seine Gedanken concentriren. Schulkenntnisse auffallend gering. Gedächtniss gut; Merkfähigkeit herabgesetzt. Aeusserst geringes Urtheils- und Kritikvermögen: Selbstüberschätzung; Wahniddeen der unglaublichesten Reformpläne. Allen Aeusserungen fehlt jegliche Begründung. Keinen Einwurf weiss er zu widerlegen. Verfasst unzählige Schriften, die von Fremd- und Schlagwörtern strotzen; es kehren immer dieselben leeren Phrasen und hochtrabenden Ausdrücke wieder. Schon das Aeussere seiner Schriften zeigt Unordnung, Mangel an Ueberblick und Ueberlegung.

Verlauf. Er hat sich sehr schnell in das Anstaltsleben gefunden, ist stets mit Allem zufrieden; sehr apathisches Verhalten. Seine regen Grössenideen mit den unsinnigsten Reformplänen halten an. Abgesehen von langdauernden, nur selten auftretenden Erregungszuständen trägt er seine Situation mit auffallendem Gleichmuth.

Genannte Fälle unterscheiden sich von einander wesentlich dadurch, dass bei dem ersten Fall die Psychose bereits abgeklungen, bei dem zweiten noch im vollem Gange ist. Ein besonderer Anlass für den Ausbruch der Psychosen, wie er z. B. von Reuter für solche Fälle gefordert, ist in beiden Fällen nicht festzustellen. Nach dem Ablauf der Psychose finden wir dann einen geistigen Schwächezustand, den wir wohl leicht geneigt sind, zumal, wenn er noch nicht so schweren Grades ist, auf die Kosten der Psychose zu schreiben. Bei genauer Prüfung der Anamnese finden wir aber die Spuren des schon vorher vorhanden gewesenen Schwachsinns, der stationär bleiben kann, gewöhnlich sich aber rasch zur vollen Verblödung ausbildet.

Für die Erhebung der Anamnese ist die Exploration in erster Linie von Nichtangehörigen ratsam z. B. Lehrer, Pastor etc.; sie werden schon in der Lage sein, Beobachtungen von abnormen Zügen bei den in Frage kommenden Kranken anzugeben. Die Angehörigen sind gewöhnlich sogar die ersten, die die Kinder erkennen und deren Schwachsinn durchaus nicht zugeben wollen. Den besten Beweis dafür liefert wohl der Fall 2. Die Eltern suchen das hochmuthige, abweisende Verhalten der Kinder gegenüber den Geschwistern und Spielgefährten sogar noch besonders zu loben, zu unterstützen, jedenfalls sehr zu erkennen. Erst die späteren Jahre klären sie in so trauriger aber eklatanter Weise auf.

Der klinische Befund gleicht auf den ersten Blick vollkommen dem, den wir bei den Fällen der Gruppe 1 haben; es zeigt sich unzureichendes Urtheils- und Kritikvermögen, Mangel an Begriffen, Initiative und Affect; eine noch so einfache Frage aus dem Schatz der Schulkenntnisse klärt dann die Sachlage auf und man ist überrascht, was für enorme Lücken bestehen: einfache Rechenexempla werden nicht gelöst,

von Heimatkunde weiss der Kranke wenig oder garnichts, von Religionskenntnissen etwas, und das ist nur mechanisch auswendig gelerntes Zeug; das Individuum verbindet auch nicht die geringsten Begriffe damit.

Die Psychose spielt in den meisten Fällen gar keine so wesentliche Rolle wie in Beispiel 2. Fall 1 zeigt den gewöhnlichen Vorgang. Es handelt sich meistens um schwere, aber nur kurze Zeit anhaltende Erregungszustände. Fehlen von Hallucinationen kommt so gut wie garnicht vor. Man ist allerdings leicht geneigt, das Gegentheil anzunehmen, weil einerseits die Kranken sich nicht darüber aussprechen. Andererseits sind die Hallucinationen nicht so zahlreich und intensiv, weil ein von vornherein invalides Gehirn weniger Mannigfaltigkeit in den Symptomen, speciell der Wahnideen und Hallucinationen zu produciren im Stande ist als ein wenigstens bis zur Pubertät normal entwickeltes Gehirn.

Die Fälle laufen gewöhnlich unter der Diagnose: angeborener Schwachsinn mit Erregungszuständen, oder man spricht auch in solchen Fällen von Pfropf-Hebephrenie, oder aber sie gehen schlechtweg als Dementia praecox, als primärer Verblödungsprocess, wobei aber übersehen wird, dass das, was nach Ablauf der acuten Symptome als Schwachsinn imponirt, schon früher bestanden hat und nicht erst durch die intercurrente Psychose gesetzt wurde.

Sie haben ausserdem practisch durch ihre Häufigkeit Bedeutung, da eben leicht imbecille Gehirne besonders geeignet sind in der Pubertät zu erkranken.

Sie bilden einen grossen Theil der jugendlich Criminellen. Leider werden sie, wie gesagt, erst zu spät erkannt. Noch viel schwieriger wird die Beurtheilung, wenn es nicht zu so schweren Erregungszuständen kommt, sondern wenn es nur zu sogenannten „verkehrten Handlungen“ kommt, die dem Laien dann als Unart, Unerzogenheit, Zeichen von Niedergeschlagenheit und dergl. imponiren. Aber bei genauer Berücksichtigung der gesammten psychischen Persönlichkeit wird einem Fachmann die angeborene psychische Insufficienz des Individuums nicht entgehen.

Hier hat man Individuen, bei denen man von Symptomen, die für die Gehirnentwicklung in der Pubertät sprechen, garnichts findet. Sie sind triebartig dahinlebende Individuen, die keinen Altruismus und keine ethischen Vorstellungen kennen, die kurzsichtige, urtheilslose Egoisten sind. Kurz andauernde aber schwere und sich leicht wiederholende Erregungszustände (Fall 1) sind wie gesagt häufiger wie wirklich ausgebildete Psychosen (Fall 2).

Im Folgenden möchte ich noch einige Puerperalpsychosen besprechen, die ebenfalls in der Pubertät zum Ausbruch gekommen sind.

Fall 1. J. B. Bahnmeistersfrau. II p. 4. Mai 1903 bis 4. Juni 1903. 23 Jahre alt.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 18 Jahren geheirathet. Mit 19 Jahren post partum leichte Erregung. Mit 23 Jahren post partum acut psychisch erkrankt. Angst. Selbstvorwürfe. Suicidgedanken. Hemmung. Nach einigen Wochen völlig geheilt. Kein Rückfall.

Anamnese: Keine Heredität. Körperlich und psychisch normale Entwicklung. Mit 18 Jahren geheirathet. Leichter Erregungszustand nach der Geburt des ersten Kindes. Vor 8 Wochen, 14 Tage nach der Geburt des zweiten Kindes, psychisch erkrankt. Aengstlich. Schlief nicht. Trug sich mit Selbstmordgedanken. Machte sich Selbstvorwürfe. Fürchtete in's Gefängniss geworfen zu werden.

Status: Körperlich: Mittelgross, gut genährt. Kräftig. Blühend. Schädel normal. Ohrläppchen angewachsen. Sonst keine Abnormität.

Psychisch: In den ersten Tagen abweisend, dann auffallend still. Giebt als Grund zu ihrem gegenwärtigen deprimirten Gemüthszustand Gedächtnisschwäche an. Sie ist völlig orientirt und klar. Macht sich unnütze Sorgen. Herabsetzung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses lässt sich nachweisen, wie auch eine Verminderung der Auffassungsfähigkeit. Einfache Rechenexempel kann sie rasch im Kopf lösen. Sie hat das Gefühl der Insufficienz. Im Laufe des Mai treten die Selbstanklagen zurück. Sie wird freundlich und gesprächiger, unterhält sich mit anderen Kranken und bietet bei der Entlassung einen völlig geheilten Zustand.

Fall 2. E. D., Ehefrau. 21. März 1899 bis 4. Juli 1899. I p. 25 Jahre alt.

Keine Heredität. Geistig und körperlich normal entwickelt. Mit 24 Jahren post partum acut psychisch erkrankt. Selbstmordversuche. Verfolgungssideen. Angst. Vorübergehend verwirrt. Hallucinationen. Maniakalisch. Albern. Nach mehreren Monaten völlig geheilt. Kein Rückfall.

Anamnese: Keine Heredität. Aus der Jugend nichts Krankhaftes bekannt. Sie litt viel an Verstopfung. Am 25. Januar 1899 leichte Geburt. Das Kind musste nach 8 Tagen wegen Mastitis abgesetzt werden. Am 13. Februar zeigten sich die Symptome des Verfolgungswahns. Sie machte mehrere Selbstmordversuche, trank eine Flasche Chloralhydrat. Am 20. März trank sie 15–20 Gramm Acidum muriaticum purum. Am 21. in die Anstalt überführt.

Status: Körperlich: Klein und gracil gebaut. Mässig genährt. Schädel normal gebildet. Ohren verhältnissmässig gross mit angewachsenen, aber gut differenzierten Ohrläppchen. Stirn niedrig. Geringe Gesichtssymmetrie und

Differenz in der Innervation. Patellarreflexe ungleich, rechts bedeutend stärker als links. Sonst keine Besonderheiten.

Psychisch: Sehr ängstlich, drängt ungestüm zum Bett hinaus. Selbstvorwürfe. Will auf das Gericht. Widerstrebt sehr. Sie muss gefüttert werden. Am 28. März wird sie unruhiger, schläft schlechter, verkennt ihre Umgebung. Nennt die anderen Kranken Verbrecher, die ihr Kind umgebracht. Hallucinirt viel; auch Geschmackshallucinationen. Hört Totenglocken. Im Laufe des April wird sie ruhiger. Sie ist allein und springt nicht mehr aus dem Bett. Sie ist ziemlich abweisend, verlangt fort. Die früher traurige Stimmung wird jetzt heiterer, immerhin aber noch sehr gereizt. Ende Mai hat sie immer noch Wahnideen: es gehöre ihr alles, was sie sehe und was andere Leute trügen, bleibt auch noch bei der Ansicht, ihr Kind sei gemordet, wie überhaupt in ihrer Umgebung immer dauernd gemordet würde. Sie ist über die Zeit nicht orientirt, macht komische Bewegungen bei allen Fragen. Bricht alle Augenblicke in ein thörichtes albernes Lachen aus. Das Datum ihrer letzten Entbindung kann sie richtig und genau angeben. Ueber ihre Menses, die dabei vorkommen, resp. über die bei ihr vorhandenen menstrualen Beschwerden giebt sie sehr ungenaue Auskunft. In einem Briefe an die Angehörigen schreibt sie Mitte Juni allerlei unsinniges Zeug, beschuldigt ihren Mann, an allem Unglück Schuld zu haben, äussert Selbstanklagen, behauptet, alle ihre Sachen wären gestohlen. Im Laufe des Juni wird sie ruhiger und auch vergnügter, schreibt einen etwas geordneten Brief nach Hause und wird am 4. Juli gebessert nach Hause entlassen.

Fall 3. G. St., Ehefrau. 30. März 1900 bis 22. August 1900.
I p. 24 Jahre alt.

Hereditär belastet. Körperlich und geistig normal entwickelt. Mit 24 Jahren post partum acut unter Erregung mit Verwirrtheit erkrankt. Hallucinationen. Incohärenz. Hypermetamorphose. Wahnideen. Grössenideen. Nach mehreren Monaten völlig geheilt. Kein Recidiv.

Anamnese: Die Mutter der Kranken soll bei der ersten Entbindung denselben Zustand gehabt haben. Die Schwester der Mutter ist sehr nervös. Patientin ist immer gesund und kräftig und ruhigen Temperaments gewesen. Am 11. März wurde sie von Zwillingen entbunden. Das erste Kind wurde mit der Zange geholt, das zweite war abgestorben. Die Tage nach der Entbindung wurde sie grundlos gegen ihre Umgebung gereizt, wurde unruhig, unrein, konnte nur mit Gewalt im Bett gehalten werden. Verwirrte Reden: unter dem Bette sei der Teufel, lauter Schlangen kommen aus ihrem Leib.

Status: Körperlich: Mittelgross, gracil gebaut. Gesundes Aussehen. Schädel normal. Sonst kein pathologischer Befund.

Psychisch: Sie ist bei der Aufnahme ganz verwirrt. Verkennt ihre Umgebung. Führt ganz incohärente Reden. Auf Anreden reagirt sie nicht. Sie muss mehrere Tage hindurch katherisirt werden. Im Urin findet sich Eiweiss. Sie hält oft die Ohren zu oder blickt plötzlich starr in eine Richtung. Scheint zu halluciniren. Sie spricht beständig vor sich hin, springt plötzlich

auf, winkt mit der Hand und hält sich die Ohren zu. Sie spricht oft englisch, sagt das griechische Alphabet her oder singt. Die incohärenten, mit Ideenflucht und Hypermetamorphose einhergehenden Reden halten den ganzen April hindurch noch an. Die Stimmung ist meist gehoben. Mitte Mai wird sie geordneter in ihrem Verhalten und in ihren Reden. Zeigt Neigung zu allerlei Neckereien. Behauptet, sie sei garnicht verheirathet, sie heisse so und so. Es besteht bei ihr Beschäftigungsdrang. Im Juni schreibt sie einen geordneten Brief an ihren Mann. Sie ist noch sehr lebhaft, zeitweise auch erotisch. Die eingetretene Menstruation ändert nichts an dem Verhalten. Mitte Juni äussert sie Wahniddeen in einem Briefe an ihren Mann. Im Aeusseren ist sie sehr nachlässig. Sie läuft mit offenem Kleid und offenem Haar umher. Ist äusserst lebhaft, schwatzt, singt. Stark erotisch. Zu ihrer Lebhaftigkeit gesellt sich Unzufriedenheit. Gewisses gehobenes Selbstgefühl. Ihr ganzes Wesen zeigt einen übertriebenen enthusiastischen Charakter. Im Juli zeigt sie ein mehr geordnetes Wesen. Ist beim Besuch ihres Mannes diesem gegenüber freundlich und zärtlich und in Briefen an ihn sind die anfangs vorhandenen Grössenideen zurückgetreten. Mitte August setzt Krankheitseinsicht ein. Sie giebt zu, Stimmen gehört zu haben, und zwar in englischer Sprache, giebt auch zu, krank gewesen zu sein; sie wisse aber noch alles, was passirt sei. Doch ist sie noch sehr bemüht, für ihre Erkrankung äussere Gründe anzuführen. Entlassung.

Fall 4. R. R., Ehefrau, I p., 21 Jahre alt, 30. December 1899 bis 6. Juni 1900.

Keine Heredität. Körperlich und geistig normal entwickelt. Bisher stets gesund. Mit 19 Jahren geheiratet. Mit 21 Jahren post partum acute Erregung. Verwirrtheit. Angst. Depression. Nach mehreren Monaten völlig geheilt. Kein Recidiv.

Anamnese: Keine Heredität. Patientin war bisher stets gesund. Hat sich geistig und körperlich normal entwickelt. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren geheiratet. Vor 11 Wochen erfolgte in normaler Weise eine Geburt. Das Wochenbett verlief normal. Vor 4 Wochen hatte sie einen Magenkampf. Vor etwa 8 Tagen traten Zeichen von Geisteskrankheit auf. Sie lief fortwährend umher, schrie und weinte, legte grosse Unruhe an den Tag.

Status: Körperlich: Mittelgross. Gut genährt. Normale Puls- und Atem-Frequenz. Schädel symmetrisch. Zunge weicht etwas nach rechts ab und zittert stark. Keine Störungen der Sensibilität und Motilität. Auch sonst normaler Befund.

Psychisch: Sehr unruhig. Auf Fragen antwortet sie mit unverständlichem Murmeln. Hat einen sehr verwirrten Gesichtsausdruck. Hallucinat; meint, ihre Angehörigen wären da. Zeitweise ist sie sehr ängstlich, jammert, stöhnt und ist zu keiner Antwort zu bewegen. In ihren Bedürfnissen recht unrein, nässt ein und schmiert. Zweimal im Februar plötzlich Temperatursteigerung bis $39,8^{\circ}$, ohne dass ein bestimmter Grund dafür eruiert werden kann. Im März tritt Unruhe ein. Auf Fragen bekommt man immer noch keine Antwort, vielmehr macht Patientin eine geheimnissvolle Miene, hebt den Finger

hoch, als ob sie Schweigen gebieten wolle. Ende des Monats wird sie lebhafter, liest in der Bibel oder hält sie doch wenigstens vor sich. Sie nässt immer noch ein. Im April reagirt sie auf Fragen mit einem Lächeln, doch wird sie mit der Zeit freier und antwortet auch zuweilen. Im Mai arbeitet sie fleissig, behauptet, sie sei nie krank gewesen, sie wisse auch nicht, weshalb sie hierher gebracht sei. Die Stimmung bleibt gleichmässig freundlich, doch besteht keine Krankheitseinsicht. Anfang Juni gebessert entlassen.

In dieser Gruppe habe ich 4 Puerperalpsychosen zusammengestellt und zwar von Individuen, die ebenfalls noch in den Pubertätsjahren standen. Sie bieten gegen die anderen Fälle, speciell der Gruppe II, zu denen man sie auch rechnen muss, betreff des Beginns und der Zustandsbilder keinen Unterschied. Keiner der 4 Fälle gleicht dem andern. Sie verlaufen sämmtlich in relativ kurzer Zeit durchaus günstig.

Der Fall 1, eine Zweitgebärende, erkrankte acut mit Angstzustand. Auf Grund von Selbstvorwürfen, Selbstmordgedanken. Sie ist dabei ganz orientirt und empfindet ihre geistige Insufficienz vollkommen. In einigen Wochen war sie vollkommen genesen. Die Katamnese ergab, dass sie sich in kurzer Zeit wieder vollkommen ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter widmen konnte. Ihre Stimmung blieb immer gleichmässig. Sie zeigte in ihrem Wesen und Charakter keine Veränderung gegen früher; auch war keine verringerte Widerstandsfähigkeit gegen Aufregungen zu verzeichnen.

Der Fall 2 begann ebenfalls acut unter schwerer Angst auf Grund von Wahnideen und Hallucinationen. Sie war gänzlich unorientirt und widerstrebe in Folge ihrer furchtbaren Angst All und Jedem. Es schloss sich eine schwere motorische Unruhe an. Langsam wurde sie klarer, machte vorübergehend einen rathlosen Eindruck. Die Stimmung schlug dann um: sie war äusserst heiter, das Wesen wurde direct albern und läppisch. Die Briefe zeigten wie alle ihre Aeusserungen Incohärenz. Nachdem dann nochmals eine lange Periode von Angst gefolgt war, wurde sie ruhiger und vollkommen klar. Gebessert nach Hause entlassen.

Dasselbst wurde die Stimmung gleichmässig. Patientin erholte sich, vor allem auch körperlich. In einigen Wochen war sie so hergestellt, dass sie ihren Haushalt wieder vollkommen versah und sich in ihrem Wesen und Verhalten ganz wie früher zeigte. Die geistigen Fähigkeiten wiesen keinerlei Veränderung gegen früher auf. Bis jetzt erfolgte Geburten hatten normale Puerperien zur Folge.

Während Fall 1 im Wesentlichen nur ein Zustandsbild darbot, zeigte der letzte Fall mehrere Zustandsbilder, bot vorübergehend das Bild eines albernen Kindes; maniakalische und Angstzustände lösten

sich ab. Und doch verlief der Fall in relativ kurzer Zeit so ausserordentlich günstig.

Der Fall 3 zeigte zuerst eine ausgesprochene Verwirrtheit auf Grund von Hallucinationen. Dann folgte ein maniakalisches Zustandsbild mit blühenden Grössenideen. Die jetzt erhobene Anfrage ergab in allen Punkten einen durchaus günstigen Bescheid.

Fall 4 begann mit motorischer Unruhe, die von Verwirrtheit gefolgt war. An diese schloss sich ein Zustand von Angst und dann von Hemmung, indem Patientin sogar unrein wurde. Wahnideen waren die Ursache, dass sie vollkommen abweisend wurde, dann war sie freier; doch wurde sie ohne Krankheitseinsicht entlassen.

Chronologisch ist dies der älteste Fall. Was die Dauer des Verlaufes anlangt, so steht er auch an erster Stelle. Die Auskunft lautete jetzt ebenfalls absolut günstig.

Keiner der genannten Fälle gleicht, wie gesagt, einem andern. Aber etwas haben die Fälle doch gemein: die einzelnen Zustandsbilder sind sozusagen nicht voll entwickelt. Man kann den jeweiligen Zustand nicht als Manie, nicht als Verwirrtheit, nicht als Melancholie oder als Angstpsychose bezeichnen. In der Litteratur ist sogar ein Fall (Easterbrook) bekannt, wo bei einer juvenilen Puerperalpsychose sogar vorübergehend Symptome von Chorea und Epilepsie auftraten. Doch möchte man fast sagen, die Symptome sind alle oberflächlicher, nicht recht ausgebildet, rudimentär. Dasselbe zeigt sich ja ebenso typisch bei den Psychosen der Gruppe II und III. Dies Moment der geringen Zahl der Symptome, wie auch die hier wieder vorhandene Monotonie der Wahnideen lassen sich nur daraus erklären, dass es sich auch in diesen Fällen um noch nicht voll entwickelte Gehirne handelt, die complicirte Variationen derselben zu produciren nicht im Stande sind. So sind auch diese Fälle ein Beweis mit dafür, wie berechtigt es ist, die Psychosen der Pubertät mithin auch die Wochenbettspsychose derselben zusammenzufassen. Zugleich beweisen genannte Momente die Berechtigung der in den letzten Jahren immer intensiver aufgestellten Behauptung, dass es keine specifischen puerperalen Psychosen giebt. Unter diesen sind eine grosse Anzahl von Katatonien und Hebephrenien (Aschaffenburg, Vedrani u. A.).

Nun kurz die Beantwortung der Frage: sind diese Fälle geheilt? Sind hier die Forderungen, die wir früher für den Zustand der Heilung aufgestellt haben, erfüllt? Ja! Die Patienten leisten jetzt genau das, was sie vor ihrer Erkrankung geleistet haben. Ihre Handlungen beweisen, dass ihre gesammte geistige Persönlichkeit, besonders in Bezug auf die ethischen und altruistischen Gefühle dieselben geblieben ist, dass

speciell bei diesen weiblichen Fällen das Gefühl für Schicklichkeit keine Beeinträchtigung erlitten hat, auch kein Mangel an Schamgefühl zu bemerken ist.

Dass ich hier nur Psychosen, die jedesmal zu einem guten Ende geführt haben, beibringen kann, ist als ein Zufall zu bezeichnen. Immerhin ist es wieder ein Beweis dafür, dass Psychosen, speciell Pubertätspsychosen zu einer vollkommenen Heilung führen können. Die gute Prognose der Puerperalpsychosen war schon immer betont und besonders war hervorgehoben, dass jüngere Individuen rascher genesen wie ältere (Gilbert, Hoppe u. A). Aber auch hier gelingt es wieder nicht, aus den einzelnen Symptomen einen Schluss auf die Prognose zu ziehen. Lang anhaltender Stupor wurde öfter als ungünstig für dieselbe angeführt. Unsere Fälle sind jedenfalls kein Beweis dagegen. Aber sie beweisen gleichzeitig, dass die Neigung zu Recidiven und periodischem Auftreten (Wernicke) nicht so eminent gross sein kann.

Zusammenfassung.

Der Zweck vorstehender Ausführungen und Beispiele war ein Versuch, zu beweisen, wie berechtigt es ist, die geistigen Erkrankungen der Pubertät zusammenzufassen. Letztere ist dadurch, dass zu dieser Zeit das Gehirn zu dem Abschluss seiner Entwicklung kommt, eminent wichtig. Die geistigen Erkrankungen, die sich so auf dem Boden eines noch unfertigen Gehirns entwickeln, zeigen in ihrem Beginn, Verlauf und ihren Zustandsbildern ganz charakteristische Züge. Man erkennt in ihnen immer wieder, dass das noch nicht vollkommen entwickelte Gehirn nicht im Stande ist, so complicirte und zahlreiche Symptome zu produciren wie ein fertiges Gehirn. Dieselben Characteristica bieten die psychischen Zustände, in denen es auch ohne Psychose zu einer geistigen Erkrankung, zu einem geistigen Stillstand kommt. Sie gehören mit in die Gruppe des Jugendirreseins.

Auf der anderen Seite war der Zweck dieser Ausführungen nach Festlegung des Begriffes „Heilung“ auf katamnestischen Wege durch Beispiele zu beweisen, dass die Psychosen der Pubertät, selbst, wenn sie schwere Stadien durchgemacht haben, nicht immer zu einer Verblödung oder zum geistigen Stillstand zu führen brauchen, sondern auch dauernde Heilungen möglich sind. Um ganz offen zu lassen, wie nun das Ende der psychischen Erkrankung sich gestaltet, werden die geistigen Störungen der Pubertät als Jugendirresein bezeichnet.

Unter Berücksichtigung vorerwähnter Momente empfiehlt es sich dann, folgende 4 Untergruppen des Jugendirreseins zu unterscheiden:

1. Stillstand der geistigen Entwicklung als vorzeitiger Abschluss in der Pubertät.

Die Individuen haben sich bisher geistig normal entwickelt; bisher erworbenes Geisteskapital geht nicht verloren; die Symptome sind: Armut an Gedanken und Vorstellungen unter Berücksichtigung von Alter und Erziehung; Schwäche der Aufmerksamkeit, Mangel an Energie und Ausdauer, Schwäche des Kritik- und Urtheilsvermögens. Eigentliche psychotische Symptome fehlen. Die Kranken fallen aus ihrem Milieu heraus.

2. Ausgesprochene Psychose im Pubertätsalter unter Einschluss der Pueralpsychosen:

Auter und subacuter Beginn; Orientirung kann erhalten sein: Desorientirung und völlige Benommenheit ist auch möglich.

Grosse Mannigfaltigkeit der Zustandsbilder aber ohne jeden Einfluss auf den Ausgang der Psychose.

Aufmerksamkeit schwer gestört; Auffassungsvermögen erhalten; desgleichen Gedächtniss und Merkfähigkeit; Urtheils- und Kritikvermögen geschädigt. Monotonie der Wahnideen. Disharmonie zwischen äusserm Verhalten des Kranken und ihrer Wahnideen. Minderung des Affects.

Ausgang entweder in Heilung oder in Stillstand der geistigen Entwicklung cfr. Abschnitt I.

Heilung ist vorhanden, wenn die Individuen im Vergleich zu der Zeit vor der Erkrankung keine wesentliche Veränderung ihrer gesammten geistigen Persönlichkeit aufzuweisen haben und ihre sociale Leistungsfähigkeit im practischen Leben keine Einbusse gegen die frühere Zeit erlitten hat.

3. Die Psychose verläuft in mehreren Schüben.

Beginn und Zustandsbilder gleichen denen der Gruppe II. Hier finden sich auch mehr katatonische Symptome. Je ständiger und anhaltender diese werden, um so trauriger die Prognose.

Ausgang: Die geistigen Fähigkeiten werden von Schub zu Schub geringer, also kein Stillstand, sondern Defect im Sinne eines Verlustes des bisher erworbenen geistigen Kapitals. Das Stadium der Verblödung wird sicher erreicht:

Bei erhaltener Orientirung und bei Erhaltensein eines wenn auch geringen geistigen Kapitals grosse Wunsch- und Bedürfnisslosigkeit, Fehlen von Initiative und Interesse, Mangel an Aufmerksamkeit und Denkträgeit, besonders grosse Urtheilsschwäche, triebartiges Dahinleben. Im Allgemeinen sind die Kranken in Folge des Verlustes der geistigen Selbstständigkeit im Verhalten mit den Imbecillen zu vergleichen.

3a. Tritt die Psychose so auf, dass Attauen von totaler Verwirrtheit,

welche 5—6 Tage oder 2—3 Wochen anhalten, mit Intervallen von völliger Lucidität von verhältnissmässig kurzer Dauer sich abwechseln, so kann der Patient jahrelang an diesen Erscheinungen leiden, ohne dass eine ausgesprochene Verblödung zu Stande kommt. Prognostisch scheint diese specielle Unterform nicht günstig zu sein, wenigstens sind Heilungen nicht beobachtet.

4. Psychose führt nach verhältnissmässig kurzem Verlauf zur absoluten Verblödung:

Beginn und Zustandsbilder gleichen im Allgemeinen denen der Gruppe II und III, nur an Zahl sind letztere geringer. Die stets vorhandenen katatonen Symptome werden constant. Gelegentlich Erregungszustand.

Das Endstadium kennzeichnet sich folgendermaassen: Orientierung verschwunden. Aufmerksamkeit gleich Null. Auffassungsvermögen: stärker geschädigt. Gedächtniss: grobe Lücken. Willenskraft auf dem tiefsten Niveau. Gemüth: vollkommen abgestumpft.

Die Fälle ähneln der Idiotie schwereren Grades.

5. Die Pubertätspsychose pflanzt sich auf eine schon vorhandene Imbecillität auf. Ein durch die Psychose hervorgerufener Verblödungszustand kann bei nicht genauer Kenntniss der Anamnese leicht vortäuscht werden.

Die Endzustände gleichen denen der Gruppe III oder IV.

Meinem früheren hochverehrten Chef, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Cramer, spreche ich auch an dieser Stelle für die Anregung zu vorliegender Arbeit, und Herrn Oberarzt, Prof. Dr. Weber für seine liebenswürdige Unterstützung meinen verbindlichsten Dank aus.

Literaturverzeichniss.

Anton, G., Ueber Nerven und Geisteskrankheiten in der Zeit der Geschlechtsreife. Wiener klin. Wochensher. No. 44.

Anton, G., Ueber Ermüdung der Kinder im gesunden und kranken Zustande. Halle a. S. Markhold. 1900.

Aschaffenburg, Katatonie. Ref. aus der 28. Vers. der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe, 1897. Ref. Neur. Centralbl. XVII. S. 86/87.

Aschaffenburg, Die klinischen Formen der Puerperalpsychosen. Vortr. auf 31. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte. 1900. Karlsruhe. Ref. Neur. Centralbl. S. 1155.

Ball, P., De la folie de la puberté ou hébéphrénie. Leçon clinique. (L'encéphale. 1884. 1.) Ref. Neur. Centralbl. IV. S. 65.

Behr, Zur Aetiologye der Puerperalpsychosen. Vortrag aus der 34. Vers. des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens 1899 in Porta Westphalica. Autoref. Neur. Centralbl. XVIII. S. 522.

Benda, Th., Die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. (Gesunde Jugend. II. Leipzig u. Berlin. 1902.) Ref. Neur. Centralbl. 1904. S. 191.

Bernstein, Ueber die Dementia praecox. Allg. Zeitschr. für Psychiatr. LX. S. 554.

Bertschinger, H., Die Verblödungspsychosen in der kantonalen Pflege-Anstalt Rheinau. Allg. Zeitsch. f. Psych. LVIII. S. 269.

Berze, J., Ueber moralische Defectzustände. Jahrb. für Psych. und Neurol. 1896. XXV.

Binswanger, O., Ueber die Beziehung des moralischen Irreseins zu der erblich degenerativen Geistesstörung. Samml. klinischer Vorträge von Rich. v. Volkmann. 1897.

Binswanger und Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie. Herausgegeben unter Mitwirkung v. Cramer, Hoche, Wollenberg und Westphal. Jena.

Christian, E., Sur l'hébéphrénie. Vortr. a. d. 12. intern. med. Congr. Moskau 1897. Ref. Neur. Centralbl. XVI. S. 925.

Conolly, N., Dementia praecox. Brit. med. Journ. 1904. S. 972.

Cramer, A., Ueber moralische Idiotie. Vortr. a. d. Vers. deutsch. Naturf. u. Aerzte. Düsseldorf 1898. Ref. Neur. Centralbl. XVII. S. 1015.

Cramer, A., Entwickelungsjahre und Gesetzgebung. Rede z. Feier d. Geburtstages S. M. d. Kaisers und Königs. Göttingen 1902.

Cramer, A., Ueber Jugendirresein. Allg. Ztschr. f. Psych. LXII. S. 640.

Dąraskiewicz, L., Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Inaug.-Diss. Dorpat 1892. Ref. Neurol. Centralbl. XII. S. 247.

Deiters, Beitrag zur gerichtsärztlichen Beurtheilung der höheren Stufen der Imbecillität. Allg. Ztschr. f. Psych. LVI. S. 135.

Deny, Des démences vésaniques. Vortr. u. Disk. a. d. 15. Vers. d. Psych. u. Neurol. Frankr. u. d. franz. sprech. Länder in Pan. 1904. Ref. i. Neurol. Centralbl. 1904. S. 1152.

Deschi, K., Ein Fall von Jugendirresein. Jahrb. des hauptstädt. Spitäles zu Budapest. 1903. Ref. Neurol. Centralbl. 1904. No. 18.

Deschi, K., Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Klinikaifüzetek. 1905. No. 4. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 820.

Dornblüth, Ein geheilter Fall von Dementia acuta.

Easterbroock, C. C., An attack of epilepsy (status epilepticus) followed within six weeks by an attack of chorea, occurring in a patient suffering from acute puerperal insanity. Journal of Ment. Science. 1900. Jena.

Elmiger, Ueber 49 Fälle von Pubertätsirresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LVII. S. 490.

Fink, Beitrag zur Kenntniss des Jugendirreseins. Ztschr. f. Psych. XXXVII.

Finzi, J. und Vedrani, A., Contributo clinico allo dottrino della demenza precoce. (Riv. speriment. di Freniatria XXV). Ref. Neurol. Centralbl. XVIII. S. 995.

Gilmox, Anilelo, Insanity of the puerperium. (Journ. of nervous and disease ment. XVII. 1892.) Ref. Neurol. Centralbl. XII. S. 238.

Hecker, Hebephrenie. Virchow's Arch. f. path. Anatomie. LII.

Jahrmärker, M., Zur Frage der Dementia praecox. Habilitationsschr. Marchold. Halle a. S. 1902.

Jastrowitz, Demonstration einiger Fälle von Dementia praecox. Vortrag im Psych. Verein Berlin. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 175.

Ilberg, G., Das Jugendirresein. (Hebephrenie und Katatonie.) Volkmann's Sammlung klin. Vortr. 1898. N. F. 224.

Ilberg, G., Zur Bedeutung der Katatonie. Allg. Zeitschr. für Psych. LV. S. 417.

Ilberg, G., Ueber Geistesstörungen in der Armee zur Friedenszeit. Halle a. S. 1903. Marchold.

Kaes, Th., Ueber den Faserreichthum der 2. und 3. Meynert'schen Schicht, sowie über vergleichende Messungen der gesamten Hirnrinde und deren einzelner Schichten. Neurol. Centralbl. XII. S. 119.

Kaes, Th., Ueber die markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde des Menschen. Neurol. Centralbl. XIII. S. 410.

Kaes, Th., Die Rindenbreite als wesentlicher Faktor zur Beurtheilung der Entwicklung des Gehirns und namentlich der Intelligenz. Neur. Centralblatt XXIV. S. 1026.

Kahlbaum, Die Katatonie.

Kahlbaum, Heboidophrenie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. XLVI. Heft IV.

Kemmler, P., Ueber Depressionsformen des jugendlichen Alters und ihre Prognose. Vortr. a. d. 20. Wandervers. der südwestd. Neurologen und Irrenärzte. Baden-Baden. 1895. Ref. Neurol. Centralbl. XIV. S. 662.

Kiefer, Ein Fall von Hebephrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. XLVIII.

Kraepelin, E., Ueber Remissionen in der Katatonie. Vortrag. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. LII.

Kraepelin, E., Ziele und Wege der klinischen Psychiatrie. Vortrag. Ref. Allg. f. Ztschr. f. Psych. LIII.

Kraepelin, E., Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. Vortrag auf der 29. Vers. südwest. Irrenärzte. 1898. Heidelberg. Ref. Neurolog. Centralbl. XVIII. S. 91.

Kraepelin, E., Psychiatrie, Lehrbuch. VII. Aufl.

Mairet, Folie de la puberté. Leçons cliniques. Annal. médicopsych. 1888/9. Ref. Neurol. Centralbl. VIII. S. 596.

Malschin, A. J., Klinische Beobachtungen über die unter dem Namen „Dementia praecox juvenilis“ beschriebene Form von terminalem Blödsinn. Vortr. i. d. Sitzg. d. Neurol. u. Irrenärzte. Moskau 1894.

Marandon de Montyel et Mongeri, Les formes de la démence précoce. Annal. médicopsych. 9. Serie II. 1905. Sept./Oct. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 1155.

Marandon de Montyel, Les formes de la démence précoce. Gaz. des hôpitaux. 1905. No. 6. S. 63. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 368.

Marchand, F., Ueber das Hirngewicht des Menschen. 1902.

Marro, La puberté, ses rapports, avec l'anthropologie, la physiologie et la psychiatrie. (Bulletin de la société médic. ment. de Belgique. 1894.) Ref. Neurol. Centralbl. XIV. S. 838.

Marro, Le psicosi della pubertà. Estratto dallo studio „la pubertà“ nel corso di pubblicazione negli annali dei freniatri. 1906. Torino. Ref. Neurolog. Centralbl. XV. S. 1088.

Masselon, R., Un cas de forme fruste de démence précoce. Arch. de neurol. XVII. 1904. No. 102. Ref. Neurol. Centralbl. 1905. S. 132.

Mcconaghey, J. C., Adolescent insanity: a Protest against the use of the term „Dementia praecox.“ Journ. of ment. science. Vol. LI., 213. IV. 1905.

Meeus, Considérations générales sur la signification clinique de la démence précoce. Ann. médico.-psycholog. 62. Jahrg. pag. 207.

Meyer, E., Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Berliner klin. Wochenschr. 1901. No. 31.

Meyer, E., Aus der Begutachtung Marineangehöriger. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. 39. Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 822.

Meynert, Die psychiatrische Diagnose und der Richterstuhl. Wiener klin. Wochenschr. 1891. No. 24 u. 25.

Moravcsik, E., Ueber katatonische Geistesstörung. Vortrag i. d. Gesellsch. d. Spitalärzte zu Budapest. 1903. Ref. Neur. Centralbl. 1904. No. 18.

Moravcsik, E., Katatonie. Vortr. u. Disk. i. d. psych. neur. Section d. Kgl. Aerztevereins. Budapest. 1905. Ref. Neur. Centralbl. 1905. S. 875/78.

Mucha, H., Bemerkungen zur Lehre von der Katatonie. Vortrag auf der 4. Versamml. mitteldeutsch. Psych. u. Neur. Dresden. 1898. Ref. Neur. Centralbl. XVII. S. 1108.

Mucha, H., Ein Fall von Katatonie im Anschluss an die erste Menstruation. Neur. Centralbl. 1902. S. 937.

Müller, Erdm., Ueber „Moral insanity“. Arch. f. Psych. 1898. XXXI.

Näcke, P., Zur Frage der sog. Moral insanity. Neur. Centralbl. XV. S. 484.

Näcke, P., Weiteres z. Kapitel der Moral insanity. Neur. Centralbl. XV. S. 678.

Näcke, P., Ueber die sog. Moral insanity. Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens. Löwenfeld u. Kurella. Wiesbaden. 1902. Bergmann. Ref. Neur. Centralbl. 1903. S. 90.

Näcke, P., Kritisches zur Lehre der „Moral insanity“. Psych. Wochenschr. 1899. No. 13.

Näcke, P., Einige Punkte aus der Lehre der sog. „Moral insanity“. Psych. neur. Wochenschr. 1906. No. 13.

Paris, M., Contribution à l'étude de la catatonie. (Catatonie et démence précoce?). Arch. de neurol. No. 95. Ref. Neur. Centralbl. 1904. No. XVIII.

Parant, V., D'une prétendue entité morbide dite démence précoce. Ann. méd. psych. IX. série. T. 1905. S. 229. Ref. Neur. Centralbl. XXIV. S. 283.

Pfersdorff, K., Die Remissionen der Dementia praecox. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 55. 1904. S. 488ff. Ref. C. f. Neur. u. Psych. 1906. S. 79.

Pick, Ueber primäre chronische Demenz (sogen. *Dementia praecox*) im jugendlichen Alter. *Prager med. Wochenschr.* 1891. 25/27. Ref. *Neur. Centralbl.* XI. S. 290.

Puppe, Der Geisteszustand jugendlicher Crimineller. *Verhandl. d. I. Tag. d. deutsch. Gesellsch. f. gerichtl. Medicin.* Meran. *Vierteljahrsschr. für gerichtl. Medicin.* April 1906.

Rienecker, Ueber Hebephrenie. *Vortrag im Verein deutsch. Irrenärzte.* 1880. Ref. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* XXXVII.

Reuter, C., Auf Grundlage von Imbecillität entstandene Psychosen. (*Orvosi Hetilap.* 1905. No. 1.) Ref. *Neur. Centralbl.* 1905. S. 465.

Sachs, B., *Dementia praecox.* *Journ. of Nerv. u. Ment. Disease.* 1905. Juni. Ref. *Neur. Centralbl.* 1905. S. 866.

Scholz, L., Ueber Pubertätsschwachsinn. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LIII. S. 912.

Schott, A., Mord bzw. Todtschlag u. *Dementia praecox.* *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.* October 1905.

Schulze, H., Ueber Moral insanity. *Inaug.-Diss.* Berlin. 1901. Ref. *Neur. Centralbl.* 1901. S. 872.

Serbsky, W., Contribution à l'étude de la démence précoce. *Annal. médico-psych.* 1903. Novemb.-Decemb. 1904. März-April. Ref. *Neur. Centralbl.* 1905. S. 83.

Stransky, E., Zur Lehre von der *Dementia praecox.* *Centralbl. f. Nervenh. u. Psych.* No. 168.

Stransky, E., Zur Auffassung gewisser Symptome der *Dementia praecox.* *Neur. Centralbl.* 1904. S. 1074 u. 1137.

Stransky, E., Sprachverwirrtheit.

Thoma, E., Leicht abnorme Kinder.

Trömner, E., Ueber jugendliche Verblödungsprocesse. *Vortr. i. ärztl. Verein in Hamburg.* 1899. Ref. *Neur. Centralbl.* XVIII. S. 1066.

Trömner, E., Das Jugendirresein (*Dementia praecox*). *Sammlung zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Nerven- u. Geisteskrankh.* Abth. III. Bd. Heft V. Halle a. S. 1900.

Tuczek, F., Ueber Begriff u. Bedeutung der Demenz. *Monatsschr. f. Psych. u. Neur.* Bd. XIV. Heft 1.

Vedraud, A., Sulla cosi detta fracosi puerperale. (*Bollett. del Manic. prov. di Ferrara VI.*) Ref. i. *Neur. Centralbl.* XVIII. S. 807.

Vigouroux, Contribution à l'étude de la démence précoce. *Annal. médico-psych.* LII. 1. 1894. Ref. *Neur. Centralbl.* 13. S. 200.

Ziehen, Th., Pubertätspsychosen. Ref. a. d. 13. intern. med. Congr. Paris. 1900. Ref. *Neur. Centralbl.* XIX. S. 874.

Ziehen, Th., Psychiatrie. *Lehrbuch.* 2. Aufl. 1902.

Ziehen, Th., Psychosen im Kindesalter.