



# Beiträge

zur

## Lehre vom Irresein im Kindesalter.

---

### Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doctorwürde

vorgelegt der

Hohen medicinischen Facultät

der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br.

von

**Karl Tremoth**

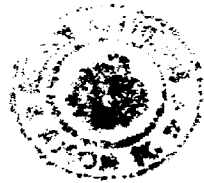
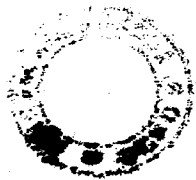
aus Stetten bei Lörrach,  
Assistent der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br.



München

Verlag von J. F. Lehmann

1891.



# Beiträge

zur

## Lehre vom Irresein im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doctorwürde

vorgelegt der

Hohen medicinischen Facultät

der Albert-Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br.

von

**Karl Tremoth**

aus Stetten bei Lörrach,

Assistent der psychiatrischen Klinik in Freiburg i. Br.



München

Verlag von J. F. Lehmann

1891.



Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.

Decan: *Prof. Emminghaus.*

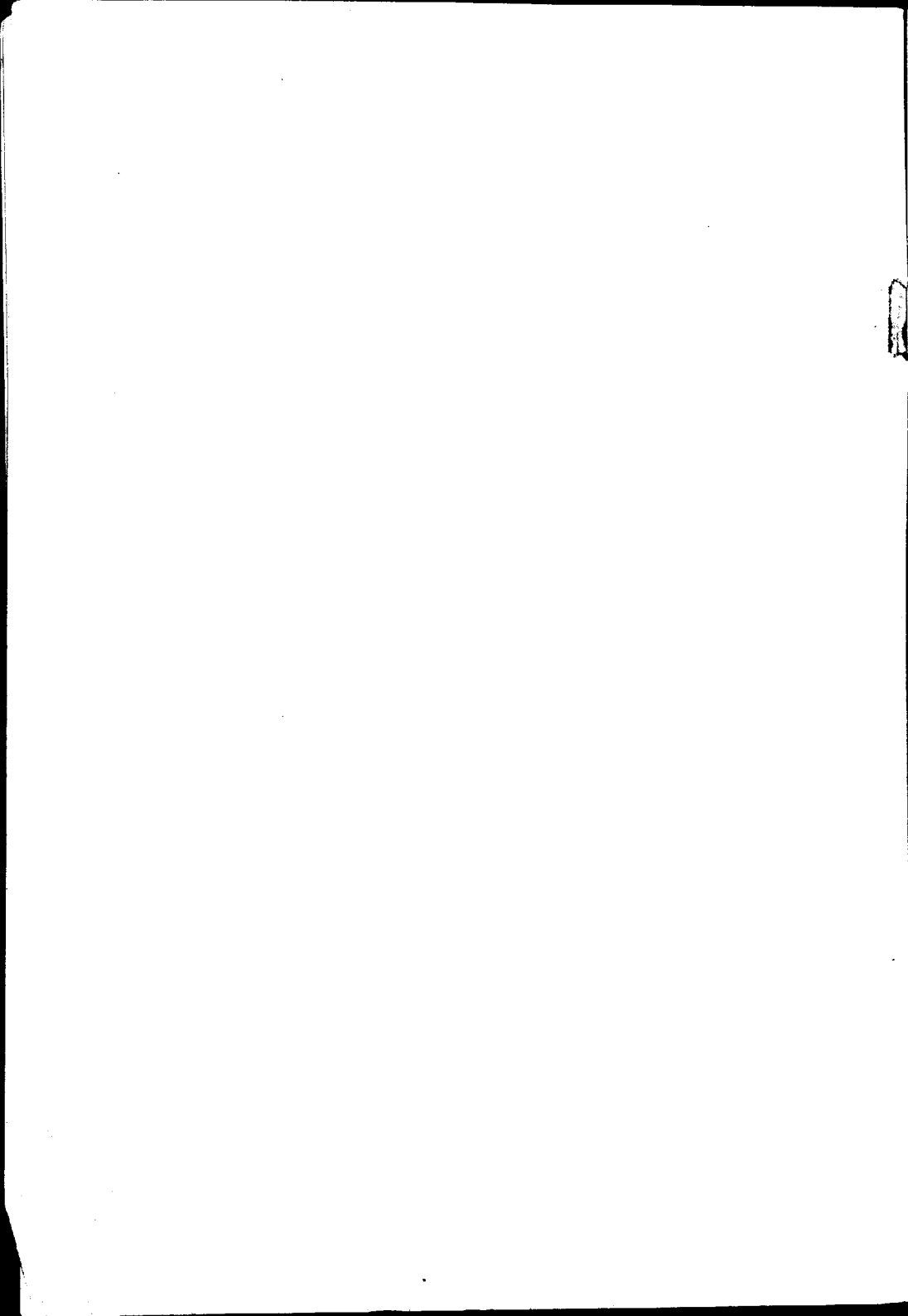
Referent: *Prof. Emminghaus.*

*Separat-Abdruck aus der Münchener Medicin. Wochenschrift.*

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.



Als Berkhan im Jahrgang 1863 des Correspondenzblattes für Psychiatrie die erste Skizze einer Monographie der Kinderpsychosen veröffentlichte, fügte er in einem Schlusssatz bei:

Es ist wünschenswerth, dass durch Veröffentlichung von möglichst vielen Fällen das sehr spärliche Material über Kinderpsychosen vermehrt werde.

Diese Worte gelten in ihrem vollen Umfange heute noch. Das Material an Beobachtungen über Kinderpsychosen beträgt nach Emminghaus<sup>1)</sup> 200 Fälle, von denen viele nur sehr kurz beschrieben sind.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> H. Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Nachtrag II. Tübingen, 1887, p. 63.

<sup>2)</sup> Seit dem Erscheinen dieses Werkes (1887) sind ausser den Fällen, welche in Moreau, Irrsinn im Kindesalter, Deutsch von Galati, Stuttgart 1889, erwähnt sind, als neu, soweit mir bekannt ist, folgende hinzu gekommen:

Demme, Wiener med. Blätter, XI, 52. 1888.

Schmidt's Jahrbücher, Bd. 22, S. 265. (2 Fälle).

Mendel, Deutsche med. Wochenschrift 1889. 11. S. 206. (1 Fall).  
v. Pfungen, Jahrb. f. Psych. V. 1884. (1 Fall).

Forel, Schweizer Corresp.-Bl. S. 55. 1890.

Berger, Arch. f. Psych., Bd. 18, H. 3. Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei einem 10 jährigen Mädchen. (1 Fall).

Henoch, Psychose im Anschluss an Urämie bei einem Kinde. Berl. klin. Wochenschrift XXV, Nr. 12, S. 241. (1 Fall).

H. Croce, Un caso di tic convulsivo con ecolalia, coprolalia e melolalia. Lombroso's Archiv, 1890 H. 2. (1 Fall).

Dornblüth, Neurol. Centralblatt, 1887, Nr. 12. (Dementia acuta bei einem 15 jährigen Knaben). (1 Fall).

Cohn, Berl. klin. Wochenschrift, 1888, Nr. 52. Delirium tremens bei einem 5 jährigen Knaben. (1 Fall).

M. Bride, Periodisches Delirium auf Grund von Malaria bei einem Kinde. Med. Stand. Juli 1888.

Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, darzulegen, inwieweit die Zahl der beobachteten Fälle Anhaltspunkte giebt für die relative Häufigkeit der Kinderpsychosen.

Die Schwierigkeiten, die einer sicheren Statistik über diesen Gegenstand im Wege liegen, sind bereits von Emminghaus<sup>3)</sup> dargelegt worden. Immerhin trägt die Statistik der hiesigen Klinik dazu bei, den bis jetzt eingenommenen Standpunkt zu bekräftigen, dass die ausgesprochenen Fälle von Irresein im Kindesalter selten sind und vor allen Dingen selten im frühen Kindesalter.

Vierordt<sup>4)</sup> erwähnt in der »Physiologie des Kindesalters« die Erfahrung, dass selbst in den späteren Jahren des eigentlichen Kindesalters Geistesstörungen (im engeren Sinn) nur in ausserordentlich vereinzeltten Fällen vorkommen.

Oefter kann indessen, wie ich nicht glaube unerwähnt lassen zu dürfen, bei den in späteren Lebensaltern sich manifestirenden Psychosen eine psychische Anomalie in das Kindesalter zurückverfolgt werden, irgend eine geistige Abweichung von dem Durchschnittstypus der kindlichen Geistesrichtung in dem betreffenden Alter, wie sie bei der von Sander aufgestellten Form von originärer Verrücktheit sehr deutlich zu Tage tritt. Bis jetzt ist es nicht gelungen, für Irreseinsformen, die erst im späteren Lebensalter als solche erkannt werden, typische und regelmässig wiederkehrende geistige Anomalien im Kindesalter zu finden, ausser bei der soeben erwähnten originären Paranoia, welche ihre Aufstellung als klinisches Krankheitsbild gerade diesem Umstand verdankt.

Genauere Beobachtungen über die einzelnen Factoren des kindlichen Seelenlebens, wobei wir hauptsächlich auf die Mit-

Doernberger, Zur Casuistik der Psychosen im Kindesalter. Münch. med. Wochenschrift 1891, Nr. 27.

Ueber Hysterie bei Kindern sind in letzter Zeit mehrere Publicationen gemacht worden. Eine grössere Casuistik liefern:

Riesenfeld, Inaug.-Dissert., Kiel, 1887. Ueber Hysterie bei Kindern (19 Fälle).

Marc Duvoisin, Dissert., Basel, 1889, Ueber infantile Hysterie (24 Fälle).

H. v. Fitzen-Hennig, Dissert., Freiburg, 1890, Ueber Hysterie bei Kindern (5 Fälle).

<sup>3)</sup> a. a. O. p. 27.

<sup>4)</sup> Vierordt, Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1881, I. p. 478.

wirkung der Kinderärzte rechnen und eine besser gekannte Psychologie des Kindesalters, wie sie besonders in den von Preyer<sup>5)</sup> mit grosser Mühe angestellten Versuchen angestrebt wurden, werden vielleicht in dieser Hinsicht neue Perspektiven eröffnen.

Die Anamnesen unserer Krankengeschichten ergeben in dieser Hinsicht nichts Neues.

Erwähnen will ich aber bezüglich geistiger Abnormitäten im Kindesalter einen Fall von secundärer Paranoia, der augenblicklich in hiesiger Klinik behandelt wird, wo Masturbation und öfters auftretender Lebensüberdruß schon in einer frühen Lebensperiode, vom 8. Jahre an, auftreten. Diese Angabe hat allerdings nur einen bedingten Werth, da sie von der Kranken selbst gemacht wurde in einer verhältnissmässig luciden Periode von Melancholie. Die Kranke machte später während ihrer Ehe verschiedene Selbstmordversuche, bot hier in der Klinik zuerst das Bild einer schweren Melancholie, dann dasjenige einer maniakalischen Exaltation, jetzt das eines Verfolgungswahns sexuellen Inhalts.

Von ausgesprochenen Psychosen, welche in den Kinderjahren jetzt erwachsener Pfleglinge unserer Klinik aufgetreten sind, berichten nur 2 Anamnesen.

Der eine Fall betrifft einen Kranken A. S., der als Knabe von 11 Jahren im Hospital zu B. 9 Wochen lang wegen acuter Geistesstörung, welche wahrscheinlich Manie war, behandelt wurde. Augenblicklich befindet sich derselbe, 20 Jahre alt, in der hiesigen Klinik wegen recurrirender Manie, bei welcher die Anfälle immer atypischer werden und auch in den freien Zwischenzeiten eine Veränderung der psychischen Persönlichkeit bemerkt wird.

Der 2. Fall, K. Sch., betrifft einen jungen Menschen von jetzt 17 Jahren, der nach einer kurz dauernden tobsüchtigen Verwirrtheit in einen eigenthümlichen stuporösen Zustand verfiel, welcher anscheinend von Sinnestäuschungen veranlasst und beherrscht ist und jetzt allmählich zu schwinden scheint. Vor 3 Jahren, als 14jähriger Knabe, litt derselbe schon 6 Wochen lang an einer acuten Geistesstörung, die nach der Beschreibung ebenfalls als hallucinatorische Verwirrtheit aufgefasst werden muss. Aus den Angaben der Angehörigen über das Verhalten des Patienten in den 3 letzten Jahren muss man entnehmen, dass ein bedeutender Stillstand in der geistigen Entwicklung des in der Schulzeit als sehr begabt erfundenen Knaben eingetreten ist.

<sup>5)</sup> W. Preyer, Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren. Leipzig, 1884.

Eine Unterscheidung der infantilen Irrescinsformen von den Psychosen des Pubertätsalters, welchem nach neueren klinischen Forschungen spezifische Krankheitsbilder zuzukommen scheinen<sup>10)</sup>, kommt in Folge des Alters, 16 und 14 Jahre, in 3 von den zu erwähnenden Fällen in Betracht. Dieselben müssen aber wegen des durchaus kindlichen Habitus, welchen sie darbieten, in den Bereich des Kindesalters gestellt werden. Anzeichen von Pubertätsentwicklung waren in Fall I und II auch nach Ablauf der Krankheit nicht zu bemerken; bei Fall IV waren sie gegeben durch die beginnende Entwicklung der Pubes, aber die Krankheit hatte schon vor diesem geschlechtlichen Vorgang eingesetzt.

Den Fall von Epilepsie will ich beiläufig kurz erwähnen:

A. Sch., ein bis jetzt vollständig gesunder Knabe von 9 Jahren, hereditär nicht belastet, wurde im Juni 1889 mit Wein derartig betrunken gemacht<sup>11)</sup>, dass er einige Tage bewusstlos war. Seit dieser Zeit litt er fast täglich an ächten epileptischen Anfällen. Auch geistig war er seither nicht mehr derselbe wie bisher. Allerdings zeigte er keine sehr auffälligen positiven, sondern mehr negativen, aber doch für die Hirnneurose bezeichnende Abnormitäten. Es fiel auf, dass er sehr vergesslich wurde und in der Schule nicht mehr gut lernte. Er wurde ungeheilt aus der Anstalt entlassen und spätere Erkundigungen haben ergeben, dass die Krankheit unverändert fortbesteht.

I. C. S., 16 Jahre alt, Hirtenknabe, aufgenommen 1. X. 1887, geheilt entlassen 17. III. 1888.

Anamnese: Vater starb am Typhus, Mutter im Wochenbett. 4 Geschwister leben und sind gesund. Ein Onkel mütterlicherseits war in der Irrenanstalt.

Als Kind war Patient nie krank, zeigte in der Schule grosse Wissbegierde und war der erste Schüler. Später machte sich bei ihm die Neigung bemerkbar, religiöse Schriften zu lesen und sich an der Lösung von Räthseln zu versuchen. Um dies ungestört thun zu können, suchte er die Einsamkeit auf. Nach der Entlassung aus der Schule wurde Patient mit dem Hüten des Viehs beschäftigt.

Die jetzige Erkrankung begann ohne bekannte Veranlassung vor einem Vierteljahre.

Juli 1887. Man bemerkte an dem Patienten allmählich ein verändertes Wesen. Er sprach wenig, wurde menschenfurcht, blieb oft stundenlang an einer Stelle stehen und starrte vor sich hin; zur Arbeit konnte er nicht mehr verwendet werden. In der letzten Zeit war die

<sup>10)</sup> Kahlbaum u. A.

<sup>11)</sup> a. a. O. p. 287. Fälle von Geistesstörung nach einmaligem schweren Alkohol excess erwähnt Emminghaus, ausserdem Fall von Delirium tremens im Kindesalter: Cohn, Berliner klin. Wochenschrift XV. Nr. 52.

Nahrungsaufnahme vermindert. Auch Sinnestäuschungen sollen beobachtet worden sein. Welcher Art dieselben waren, lässt sich nicht mehr feststellen.

Status praesens: Patient ist einfach, aber sauber gekleidet; die Körpergrösse entspricht seinem Alter. Er ist schlecht genährt; das Körpergewicht beträgt 49,9 kg. Das Aussehen ist blass, die Haltung schlaff, die Körpertemperatur nicht erhöht. Der Schädel zeigt keine abnorme Configurationen. Es besteht geringer Exophthalmus. Die Pupillen sind weit, beiderseits gleich, reagieren gut. Die Zunge ist etwas belegt, geringer Fötur ex ore. Lungenbefund normal. Spitzenschlag des Herzens im 4. Intercostalraum gut fingerbreit innerhalb der Papillarlinie fühlbar, hebend. An der Herzspitze neben dem ersten Ton ein leichtes blasendes Geräusch hörbar, an der Inguinalis Venensaussen. Puls 80 p. M., voll und regelmässig. Motilität ist nicht gestört. Berührungs- und Schmerzempfindung allenthalben etwas herabgesetzt. Patellarreflex fehlt beiderseits.

Das Bewusstsein des Patienten ist klar, er weiss genau, was mit ihm vorgeht. Man bemerkt dies an dem Gesichtsausdruck beim Abschied von seinem Bruder. Während derselbe sonst stumpf und leer ist, wird er dabei schmerzlich und er fängt an zu weinen mit wenig Thränen. Auf Fragen giebt er keine Antwort; nach wie vor bleibt sein Blick auf eine Stelle am Boden geheftet. Kindlicher Habitus. Pubes fehlen.

Decursus morbi. 5. X. Patient schläft gut, hat den Tag über im Bette die Augen meist geschlossen; wenn man ihn anredet, kneift er Augen und Mund fest zusammen. Die Nahrungsaufnahme bestand in 1 Tasse Kaffee, 1 Teller Suppe und 1 Brod.

6. X. Starker Speichelfluss, sonst Status idem.

7. X. Völlige Abstinenz. Abends zieht Patient sein Hemd aus. Gewicht 41,9 kg.

8. X. Starker Speichelfluss. Enge Pupillen. Morgens Puls 60, Abends 92. Nahrungsaufnahme: 1 Tasse Kaffee,  $\frac{1}{4}$  Wein,  $\frac{1}{2}$  Brod.

9. X. Wegen hartnäckiger Obstipation Klysma, erfolglos; 1 Löffel Ol. ricini wird erbrochen. Nahrungsaufnahme:  $\frac{1}{8}$  Wein per Klysma. Puls Mittags 80, Abends 56.

10. X. Per Klysma  $\frac{2}{8}$  Wein. Gewicht 40,0 kg.

11. X. Pupillen weit, entleert beim Stuhl harte kleine Kothballen. Deutlicher Acetongeruch. Puls Morgens 62, Temperatur 36,5 C., Abends 101, klein. Bei der Fütterung mit der Schlundsonde erbricht er neben der Sonde, wesshalb davon abgesehen wurde. Das Erbrochene bestand aus gelbbrauner, scharf sauer riechender, schleimiger Flüssigkeit. Nach einem Reinigungsklystiere erhält Patient einen Einlauf von 3 gut gerührten Eiern und 125 g Marsala, den er bei sich behält.

12. X. Puls 92, kräftig. Nahrungsaufnahme Teller Suppe, 5 Löffel Bouillon,  $\frac{1}{8}$  Liter Wein. Abends denselben Einlauf wie am Tage vorher. Salivation geringer.

13. X. Puls 86, voll. Temperatur 36,9. Nahrungsaufnahme 1 Tasse Milch,  $\frac{3}{4}$  Tasse Bouillon mit Ei,  $\frac{2}{8}$  Wein, 5 Löffel Gemüse,  $\frac{1}{2}$  Wecken. Anhaltender Mutacismus. Gewicht 38,7 kg.

14. X. Guter Schlaf. Puls 76, voll. Nahrungsaufnahme wie Tags vorher, Klagt über Heimweh. Gewicht 38,0 kg.

15. X. Schläft gut. Puls 88, voll, kräftig. Nahrungsaufnahme dieselbe. Mutacismus.

16. X. Puls 82, voll, weich. Salivation geringer, sonst unverändert. Seit dem Morgen des 10. kein Urinabgang und kein Stuhl. Erfolgt beides auf zweimaliges Klyisma.

17. X. Nahrungsaufnahme  $\frac{1}{4}$  Wein. Puls 82, voll, weich. Gewicht 37,2 kg.

19. X. Keine Urinentleerung seit 2 Tagen, erfolgt auf ein warmes Bad. Nahrungsaufnahme  $\frac{1}{8}$  Wein. Gewicht 37,8 kg.

20. X. Ernährungsklyisma. Gewicht 37,5 kg.

21. X. Ernährungsklyisma. Temperatur 37,1. Gewicht 37,3 kg.

22. X. Ernährungsklyisma. Urinentleerung durch warmes Bad. Gewicht 37,0 kg.

23. X. Nahrungsaufnahme  $\frac{1}{4}$  Wein,  $\frac{1}{2}$  Tasse Kaffee. Ernährungsklyisma. Gewicht 36,8 kg.

24. X. Nahrungsaufnahme  $\frac{1}{4}$  Wein, Ernährungsklyisma. Urinentleerung im Bad.

25. X. Nahrungsaufnahme  $\frac{1}{2}$  Tasse Kaffee. Ernährungsklyisma. Puls 108. Gewicht 36,5.

26. X. wie am 25. X. Gewicht 35,5. Puls 101, Augen stets geschlossen.

27. X. wie oben.

28. X. wie oben. Spontaner Stuhl mit Spulwurm. Gewicht 35,0.

29. X. wie oben. Santon. 0,05. Kein Urin. Gewicht 35,0 kg.

30. X. wie oben. Urinabgang im Bade. Gewicht 36,0.

31. X. wie oben. Gewicht 36,0.

1. XI. wie oben. Fütterung mit der Sonde, erbricht daneben etwa  $\frac{1}{4}$  des Aufgenommenen. Nach der Fütterung Epistaxis. Gewicht 35,5 kg.

2. XI. Nimmt spontan wieder gar nichts zu sich; es wurden ihm 2 Teller Suppe, 1 Tasse Kaffee und  $\frac{1}{2}$  Liter Wein gewaltsam beigebracht. Gewicht 35,5.

3. XI. Nahrungsaufnahme 2 Teller Suppe,  $\frac{1}{2}$  Liter Wein. Urinentleerung spontan. Gewicht 36,2.

4. XI. Status idem. Gewicht 35,5.

5. XI. Status idem.

6. XI. Drängt fortwährend aus dem Bette, bleibt 3 Stunden lang wie eine Statue auf einem Fleck stehen. Keine Flexibilitas circa. Gewicht 36,0.

8. XI. Gewicht 34,5.

10. XI. Nahrungsaufnahme jeden Tag gleich: 1 Tasse Kaffee, 3 Teller Suppe mit je 2 Eiern,  $\frac{1}{2}$  Liter Wein. Spontane Stuhlentleerung. Gewicht 33,8.

11. XI. Während der Kranke bis jetzt stets mit geschlossenen Augen dargelegen hatte, hält er sie heute offen, beobachtet seine Umgebung, lacht sogar über die komischen Behauptungen eines anderen Kranken. Gewicht 33,8 kg.

12. XI. Guter Schlaf. Dadurch, dass man ihm eine Uhr in die Tasche giebt, lässt er sich bewegen, in der Frühe  $\frac{1}{2}$  Tasse Kaffee mit  $\frac{1}{2}$  Weck zu sich zu nehmen; ausserdem nimmt er noch den Tag über zu sich: 3 Teller Suppe, 1 Portion Käse, 1 Portion Speck mit 1 Brod,

$\frac{1}{2}$  Liter Wein. Ausser Bett; spricht aber immer noch kein Wort. Gewicht 34,2 kg.

13. XI. Reichliche Nahrungsaufnahme. Gewicht 35,0. Spricht wieder zum ersten Mal und zwar will er haben, dass man ihm die Uhr abnehme. Es ist nicht zu eruiren, ob er dies aus dem Grunde verlangt, weil er sich nicht für würdig halte.

14. XI. Mutacismus, leichte Katatonie, unreinlich mit Urin, Nahrungsaufnahme reichlich. Gewicht 36,8 kg.

17. XI. Bei der klinischen Demonstration zeigt er wider Erwarten keinen Stupor. Er zeigt sich sehr verlegen, allmählich röthen sich seine Wangen und es tritt sogar eine acute Temperatursteigerung bis 37,7 auf, die durch allgemeinen Schweissausbruch limitirt wird. Auf Fragen antwortet er nicht, setzt jedoch allen Manipulationen, die an ihm vorgenommen werden, activen Widerstand entgegen.

18. XI. Mutacismus, giebt aber jetzt auf Aufforderung hin die Hand. Einige Mal bemerkt man ein Lächeln auf dem Gesicht des Patienten. Nahrungsaufnahme reichlich; unrein.

24. XI. Mutacismus. Sucht aus dem Zimmer zu gelangen, sieht beim Spielen den Patienten in die Karten. Gewicht 39,0 kg.

26. XI. Hält sich rein, sonst Status idem.

27. XI. Erbrechen wegen zu reichlicher Nahrungsaufnahme.

2. XII. Patient nimmt spontan eine Menage in die Hand und begleitet den Wärter zur Küche, hilft beim Aufräumen. Ist überhaupt regsamer und theilnehmender; doch bleibt der Mutacismus bestehen, schlägt beim Anreden die Augen nieder und blinzelt ängstlich.

3. XII. Spricht zum ersten Male. Sagt, es gehe ihm gut. Retrospectiv ist nur zu ermitteln, dass er Angst gehabt habe. Stimme immer noch sehr dünn und hoch. Mutacismus. Gewicht 41,7 kg.

7. XII. Leichter Rückfall.

8. XII. Verstimmung wieder geschwunden. Gewicht 42,6 kg.

10. XII. Anhaltend gute Laune. Gefragt, warum er so lange nicht gesprochen, gibt er an, er habe grosse Angst gehabt und geglaubt, er dürfe nicht mehr nach Hause.

12. XII. Schreibt einen Brief an seine Pflege-Eltern, worin er sagt, er sei geistig und körperlich sehr krank gewesen und wenn er nicht hieher gekommen wäre, so wäre er »nach seiner Erfahrung gestorben«. Jetzt sei er wieder ganz gesund. Ueber den Beginn seiner Krankheit gibt er an, sehr traurig gewesen zu sein, »er habe sich über gar nichts mehr freuen können«, habe gefürchtet, dass er gar nicht mehr gesund werden könne. Gewicht 43,6 kg.

Klinische Demonstration. Patient zeigt sich Anfangs sehr schüchtern, antwortet nicht sofort. Ueber den diesbezüglichen Grund gefragt, gibt er an, er müsse sich erst besinnen. Er macht die oben verzeichneten Angaben über den Beginn seiner Krankheit, stellt Verzeihungsideen entschieden in Abrede. Das Sprechen wäre ihm unmöglich gewesen. Gekostet habe er nicht, weil er keinen Hunger gehabt habe. Er habe öfters Schwindel gehabt, aber nicht so, dass sich seine Umgebung mit ihm gedreht habe.

16. XII. Beschäftigt sich jetzt auch mit Lesen.

22. XII. In einem Brief nach Hause sagt er über den Beginn seiner Krankheit: »Ich hatte damals Kopf-, Augen- und Magen-



Schmerzen, hatte Angst und an nichts mehr Freude und zwar vom 16. Juni an. Ich dachte nicht daran, das Jahr 1888 zu erleben. Gewicht 45,0 kg.

27. XII. Anhaltend guter Laune, arbeitet fleissig. Vegetative Functionen normal. Aussehen noch blass.

1888. 15. I. Ferr. sacch. sol. 3,0 p. Drängt nach Hause, er würde sonst zu alt, noch ein Handwerk zu erlernen. Gewicht 47,9 kg.

17. III. »Geheilt entlassen«. Aussehen jetzt gut. Patient ist etwas gewachsen. Kinderstimme noch ausgesprochen. Keine Pubes. Gewicht 53,5 kg.

Die Katamnese ergibt, dass Patient jetzt psychisch vollständig normal sich erweist.

II. Ae. Z., 14 Jahre alter Kellnerlehrling, aufgenommen 4. XII. 1890, entlassen 28. II. 1891.

Eltern sind gesund. Urgrossvater des Patienten mütterlicherseits war geisteskrank; ebenso schon seit langer Zeit eine Schwester der Mutter.

Als Kind war Patient nie ernstlich krank. Jedoch war er gegenüber seinen Geschwistern ein schwächlicher Knabe, zeichnete sich aber durch gute geistige Veranlagung und Fleiss aus, so dass er zum Geistlichen bestimmt war. Vor 2 Jahren litt er an Helminthiasis und es wurde damals schon eine leichte psychische Alteration bemerkt. Da keine Mittel zum Studium vorhanden waren, wurde er Hilfskellner und erfüllte als solcher vom Juni 1890 bis 25. November d. Js. treu und gewissenhaft diesen Beruf, wobei sein stilles und zurückgezogenes Wesen auffiel. Am 25. November sprach er schliesslich nicht mehr als er unbedingt sprechen musste. Er verrichtete zwar noch seinen Dienst, nahm auch Nahrung zu sich, war aber sonst apathisch und bot einen stumpfen interesselosen Gesichtsausdruck. Am nächsten Tage steigerten sich die Symptome noch insofern, als er nichts mehr sprach trotz eindringlicher Fragen als seinen Namen und Geburtsort. Er wurde deshalb am 27. XI. in die Ambulanz der medicinischen Klinik gebracht und hier zur genaueren Beobachtung in das Hospital aufgenommen.

Gesichtsausdruck war apathisch, etwas gedrückt. Pupillenreaction normal, Haut und Sehnenreflexe intact, keine Blasen- und Mastdarmstörung. Er verweigerte jede Nahrungsaufnahme, presste Lippen und Zähne fest aufeinander, so dass er mit der Schlundsonde ernährt werden musste. Er lag theilnahmslos zu Bett, machte manchmal Bewegungen mit den Armen und Beinen. Zuweilen beobachtete man fibrilläre Zuckungen der Facialismusculatur.

Allmählich liess er den Urin unter sich und reagirte schliesslich auf keine Aufforderung oder Anrede mehr.

Am Abend des 1. XII. sprach er zum ersten Mal einige Worte, aber ohne Sinn. Die ihn besuchenden Eltern beachtet er nicht. Auf den Nachstuhl geht er unaufgefordert. Haut und Sehnenreflexe normal. Kitzelreflex an den Fusssohlen wird nicht ausgelöst. Mässige Reaction auf Nadelstiche. Schlaflosigkeit, Temperatur normal; Puls 100.

Status vom 4. XII. 1890: Patient wird in die psychiatrische Klinik überführt, geht hier selbst auf die Abtheilung. Beim Auskleiden macht er leichte coordinirte Abwehrbewegungen, ebenso bei der

Untersuchung. Im Uebrigen schaut er gewöhnlich apathisch vor sich hin, die Augenlider halb geschlossen; keine Falten auf der Stirne, ebenso wenig Nasolabialfalte. Der Mund ist krampfhaft geschlossen und gefüllt mit Speichel, der an den Mundwinkeln herabträufelt. Die Untersuchung der Körperorgane ergibt einen gracilen Körperbau, helle, leicht rosaroth Hautfarbe, schwach entwickeltes Fettpolster und schlaffe Musculatur. Der Herzspitzstoss 2 cm inner- und unterhalb der Mammillarlinie verbreitert. Die Herztöne schwach, nicht ganz rein, an der Spitze leichtes systolisches Blasen. Puls 120, klein. Status der nervösen Functionen stimmt mit dem in der medicinischen Klinik überein, nur der Kitzelreflex an den Fusssohlen ist jetzt auszulösen, allerdings ziemlich verspätet und sehr schwach. Patellarreflex fehlt hingegen. Augenhintergrund normal. Urin strohgelb, o. E. o. Z. Stuhl hart, unter Stöhnen verrichtet. Kindlicher Habitus. Pubes fehlen vollständig. Genitalien kindlich. Gewicht 37,0 kg.

Decursus. Noch an demselben Abend schaut Patient mit Interesse die Bilder eines Buches an, das man ihm vorhält, und zeigt dabei die mimischen Bewegungen der Gesichtsmusculatur beim Lachen, spricht aber kein Wort. Mit dem Löffel kann man ihm etwas Suppe beibringen. Nachts ruhiger Schlaf auf protrahirtes Bad.

5. XII. Derselbe stupuröse Zustand, wie am Tage vorher. Es wird ihm 1 Teller Suppe mit Eiern, 1 Bouillon und 1 Tasse Kaffee gewaltsam mit dem Löffel und Mundsperrre beigebracht. Auf Einlauf erfolgt harter Stuhl.

6. XII. Status idem. Starker Speichelfluss. Geht wie auch die Tage vorher selbst zum Abort. Oberkörper im Hüftgelenk stark gebeugt, stöhnend und jammern; offenbar besteht starker Stuhl-drang. Entleerung harter Kothballen erfolgt erst auf einen Einlauf. Abends verwandelt sich der Stupor in einen Angstzustand. Er jammert sehr laut, aber nur in unarticulirten Lauten, wobei er sich im Bette aufrafft, an das Fussende rutscht und sich hier krampfhaft festhält. Er bietet dabei genau das physiologische Bild eines stark geängstigten, laut weinenden Kindes. Thränen nur sehr spärlich, doch sehr starkes Röthen der Augenlider. Gesichtszüge dem Zustande entsprechend, keine besondere Verzerrung.

10. XII. Tags über derselbe stupuröse Zustand, bei allen Manipulationen passiver Widerstand; Essen wird ihm mit dem Löffel gegeben. Nässt selten das Bett, nie unreinlich mit Koth. Abends wiederholen sich stets die Angstzustände in derselben Intensität. Beim Besuch der Eltern vergiesst er zum ersten Mal reichlich Thränen, verlangt nach Hause, spricht aber sonst kein Wort.

15. XII. Angstanfall tritt nicht mehr auf; kein Stupor mehr. Gewöhnlich Mutacismus; jedoch giebt er bisweilen auf Fragen oder spontan einige Worte von sich. Verlangt nach Hause, oft auch in die Kirche. Beim Anreden macht er fortwährend Verlegenheitsbewegungen, kratzt sich auf dem Kopfe oder sonst am Körper, knöpft den Rock auf und zu, nestelt an den Schuhen etc. Wird Nachmittags plötzlich heiter und ausgelassen, springt und hüpfet umher genau wie ein muthwilliges Kind, spricht dabei nichts. Dieser Zustand dauert etwa eine Stunde und geht dann wieder in den bisherigen über.

20. XII. Er antwortet noch selten auf Fragen mit »ja« oder »nein«.

langsam und still. Gesichtszüge gewöhnlich indifferent, dazwischen weinerliche Stimmung, bisweilen noch Abends die oben verzeichneten Angstanfälle. Auffallend sind die fortwährenden Verlegenheitsbewegungen, das Senken des Blickes mit verlegenem Gesichtsausdruck. Isst jetzt spontan, wenn man ihn vor das Essen setzt. Bei der Visite giebt er auch die Hand. Gewicht 41,0 kg.

30. XII. Derselbe heitere Zustand wie oben  $\frac{1}{2}$  Stunde lang. Sonst nichts wesentlich verändert. Steht gewöhnlich still an einem Fleck mit indifferentem Gesichtsausdruck, schaut dabei aber öfters noch als im Anfang neugierig umher und lacht bisweilen laut auf über einen Mitpatienten, manchmal jammert und weint er unter vielen Thränen. Mund gewöhnlich fest geschlossen und mässig mit Speichel gefüllt. Liest viel im Gebethbuch, weint, wenn er die Kirchenglocken hört. Die Frage, ob er Sünden habe, bejaht er ohne Besonderen Nachdruck, giebt aber nicht an, welche, offenbar weil ihm nichts bestimmtes einfällt. Unaufhörliche Verlegenheitsbewegungen.

8. I. 1891.  $\frac{1}{2}$  Stunde lang die oben beschriebene heitere Ausgelassenheit. Sonst bietet er das Bild eines stillen, sehr verlegenen Knaben, der spontan äusserst selten spricht. Arbeitet im Hause, schnitzt auch Bilderrahmen. Beim Besuch seiner Eltern weint er stets heftig und laut, wünscht nach Hause, steht auch, wenn der Besuch zu erwarten ist, den ganzen Tag am Fenster. Vor den Eltern macht er ebenfalls fortwährend Verlegenheitsbewegungen. Vegetative Functionen in Ordnung. Gewicht 44,0 kg.

15. I. Ruhiges, schüchternes und verlegenes Wesen, spricht selten spontan. Auf Fragen giebt er richtige Antwort. Behauptet, es gehe ihm gut. Stimmung gewöhnlich indifferent, kann aber auch öfters lachen. Bei dem und nach dem Besuch der Angehörigen stets weinerliche Stimmung. Starke Verlegenheitsbewegungen beim Besuch gleichalteriger Kameraden. Drängt nach Hause.

30. I. Retrospectiv ist nur herauszubringen, dass er sich noch dunkel an seinen stuporösen Zustand erinnern kann. »Er habe Angst gehabt« vor den vielen Männern. Versündigungsdeen werden entschieden in Abrede gestellt. Arbeitet im Hause; beim Kaiserfest fungt er als Kellner.

28. II. Bei der Entlassung zeigt er immer noch ein schüchternes, verlegenes Wesen, redet sehr wenig. Die Stimmung ist eine freudige. Patient hat, wie die Gewichtsangaben beweisen, sehr zugenommen, ist aber nicht gewachsen. Patellarreflexe wieder vorhanden. Herztöne rein. Systolisches Blasen an der Herzspitze verschwunden. Spitzenschlag normal. Puls voll, 80 p. M. Kindlicher Habitus. Fehlen der Pubes. Unentwickelte Genitalien. Gewicht 46,0 kg.

Ein Stägiger Aufenthalt zu Hause mit mässiger Feldarbeit hatte einen sehr günstigen Einfluss auf ihn. Er war freier und gesprächiger. Sein Benehmen, als er sich wieder vorstellte, war das eines normalen Knaben. Er machte keine Verlegenheitsbewegungen mehr.

Retrospectiv sagt er über den Beginn seiner Krankheit, »es sei ihm allmählich alles einerlei geworden«, später habe er Angst bekommen, es würde ihm etwas Leids geschehen. Besonders von Seiten der ihn umgebenden Personen habe er etwas gefürchtet, »da er nicht mehr

gut gesehen hätte«. An irgend welche Versündigungs-ideen kann er sich nicht erinnern.

Augenblicklich verrichtet er wieder fleissig und willig wie früher seine Dienste als Kellnerlehrling. Er war Anfangs, wie vor der Erkrankung, etwas stiller und zurückgezogener als seine Kameraden, ist aber jetzt nach Angabe seines Principals, der ihn durchaus lobt, und nach meinem eigenen Augenschein ein geweckter und vollständig normal erscheinender Knabe.

III. F. H., 13 Jahre alt, aufgenommen 13. VII. 1890, entlassen 20. VIII. 1890.

Grossvater väterlicherseits geistesgestört. Grossmutter psychisch gesund, hatte an beiden Händen 6 Finger. Vater ist geistig gesund, hat an beiden Händen 6 Finger und an einem Fuss 6 Zehen. Auch 2 Geschwister des Patienten zeigen ähnliche Anomalien. Er selbst machte verschiedene schwere Infectionskrankheiten durch. In Folge der dürrtigen Familienverhältnisse sieht er seit einem Jahre besonders blass und schlecht genährt aus. Seit dieser Zeit bekommt er auch öfters Anfälle von Angst, fürchtet, dass man ihn prügeln wolle, dass ihm etwas Leids geschehe, läuft dann fort und versteckt sich. Im letzten Winter war er einmal 3 Tage und 3 Nächte fort. Nach solchen Anfällen ist er immer noch sehr scheu und läuft, wenn man sich ihm nähert, mit einer ungewöhnlichen Beharrlichkeit davon, ohne sich einzufangen zu lassen. Diese Anfälle kehren ungefähr alle 8 Wochen wieder. Dazwischen zeigt er öfters eine heitere Aufregung, lacht, pfeift, singt und springt umher. Die Angehörigen hielten den Zustand mehr für Bosheit als für Krankheit und es fand deshalb bis jetzt keine ärztliche Behandlung statt. Erst seitdem sich das Befinden in den letzten 14 Tagen bedeutend verschlimmerte, wurden Schritte gethan behufs Aufnahme in ein Hospital.

Status: Sein Bewusstsein ist nicht getrübt, er ist orientirt über Ort und Zeit. Die Stimmung ist indifferent. Er ist sehr verlegen, auch vor seiner Mutter, spricht spontan nicht, antwortet aber auf Fragen. Dabei schaut er auf den Boden und macht reichliche Verlegenheitsbewegungen.

Gesichtsfarbe ist blass, sichtbare Schleimhäute sind anämisch. Ernährung schlecht. Venensaussen. Puls 88, klein. Nervöse und vegetative Functionen in Ordnung. Der Kopf zeigt eine Mittelgestalt zwischen einem quadratischen und ovalen Schädel mit starkem Hervortreten der Tubera frontalia, Pubes fehlen. Aufnahmegew. 29,0 kg.

Decursus. 14. VII. Schlaf gut. Wohlbefinden wechselt ab mit Angstäusserungen. Reichliche, kräftige Diät. Eisen. Verlegenheitsbewegungen.

20. VII. Durchschnittlich vollständiges Wohlbefinden. Gew. 31,0 kg. Manchmal springt er vom Stuhl auf und davon beim Anreden. Nach dem Grunde gefragt, giebt er Angst an. Auch war der Versuch, ihn auf der ruhigen Abtheilung schlafen zu lassen, fehlgeschlagen, weil er Nachts beim Auslöschen der Lichter ängstlich wurde. Schlaf ist vorzüglich. Plötzliches Aufschrecken nie bemerkt. Macht sich im Hause nützlich.

30. VII. Wohlbefinden. Verlegenheit nicht mehr so stark. Gewicht 31,5 kg.

20. VIII. »Geheilt entlassen«.

Die Katamnese ergibt, dass bis jetzt keine psychischen Störungen mehr eingetreten sind.

IV. Otto S., 16 Jahre alt, aus Kiegel, aufgenommen 5. VI. 1889, geheilt entlassen 29. XI. 1889.

Keine hereditäre Belastung. Im Alter von 13 Wochen erkrankte er an einer schweren fieberhaften Krankheit, wahrscheinlich Meningitis, in Folge dessen blieb seine geistige und körperliche Entwicklung etwas zurück. Er lernte nur mangelhaft lesen und schreiben. Mit dem 10. Jahre wurde die körperliche Entwicklung besser, während eine mässige geistige Beschränkung bestehen blieb. Seit Anfang dieses Jahres wurde eine Veränderung des Knaben bemerkt. Er zeigte eine grosse Unruhe, war unfolgsam, leicht reizbar, nahm gelegentlich auch grössere Quantitäten Bieres zu sich. Die Aufregung steigerte sich, bis er sich schliesslich von Hause entfernte und während der Nacht in einem benachbarten Orte von der Polizei wegen Lärmes und Unfugs festgenommen wurde. Seit dieser Zeit war er fortwährend in grosser Aufregung, drängte stark von Hause weg, spuckte rücksichtslos um sich etc.

Status: Patient wird in unvollständigem Anzug in die Klinik gebracht. Er ist für sein Alter ziemlich gross, mässig genährt. Körpergewicht 47,0 kg. Gesichtsfarbe gesund, Haltung fortwährend wechselnd, starke motorische Unruhe.

Das Bewusstsein erscheint stark getrübt; Patient nimmt von seiner Umgebung kaum Notiz. Auf Fragen gibt er keine Antwort. Stimmung rasch wechselnd; bald schaut er mit stumpfen leeren Gesichtsausdruck vor sich hin, bald lacht er laut auf, unverständige Worte dabei producirend. Im Zimmer springt er von einem Platz zum andern, bei der Untersuchung im Bette macht er stets das Gegentheil von dem, was man verlangt, wickelt sich in die Bettdecke, pfeift statt tief zu athmen, spuckt vor dem Arzt zu Boden; beim Versuch, die Sensibilität mit der Nadel zu prüfen, schreit er bei der ersten Berührung laut auf und kugelt dann einige Zeit muthwillig im Bette herum. Schädel gut geformt, keine Degenerationszeichen. Rechterseits Ovarie.

Keine Pubes. Kindlicher Habitus. Relative Insufficienz des Rectus int. Sensibilität und Reflexe können nicht geprüft werden. Urin normal.

Decursus. 6. VI. Schläft die ganze Nacht nicht, pfeift und schwatzt fortwährend, war unreinlich mit Urin, springt bei Tag unter beständigem Schreien und Gesticuliren im Hofe herum, ist nicht zu fixiren.

7. VI. Durch protrahirtes Bad und 1,5 Sulfonal ist ein 7stündiger Schlaf zu erreichen, ist aber dann in weinerlicher Stimmung.

10. VI. Bewegungsdrang gleich stark. Nässt jede Nacht das Bett, bisweilen absichtlich, ausgelassen heiter, muss bei der Visite eingefangen werden, spricht jedes Wort nach, zerschlägt ein Fenster. Appetit sehr gut.

13. VI. Völlig ruhig, mit finsterem Gesichtsausdruck steht oder sitzt er meist auf einem Fleck, reagirt nicht auf Fragen. Appetit mässig, liebt die Alkoholika. Schläft gut, nicht mehr unrein.

20. VI. Abends wird er wieder sehr unruhig, muss isolirt werden, heiter, Appetit sehr gut. Gleiches Verhalten wie in der ersten aufgeregten Periode bis am Abend des 2. VII. Gewicht 45,2 kg.

2. VII. Mutacismus, unrein mit Stuhl und Urin bis 9. VII., Gew. 49,0 kg.

9. VII. Nachmittags plötzlich wieder lustig und zeigt eine grosse motorische Unruhe, Abends eine Zeit lang sehr ängstlich. Gew. 53,5 kg. Die maniakalische Exaltation dauert bis 25. VII. (Gewicht 33,0 kg.), wird allmählich geringer und der Kranke verfällt am 27. VII. wieder in einen apathischen etwas ängstlichen Zustand mit Mutacismus.

29. VII. Bejaht durch Kopfnicken, dass er Heimweh habe.

1. VIII. Wird lebhafter und zugänglich.

3. VIII. Ausbruch einer maniakalischen Exaltation. Gew. 49,0 kg.

15. VIII. Wird ruhiger, Abends traurig, Mutacismus. Sticht sich mit einem spitzen Holz oberhalb des Nagels in den Mittelfinger und reisst sich ein Stück von Nagelfalz weg. Gewicht 53,0 kg.

19. VIII. Wird gegen Abend wieder heiterer und am andern Tage so ausgelassen wie vorher. Gewicht 51,0 kg.

26. VIII. Nach einem kurzen Rückfall in einen melancholischen Zustand wieder maniakalisch, spricht von einem Höllengeist.

Dieser Wechsel von melancholischem und maniakalischem Zustand wiederholt sich noch zweimal. Dabei lässt er wie auch bei dem früheren Wechsel jedesmal den Urin in das Bett gehen.

Oefter zärtlich gegen Mitpatienten in recht kindlicher Weise.

Von somatischen Symptomen wird im aufgeregten Zustande eine Ungleicheit und Starre der Pupillen bemerkt.

Vom 1. X. an allmählich ruhiger und zugänglicher, schreibt einen dictirten Brief nach Hause, hat Freude an glänzenden Gegenständen, zeigt wenig Schmerzempfindlichkeit beim Ausziehen cariöser Backzähne, will noch einen gesunden mit herausgezogen haben. Seine geistigen Fähigkeiten scheinen gegen früher gehoben, arbeitet im Hause, schreibt einen Brief bezüglich seiner Entlassung nach Hause. Gew. 52,5 kg.

Am 29. XI. »geheilt« entlassen. Gew. 58,5 kg.

Pubes beginnen sich zu entwickeln.

Die Katamnese ergiebt, dass er zu Hause fleissig arbeitet, aber immer noch sehr launisch ist und zu Alkohol-excessen neigt, indem er hinter dem Rücken der Eltern öfters grössere Quantitäten Bieres hinunterstürzt.

Obwohl die Anzahl der genau beobachteten Fälle von Kinderpsychosen noch sehr gering ist, hat die Erfahrung doch gelehrt, dass die wichtigsten habituellen Symptomencomplexe der klinischen Psychiatrie, ausgenommen chronische Paranoia und ächte Paralyse, auch beim Kinde vorkommen. Es hätte keinen Sinn, die Identität dieser Krankheitsbilder mit denen des erwachsenen Alters in Abrede zu stellen, weil bedeutende Unterschiede vorhanden sind, weil vielleicht sogar Cardinal-symptome, die zur Begriffsbestimmung der Psychosen dienen, beim Kinde nicht so deutlich ausgeprägt sind oder gar fehlen. Es bietet die Analysirung der Unterschiede zwischen dem Irre-

sein von Kindern und dem Erwachsener im Gegentheile eine Handhabe, an den in vielen Beziehungen einfacheren kindlichen Irreseinsformen die physiologischen und psychologischen Grundsymptome der Psychose in ihrem Werth als primäre oder secundäre Symptome zu unterscheiden.

Wenn auch der psychische Ausschlag einer Hirnstörung beim Erwachsenen in Folge der Erstarkung des Willens und der höheren durch die Lebenseinflüsse erreichten Intelligenzstufe ein viel grösserer als beim Kinde zu sein pflegt, so ist damit nicht gesagt, dass man an diesem grösseren Ausschlag die elementaren Störungen der psychischen Functionen besser ablesen kann als an dem kleineren Ausschlag beim Kinde.

Der Versuch, die oben verzeichneten Krankheitsbilder in eine der bekannten Irreseinsformen einzureihen, ist bei Fall I und II nicht schwer. Es sind 2 Parallelfälle von Melancholie; der erste etwas schwerer als der zweite. Die Melancholie wird definirt als spontane oder ungenügend motivirte traurige Verstimmung mit den dieser Verstimmung entsprechenden Veränderungen des Fühlens, Vorstellens und Strebens. Sowohl bei Fall I als bei Fall II lässt sich das Hervortreten der traurigen Verstimmung durch die retrospectiven Aeusserungen der Patienten erweisen, indem, abgesehen von der Angst, beiden nur die summarische Erinnerung des Traurigseins geblieben ist. »Ich habe mich über gar nichts mehr freuen können«, »es war mir Alles einerlei.« Eine Begründung der Diagnose »Melancholie« in diesen Fällen ist nicht überflüssig, da im Anfang der Krankheit der Stupor bei beiden Kranken in einer solchen Weise in den Vordergrund trat, dass es unmöglich war, auf den ersten Anblick den Zustand als »stupuröse Melancholie« zu erkennen. Ausserdem leugnen manche Autoren das Vorkommen einer stupurösen Melancholie.

Ich kann hier die Auseinandersetzung Salgo's<sup>12)</sup> in seinem Compendium der Psychiatrie nicht unerwähnt lassen, weil ich annehmen muss, dass dieser Autor die Bezeichnung der Psychose als Melancholie nicht gelten liesse. Er will den sich über Wochen oder Monate ertreckenden stupurösen Zustand nicht graduell, sondern wesentlich unterschieden wissen von der Melancholie, den Stupor nur als eine Complication oder höch-

<sup>12)</sup> Compendium der Psychiatrie von Dr. Salgo. Wien, 1889. S. 81 u. f.

stens Verlaufsphase, nicht als Verlaufsart der Melancholie betrachtet wissen. Die Unklarheit in dieser Sache liegt unstreitig in der Unmöglichkeit, den Stupor genau zu definiren. Man reiht heutzutage noch viele Zustände unter den Symptomencomplex Stupor, die jedenfalls nicht nur graduell, sondern auch wesentlich von einander verschieden sind. Es fehlen eben in der Psychiatrie noch sowohl die genauen qualitativen als quantitativen Untersuchungsmethoden, die es allein ermöglichen, die einzelnen Factoren, die einen Symptomencomplex zusammensetzen, zu analysiren und sie nach ihrer Wichtigkeit zu erkennen. Dieser Umstand lässt den Psychiater aber nicht verzagen, im Gegentheil, er ist ein Sporn für ihn, nicht zu ruhen, bis wir auch in dieser Hinsicht uns Klarheit verschafft haben. Wenn man unter Stupor das vollständige oder theilweise Darniederliegen sämmtlicher cerebralen Functionen versteht, einen Zustand, den Newington als anergischen Stupor bezeichnet, so wäre in diesen beiden Fällen eben kein Stupor vorhanden gewesen, trotzdem der psychiatrische Sprachgebrauch die oben gezeichneten klinischen Bilder Stupor benennt: Stupor aus Hirnreizung nach dem oben erwähnten Autor.

Dass während der Dauer des sogenannten stuporösen Zustandes in beiden Fällen die psychische Gehirnthatigkeit erhalten war, geht aus der Schilderung des Krankheitsbildes hervor. Auch das retrospective Krankenexamen ergiebt, dass eine deutliche Erinnerung an jene Zustände geblieben war. Der kranke Z. giebt später an, dass er Angst vor den vielen Männern gehabt habe, während er regungslos im Bette lag. Seine spätere Angabe, dass er damals schlecht gesehen habe, kann man ebenso gut auf ein Darniederliegen der äusseren Apperception, als auf eine schwächere Function der Hirnrinde beziehen, ganz abgesehen davon, dass der Kranke die Lider stark gesenkt hatte. Die Abwehrbewegungen beider Kranker bei Betastung ihrer Körperoberfläche können nicht als automatische Reflexe aufgefasst werden. Z. schrie z. B. am 2. Tage bei der ärztlichen Untersuchung mitten aus dem sogenannten Stupor heraus laut auf »lasst mich gehen, ich will lieber nichts essen« (d. h. er will sogar auf das Essen verzichten, wenn man ihm nichts thue), um sofort wieder in den früheren äusserlich apathischen Zustand zurückzufallen. Dass hier Einschaltung des Bewusstseins zwischen äusserem Reiz und motorischem Ausschlag stattfand, wird wohl Niemand bestreiten wollen, ebenso wenig wie beim

Verhalten des Kranken S., als sich sein Bruder von ihm verabschiedete, oder des Kranken Z. beim Besuche der Eltern.

Der Kranke S. kneift beim einfachen Anreden Mund und Lidspalte fest zusammen; Z. zeigt dabei keine Reaction, doch eine ganz bedeutende bei Lageveränderungen, die man mit ihm vornimmt, eine Reaction, die sich bis zum lauten Jammern steigern konnte. Die Bewegungen dabei sind vollständig coordinirt und dem Zweck entsprechend, so dass auch in diesen Handlungen eine bewusste Willensthätigkeit angenommen werden muss.

Ich betone das letztere besonders, weil man ja erwidern könnte, dass die zuerst erwähnten Erscheinungen, in denen eine höhere Geistesfunction deutlich zu Tage tritt, nur Unterbrechungen des Stupors auf starke äussere Reize hin gewesen wären, wenn es auch an und für sich schon unerklärlich bliebe, dass ein rein psychischer (gemüthlicher) Reiz, der Schmerz beim Abschied des Bruders oder beim Anblick der Eltern, eher im Stande sein sollte, das vollständige Darniederliegen sämtlicher cerebralen Functionen zu unterbrechen, als der rein mechanische des Berührens des Körpers.

Mairet<sup>13)</sup> hat offenbar ähnliche Zustände im Auge, wenn er den melancholischen Stupor als Psychose auffasst, die in manchen Fällen lediglich auf den Pubertätsvorgang zurückzuführen sind. Die Pubertätsentwicklung kommt in diesen beiden Fällen als ätiologisches Moment nicht in Betracht; dieselbe war noch nicht eingetreten; beide Individuen boten einen vollständigen kindlichen Habitus.

Der klinische Verlauf der Krankheit zeigte in beiden Fällen ein Stadium incrementi, akmes und decrementi. Das erste Stadium dauerte im Fall I circa 3 Monate; im Fall II war es wahrscheinlich kürzer (eine bestimmte Angabe war hier nicht gemacht worden).

Das Höhestadium dauerte im Fall I circa 8, im Fall II circa 2 Wochen. Das Stadium decrementi trat in beiden Fällen fast plötzlich mit dem Aufhören des Stupors ein. Der Uebergang in den geistig normalen Zustand geschah aber ganz allmählich; eine bestimmte Grenze zwischen Stadium decrementi und Stadium reconvalescentiae kann, wie so oft bei psychischen Störungen, nicht gezogen werden.

<sup>13)</sup> Mairet, s. *Annal. méd. psych.* IV. S. 34.

Nachdem nun die beiden Fälle in den Symptomencomplex der Melancholie eingereiht und die Gründe für diese Auffassung angegeben sind, versuche ich die Analyse der einzelnen Symptome, soweit sie einen Unterschied bieten, von den Symptomen dieser Psychose bei Erwachsenen.

Der psychische Schmerz (traurige Stimmung) war in beiden Fällen spontan ohne psychische Ursache eingetreten und äusserte sich zunächst als leichtester Grad im Ausfall der normalen kindlichen Heiterkeit, in Hang zur Einsamkeit und in finstern Grübeln. Diese Erscheinungen, welche beim Erwachsenen nicht von vornherein als pathologisch aufgefasst werden können, sind beim Kinde ohne weiteres schon in der Art der Aeusserung krankhaft und als schwere Gehirnstörung aufzufassen. Der physiologische Seelenschmerz der Kinder äussert sich ähnlich dem körperlichen Schmerz mehr in explosiven Schmerzausbrüchen oder er dauert nur kurze Zeit in der oben geschilderten Form. Explosive Schmerzausbrüche sind im ersten Falle gar nicht, Weinen nur einmal, im zweiten nur aus dem Stupor heraus beobachtet. Das Weinen geschah unter reichlichem Thränenfluss und lebhafter Röthung der Lider und den physiognomischen Zeichen des Weinens, während bei erwachsenen Melancholischen, wie bekannt ist<sup>14)</sup>, gewöhnlich keine Thränensecretion eintritt. Diese Zustände des Weinens bei dem Kranken Z. glichen vollständig der physiologischen Seelenschmerzäusserung der Kinder. Allmählich war der höhere Grad des psychischen Schmerzes aufgetreten, der sich in einem stuporösen, oder besser, weil nichts präjudicirend, ausgedrückt, in einem regungslosen Zustand äusserte, der sich deckte mit dem von Emminghaus geschilderten<sup>15)</sup>: Verharren in der gegebenen Situation, in sich Zusammensinken, letzteres bei Z. einige Mal beobachtet, Augen und Lider gesenkt, bei S. Lider geschlossen, Mund krampfhaft geschlossen, Backen von dem reichlich angesammelten Speichel, der an den Mundwinkeln herausläuft, stark aufgebläht, und dadurch vollständig das sonstige physiognomische Bild verdeckend; Athmung oberflächlich, Extremitäten kühl. Puls klein und frequent. S. ist öfters unreinlich, Z. später 3mal, sonst verrichtet er mitten aus dem Stupor heraus aufstehend seine Bedürfnisse, oder giebt seinen Stuhl drang durch Jammern und Deuten mit

14) Schlagel, Vorträge über Erkenntniss und Behandlung von Geistesstörungen. Wien, 1865. Weist auf diese Erscheinung zuerst hin.

15) a. a. O. p. 66.

dem Finger nach dem Anus kund. Die Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit ist anscheinend herabgesetzt, wenn nicht der mangelnde oder wie bei Z., bei tieferen Nadelstichen ziemlich verspätet eintretende motorische Ausschlag eventuell als Störung auf motorischem Gebiet (Hemmung) aufzufassen ist. Für letztere Anschauung würde der in beiden Fällen fehlende Patellarreflex sprechen, motorische Hemmung bei offenbar intactem Reflexbogen, für die erstere hingegen die deutliche Analgesie des Kranken O. Sp. während einer melancholischen Depression und auch später während der Reconvalescenz.

Automatische Handlungen, unzweckmässige Bewegungen mit Armen und Beinen sind bei Z. öfters beobachtet, auch bei S., der einmal stark aus dem Bett drängte und 3 Stunden auf einem Fleck stehen blieb, bei keinem *Flëxibilitas cerea*; bei S. einmal leichte Katatonie.

Specificisch für den kindlichen melancholischen Stupor ist jedenfalls die momentane, manchmal nur einige Stunden dauernde Unterbrechung desselben, wie sie sehr häufig bei Z. beobachtet wurde, durch neugieriges Umherschauen sogar, durch Lachen bei Vorhalten eines Bilderbuches oder bei Bemerkungen der Umgebung, Erscheinungen, die vollständig unerwartet bei der sonst schweren Regungslosigkeit geradezu frappierend wirken. Dieser Vorgang beruht offenbar auf Ermüdung und das momentane Einsetzen einer heiteren Stimmung ist wohl durch die Contrastempfindung im Sinne Wundt's<sup>16)</sup> zu erklären.

Ausgesprochener Kleinheitswahn und Selbstanklage sind bis jetzt bei melancholischen Kindern fast nicht beobachtet worden, nur in den unten angegebenen Fällen. Auch in unseren Fällen ergibt die Retrospective und die klinische Beobachtung keinen deutlichen Kleinheitswahn, geschweige denn ausgesprochenen Versündigungswahn.

Der Kranke Z. betete viel im Stadium decrementi, verlangte in die Kirche, weinte beim Läuten der Glocken und bejahte auch anscheinend einige Male durch Kopfnicken die Frage, ob er Sünden habe, wusste aber keine bestimmten anzugeben, so dass die Frage als Suggestivfrage aufgefasst werden muss, ganz abgesehen davon, dass jedem katholischen Kinde die eigene Sündhaftigkeit immer und immer wieder suggerirt wird. Im

<sup>16)</sup> Wundt, Grundzüge der physiolog. Psychol. I. Leipzig, 1887. pag. 527 u. f.

retrospectiven Examen konnte er sich nicht erinnern, sich für einen Sünder gehalten zu haben.

C. S. bot nie einen Anhaltspunkt, der die Annahme von Versündigungswahn rechtfertigte. Dagegen bestand bei ihm ein hypochondrischer Wahn, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, allerdings auch nur in ganz allgemeinen Umrissen.

Eine Erklärung für das Fehlen des ausgesprochenen Kleinheitswahnes, eines so hervorstechenden Symptoms der Melancholie der Erwachsenen, liegt im psychologischen Mechanismus derselben.

Der Kleinheitswahn ist die psychologische Consequenz der depressiven Stimmung, der Effect des Causalitätsbedürfnisses, welches nach Motiven für das Zustandekommen der traurigen Verstimmung nach den Gesetzen der Erfahrung und Gewohnheit des Denkens sucht. Beim Kinde ist die Summe der Lebenserfahrungen und das Causalitätsbedürfniss wenigstens in Sachen der eigenen Bewusstseinszustände bei weitem geringer. Es macht infolgedessen keine oder nur geringe Versuche, seine traurige Verstimmung zu begründen und überlässt sich ganz dem Affect, neben welchem der Denkprocess in diesem Falle nur unbedeutend in Mitleidenschaft gezogen wird.

Das Kind besitzt nicht oder nur zum Theil die entsprechenden Vorstellungsbilder und der Associationsvorgang der Assimilation der Vorstellungen ist nicht so gut eingeübt wie beim Erwachsenen, bei welchem die oben erwähnten Vorgänge im Denkprocess geradezu als höhere Reflexe auftreten.

Lange<sup>17)</sup> betrachtet in diesem Sinne die Erziehung physiologisch als eine Einübung in der Fähigkeit, einfachere, ursprünglichere Reflexe durch höhere Reflexe abzulösen oder zu beherrschen.

Wenn beim Kinde ein Bedürfniss die eigene Verstimmung zu erklären auftritt, so ruft dasselbe mehr directe Befürchtungen für die eigene Person hervor, der beim Kinde so ausgesprochene Egoismus verhindert dasselbe, sich selbst die Schuld beizumessen. Beim erwachsenen Melancholischen ist die Furcht erst secundär, indem er den Schluss zieht, dass ein so schlechtes Wesen, wie er zu sein wähnt, auch die grössten Strafen erdulden müsse.

---

<sup>17)</sup> C. Lange, Om Lindsbevoegelser. Kopenhagen, 1885. Deutsche Ausgabe b. Th. Thomas. Leipzig, 1887.

Beim Kranken S. äusserten sich diese Befürchtungen bestimmt in Besorgniss um seine Gesundheit und Angst vor dem Tode. Beim Kranken Z., der ein noch kindlicheres Wesen zeigte, waren Befürchtungen unbestimmten Inhalts vorhanden, Angst vor seiner Umgebung, wie er selbst äusserte.

Wenn auch der Angst und der trüben Verstimmung, als zwei verschiedenen psychischen Zuständen, verschiedene physiologische Vorgänge im Centralorgan zu Grunde liegen müssen, so lehrt doch die Erfahrung, dass sie einander sehr nahe verwandt sind. Es ist nahe liegend, dass nur ein gradueller Unterschied besteht zwischen der trüben Verstimmung, dem peinlichen Erwartungseffect vor der weiteren Zukunft, und der peinlichen Erwartung der allernächsten Zukunft, die wir als Angst bezeichnen, und auch der peinlichen Apperception des Augenblicks, nämlich der Verlegenheit<sup>18)</sup>.

Es scheint mir nun, dass beim Kinde die Angst vor etwas Unbestimmtem, Schrecklichem das Resultat einer mehr oder weniger bewussten Schlussfolgerung, in diesem Falle natürlich verkehrten Schlussreihe von Stimmung auf Vorgänge, welche solche Stimmungen hervorrufen, darstellt. Dieser Schluss ist die psychische Consequenz der trüben Verstimmung, welche durch eine functionelle, sagen wir vasomotorische, Hirnstörung bedingt ist, während beim Erwachsenen dieselbe vasomotorische Störung in Folge der oben erwähnten Gründe, auch durch einen logischen Fehlschluss, zum Kleinheitswahn und zur Gewissensangst führt.

Es ist mir aus der Literatur nur 1 Fall<sup>19)</sup> bekannt von Versündigungswahn bei einem Kinde von 16 Jahren mit kindlichem Habitus<sup>20)</sup>. Emminghaus will denselben nur mit Vorbehalt als wirklichen Versündigungswahn gelten lassen. Der melancholische Verfolgungswahn, bei welchem der Kranke sich unter gewähnte Verfolgung, bevorstehende Qualen willig beugt, ist nach demselben<sup>21)</sup> Autor bei Kinderu noch nie nachgewiesen worden, auch in der seither erschienenen Literatur konnte ich nichts Derartiges finden.

Chastenct<sup>22)</sup> fällt bei einem Fall acuter Melancholie

<sup>18)</sup> Emminghaus, a. a. O. S. 75.

<sup>19)</sup> Kelp, Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. XXXI. S. 96.

<sup>20)</sup> a. a. O. S. 118.

<sup>21)</sup> a. a. O. p. 118.

<sup>22)</sup> Chastenct, Annal. médic. psych. mars. 1891.

eines 15jährigen, noch nicht menstruirten, überhaupt in der Entwicklung zurückgebliebenen, belasteten Mädchens das Fehlen der gewöhnlichen Wahnideen von Verschuldung, Verlorensein etc. auf.

Wahnhafte Selbstunterschätzung ist, soweit mir bekannt, nur in 2 Fällen, bei einem 11jährigen Knaben und einem 12jährigen Mädchen, beobachtet worden<sup>23)</sup>.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass in diesen Fällen eine geistige Entwicklung über den Durchschnittstypus des betreffenden Alters hinaus, eine Frühreife dieser 2 Kinder bestand, wie ja überhaupt individuelle Abweichungen vom gewöhnlichen Entwicklungsgang des geistigen Lebens vorkommen.

Es schliesst sich hier am besten der Fall III an, bei welchem die spontane Angst fast als einziges psychisches Symptom einer functionellen Hirnstörung vorhanden ist. Die Angst ist bis jetzt nicht als besondere Krankheitsform aufgestellt worden, auch nicht in den Fällen, in welchen sie keine nebensächliche Erscheinung, sondern das klinische Grundsymptom der Erkrankung bildet. Auch dieser Fall würde kaum dazu beitragen, die Aufstellung einer besonderen Krankheitsform »Angst« zu rechtfertigen.

Die wechselnde Intensität, das anfallsweise Auftreten und die Unterbrechung durch leichte maniakalische Zustände wäre zwar kein Hinderniss für eine derartige Annahme, da jeder Krankheitsprocess Schwankungen unterworfen sein kann und gerade bei der Melancholie eine zeitweise Unterbrechung durch maniakalische Zustände, wie z. B. beim Kranken Z., nicht ganz selten beobachtet wird.

In unserem Falle tritt nun die Chlorose primär, d. h. nicht als Folge der Seelenstörung auf und auch derartig in den Vordergrund des Krankheitsbildes, dass es angezeigt ist, die Angstzustände nur als psychisches Symptom der Allgemeinerkrankung anzusehen. Die Erfahrung lehrt bekanntlich, dass die Chlorose, wie verschiedene andere Krankheiten, häufig das psychische Elementarsymptom der Angst mit sich bringt: an die Herzschwäche in Folge der Blutarmuth, also doppelt begründete Gehirnanämie, muss bei Erklärung dieser Erscheinung zuerst gedacht werden. Besonders bei belasteten Individuen giebt sich

<sup>23)</sup> a. a. O. p. 117, Fall von Kowalewski und Fall von Brierre de Boismont bei Stark, Irrenfreund 1870. p. 69.

die psychische Morbilität kund durch Auftreten dieses Symptoms während der Chlorose. Die Prädisposition documentirt sich in dem in Rede stehenden Falle durch psychische Belastung und durch die in der Familie auftretenden Degenerationszeichen.

Die Angst war bedingt durch wahnhaften Glauben an Gefahren, die unmittelbar bevorstehen sollten, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht. Die Aeußerung derselben zeigte keinen Unterschied von derjenigen der motivirten Angst, auch beim Kranken Z. nicht, wo sie sich steigerte bis zu explosiven Ausbrüchen mit lautem Jammern und Weinen, Anklammern am Fussende des Bettes oder Herausspringen aus demselben, Anfälle, welche übrigens bei diesem Kranken nur gegen Abend auftreten. Aengstigende Hallucinationen mögen dabei bestanden haben, indessen sind keine Anhaltspunkte für die Annahme derselben vorhanden. Eine Localisirung der Angst in irgend einem Körperteil wurde nicht beobachtet.

Von den körperlichen Phänomenen treten hier wie bei den übrigen von uns betrachteten pathologischen Affecten die motorischen Innervationsvorgänge in den Vordergrund. Der Versuch der Entlastung von dem psychischen Druck rief starke motorische Unruhe hervor. Schon die spontanen, unmotivirten Bewegungen von I und II im Stupor sind in diesem Sinne zu deuten. Die motorische Unruhe von Z. und H. während der Angstanfälle ist bereits erwähnt, hervorheben will ich nur die Verlegenheitsbewegungen von Z. und H., besonders bei Z., bei welchem in der Reconvalescenzperiode die ungewöhnliche Menge der in der Krankengeschichte erwähnten Verlegenheitsbewegungen das Krankheitsbild vollständig beherrschte.

Die Psychologen haben die Muskelbewegungen beim Affect schon lange als psychische Entladung aufgefasst z. B. Spencer:<sup>24)</sup> »Die diffuse Entladung, welche Gefühle jeder Art begleitet, übt auf den Körper eine Wirkung aus, nämlich, dass die Musculatur in Erregung versetzt wird. — Diese Gefühle rufen körperliche Thätigkeit hervor, die um so lebhafter ist, je intensiver sie selbst sind. — Die auffälligste Besonderheit der Entladung, welche Gefühle jeder Art begleitet, ist der Umstand, dass sie Muskelzusammenziehungen hervorruft, deren Betrag der Höhe des Gefühls proportional ist.«

Lange gelangt an der Hand physiologischer Erfahrungen

<sup>24)</sup> H. Spencer, Principien der Psychologie II. §§ 496, 497.

zu der Annahme, dass vasomotorische Vorgänge die somatischen Substrate der Affecte sind, und dass alle übrigen emotionellen Phänomene erst secundär durch die vasomotorisch bedingten Aenderungen im Blutgehalt der einzelnen Organe verursacht werden. Das letztere ist natürlich nur eine physiologische Hypothese für die oben erwähnte psychologische Beobachtung. Gleichviel durch welchen Vorgang diese motorischen Begleiterscheinungen der physiologischen oder pathologischen Affecte hervorgerufen werden, sie führen öfters wenigstens zu einer wirklichen Entladung d. h. Entlastung.

Der psychische Mechanismus derselben ist leicht zu erklären. Bei der Trauer, Angst, Verlegenheit prävalirt eine einzige peinliche Vorstellung im Bewusstsein. Durch eine Bewegung wird der monotone Zustand des Denkkorgans verändert, indem die Anschauungs- und Tastbilder der Bewegungsvorgänge selbst zum Bewusstsein kommen und so die frühere Vorstellung ausgelöscht wird. Damit ist die psychische Entladung für den Moment erreicht, da in der Zeiteinheit immer nur eine Vorstellung im Bewusstsein verweilen kann. Durch ihre kurze Dauer sind sie aber nicht im Stande, die prävalirende peinliche Vorstellung zu verwischen, weit mehr sind dieser Wirkung sensorische oder sensorielle oder abstracte Vorstellungen fähig. Innerhalb der Breite der Gesundheit spielen sich derartige Vorgänge öfters ab: ich erinnere nur z. B. an die Zerstreung durch geistige Arbeit bei Trauer. Bei der spontanen Trauer, Angst oder Verlegenheit, wenigstens derjenigen des Erwachsenen, ist eine solche Ableitung d. h. Aufmerksamkeit auf andere Vorstellungen nur schwer möglich, während beim Kinde das Halten der peinlichen Vorstellung nicht so intensiv ist. Der Kranke Z. lacht, wie oben erwähnt wurde, beim Vorhalten eines Bilderbuches, mitten aus dem Stupor heraus, laut auf und sieht auch noch unter Lächeln verschiedene andere Bilder an. Auch betrachtet er manchmal neugierig seine Umgebung und lacht über irgendwelche Bemerkungen derselben, um nach einigen Secunden oder auch Minuten wieder in den stuporösen Zustand zurückzufallen. Dasselbe wurde auch bei Fall I beobachtet.

Es ist ausgeschlossen, dass diese Erscheinungen sogenannte Masken der Angst im Sinne von Dick<sup>25)</sup> waren, die nach den

<sup>25)</sup> Dick, Allgem. Zeitschrift f. Psychologie Bd. 33, p. 230, und Emminghaus, a. a. O. p. 72.

oben erwähnten Auseinandersetzungen als psychische Entladungen auf motorischem Gebiet aufzufassen sind. Vielleicht aber war das laute und lustige Benehmen, welches der Kranke III bisweilen zeigte, eine solche Maske. In der Anstalt selbst wurden derartige Zustände bei ihm nicht bemerkt; deshalb kann wegen Mangels an eigener Beobachtung diese Auffassung nicht von vornherein als sicher hingestellt werden.

Der Fall IV muss der Krankheitsform der Manie zugerechnet werden. Das Krankheitsbild ist allerdings kein reines, schon deshalb nicht, weil es auf dem Boden einer wenn auch mässigen Imbecillität entstand. Die Verwerthung der einzelnen Symptome als diagnostisch wichtiger Varietäten der Erscheinungsweise der Manie bei Kindern ist erschwert durch diesen Umstand. Die Characteristica der Manie, die heitere Verstimmung und der Bewegungsdrang, die bei Kindern als psychopathisch erst kenntlich wird, wenn sie lange keine Ermüdung zeigen, oder ernsten Zureden Erwachsener nicht weichen, sind hier vorhanden. Doch ist nicht zu verkennen, dass diese Symptome durch ihre kindische Ausdrucksweise — Verhalten bei der Untersuchung, Davonlaufen bei der Visite — auffallen. Die Ideenflucht hat sich in den ersten Tagen zu einem deliranten Zustande gesteigert. Der Kranke ist nicht orientirt, doch nicht so, dass er nicht Notiz nähme von seiner Umgebung. Dass er alles bemerkt, was in seiner Umgebung vorgeht, ersieht man aus seinem ganzen Verhalten; seine Apperception der Aussenwelt ist nur derartig gesteigert, dass jeder Sinneseindruck den andern in der kürzesten Zeit wieder verdrängt, so dass Faselei entsteht wegen zu kurzer Dauer der einzelnen Vorstellungen.

Selbstüberschätzungsideen äusserte der Kranke nicht. Auch Z. producirt keine solchen während seiner leichten maniakalischen Exaltationen. Er gab retrospectiv an, dass er eben lustig gewesen sei, er wisse nicht warum.

Man kann dies kaum als Parallelvorgang ansehen zu dem Fehlen von ausgesprochenem Kleinheitswahn bei Kindern, besonders da unser Fall in dieser Hinsicht vereinzelt dasteht. Emminghaus<sup>26)</sup> erwähnt, dass alle maniakalischen Kinder renommiren und prahlen, Projecte und Pläne machen, dass diese Grössenideen aber nicht fest und nicht lange haften, wohl auch später von den Kindern selbst als Spässe bezeichnet werden.

<sup>26)</sup> Emminghaus, a. a. O. p. 19.

Ausserdem kommt bei Kindern die Steigerung der an und für sich lebendigen Phantasie in Betracht, so dass man in einer hingeworfenen Grössenidee nicht gleich einen Erklärungsversuch der gehobenen Stimmung zu suchen braucht.

Immerhin scheint es mir, als ob wenigstens bei einem Theil der in der Literatur angeführten Fälle, wie bei dem hier beobachteten, eine vollständige Hingabe an die durch den Krankheitsprocess bedingte Euphorie bestand, »ein elementares Vergnügen an der Functionirung der Sinnesbahnen und deren Centren«, ohne dass sie von einer luxuriirenden Thätigkeit der Phantasie begleitet wurde.

Wie in den 3 ersten Fällen, war auch hier und zwar noch in höherem Maasse der Zustand starken Schwankungen unterworfen. Diese Schwankungen der Manie bis zu Stupor mit einfacher Regungslosigkeit, worauf schon Pannier<sup>27)</sup> hingewiesen hat, wurden auch sonst bei Kindern öfters constatirt, wie überhaupt bei Kindern die Constanz des Krankheitsbildes offenbar keine so strenge ist.

Das Bild des melancholischen Stadiums glich dem der Fälle I und II. Der motorischen Unruhe folgte Regungslosigkeit. An die Stelle der heiteren Laune trat eine weinerliche oder ängstliche Stimmung. Wie bei I und II trat Mutacismus ein, der bei kindlichen Melancholikern eher und häufiger aufzutreten scheint als bei Erwachsenen. Der Kranke Z. giebt retrospectiv an, dass er nicht wisse, warum er nicht geredet habe, er habe keinen bestimmten Grund zum Schweigen gehabt. Es ist dies offenbar bloss eine Parallelerscheinung zu der beim kindlichen Melancholiker starken Depression der motorischen Innervation sämtlicher Muskelgebiete bis zur Regungslosigkeit. Eine Hemmung aus irgend einem psychischen Grunde fand nicht statt, auch nicht bei der Nahrungsverweigerung von Fall I und II. Diese ist ebenfalls in obigem Sinne zu deuten, nicht etwa als eine krankhafte Aversion oder gar als Consequenz des Kleinheitswahns.

Die Kranken der Beobachtungen I und II geben beide an, sie hätten nicht essen können, wüssten aber nicht warum.

Von perversen Gelüsten sind folgende zu erwähnen: Das Schmieren mit Koth ist bei Fall IV und zwar nur einmal be-

---

<sup>27)</sup> Pannier, Des affect. ment. chez les enfants etc. en partie de la manie; Thèse. Paris, 1856. p. 19.

obachtet. Diese Erscheinung hat hier als vorübergehendes Symptom auf dem Höhestadium der Manie dieselbe Bedeutung wie beim Erwachsenen: es ist das Gellüste, mit den Objecten der Umgebung eine Veränderung vorzunehmen. Dann der Wunsch, sich nach einigen kranken einen gesunden Zahn ausziehen zu lassen, offenbar in Folge hochgradiger Analgesie, die derselbe Kranke auch durch absichtliches Wegreissen eines Nagels bekundete.

Für die Auffassung der Melancholie und Manie, als einer rein functionellen Erkrankung der Hirnrinde, geben uns die Fälle II und IV einen noch schlagenderen Beweis als z. B. die circuläre Geistesstörung ihn liefert.

Die öfters beobachtete plötzliche Unterbrechung des Stupors durch Lachen und Theilnahme an der Umgebung, die gerade so rasche Wiederkehr des ursprünglichen Zustandes, die 3mal beobachtete, etwa 1 Stunde dauernde maniakalische Exaltation bei II, der Wechsel von melancholischem und maniakalischem Zustand bei IV und der Eintritt der völligen Genesung stimmt mit dieser Anschauung überein. Es muss diesen Zuständen eine Funktionsstörung zu Grunde liegen, die momentan einsetzen, aufhören und in das Gegenteil umschlagen kann. Für die Erkennung des Wesens dieser Funktionsstörung geben uns die erwähnten Fälle keine besseren Anhaltspunkte, als dieselben Störungen Erwachsener, doch weisen sie uns immerhin stark auf Störungen vasomotorischer Vorgänge hin.

Bei den Fällen I und II fand sich an der Herzspitze ein leichtes systolisches Blasen, verbreiteter und hebender Spitzenschlag, Venensausen, frequenter Puls. Venensausen findet sich auch bei Fall III, bei I, II und III Anämie. Bei IV war keine Anämie, auch nichts Besonderes am Herzen zu finden. Bei Z, bei welchem genaue Beobachtung in dieser Hinsicht vorliegt, wurde bei der Entlassung die Rückkehr der Circulationsvorgänge zur Norm festgestellt.

Die Circulationsverhältnisse und die Blutbeschaffenheit waren also in Fall I-III wohl derartige, dass sie eine dyspnoetische Ernährungsphase der Hirnrinde im Sinne Meynert's<sup>28)</sup> herbeiführen konnten. Und zwar betreffen diese Störungen ein Centralorgan, dessen Morbilität durch die hereditäre Belastung in

<sup>28)</sup> Meynert, Psychiatrie, Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns. Wien, 1884. I. S. 269.

jedem Fall erwiesen war. Als Parallelfall will ich hier einen älteren melancholischen Kranken erwähnen, der augenblicklich in der hiesigen Klinik behandelt wird; derselbe ist mit einer Mitralinsuffizienz und mit Emphysem behaftet. Dieses besonders bei älteren Individuen so häufige Circulationshinderniss, welches dazu noch in unserem Fall gut compensirt ist, hätte kaum jemals eine psychische Störung veranlasst, wenn nicht durch ausgesprochene hereditäre Belastung das Centralnervensystem weniger widerstandsfähig wäre. Der Kranke starb unterdessen an einer Pneumonie. Das Sectionsergebniss bestätigte die klinische Diagnose. Neben Stauungserscheinungen in Leber, Nieren, Milz zeigte sich eine starke Anfüllung und Ausdehnung der Gehirnvenen und eine rosarothte Färbung der grauen und weissen Substanz, wie sie sonst nur bei Kindern vorkommt. Die mikroskopische Untersuchung ist noch nicht gemacht.

Leider kann nur bei III die Chlorose als primär erkannt werden, während bei I und II uns die Beobachtungen in dieser Hinsicht im Stiche lassen, so dass hier wieder die Frage, welche Erscheinungen im Krankheitsbilde primär, welche secundär waren, offen gelassen werden muss, ebenso wie bei einem anderen Falle, einem 15jährigen Knaben, dessen Krankengeschichte ich deshalb nicht ausführlich mittheile, weil sich bei ihm der Eintritt der Pubertät durch Entwickelung der Schamhaare anzeigte.

Bei diesem Falle war ebenfalls der Spitzstoss verbreitert, der Puls klein und an der Spitze war ein schwaches systolisches Geräusch zu hören.

V. Caroline E., 7 Jahre alt, aufgenommen 20. X. 1887, entlassen 29. XI. 1887.

Der Vater ist ein reizbarer, jähzorniger Mensch, welcher zeitweise in solche Wuth geräth, dass vollständige Ausschaltung des Bewusstseins eintritt. Geistes- und Nervenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein.

Patientin blieb körperlich etwas schwächlich, geistig entwickelte sie sich sehr gut, war sogar etwas frühreif. Am 17. VI. 1887 wurde sie vom Lehrer heftig (?) auf den Rücken geschlagen. Es wurden blutunterlaufene Striemen constatirt, die über den linken Oberarm, das linke Schulterblatt bis zur Wirbelsäule gingen.

Seit dieser Zeit war das Kind verstört, furchtsam und traurig. Es ass schlecht, litt überhaupt damals an einem fieberhaften Magenkatarrh. Seit dem 16. August soll es gar nichts mehr zu sich genommen haben (?). Am 31. Juli wurde es vom Arzte zum ersten Male untersucht. Es war sehr blass, furchtsam und scheu; die geringste Berührung rief heftige Schmerzáusserungen hervor. Dabei traten starke klonische Krämpfe an den Händen auf, besonders an der linken, wobei

die Daumen eingeschlagen, die Finger zusammengezogen und eine Faust gebildet wurde. Mit den Armen wurden zu gleicher Zeit unaufhörliche, stossende Bewegungen gemacht. An den Beinen wurden zu dieser Zeit keine Krämpfe, keine Contracturen bemerkt, dagegen starke Krämpfe in der Gesichtsmusculatur. Der Kopf war nach vorn gebeugt, der Gang derartig, dass das Kind meistens auf den Zehen ging. Auf Fragen gab es wenig oder gar keine Antwort, und wenn es sprach, so drückte es sich so mühsam aus, dass man den Eindruck bekam, es wäre schwer besinnlich. Im Verlauf von 2—3 Wochen traten noch Contracturen der Wadenmusculatur hinzu. Es legten sich beide Unterschenkel an die Oberschenkel an, eine Streckung war nur unter Anwendung starker Gewalt möglich. In dieser Lage beharrte das Kind fortwährend. Ausserdem stellten sich Schlingkrämpfe ein und Weinkrämpfe, welche stundenlang andauerten, wobei es immerfort stöhnende Inspirationen machte. Von Ende August ab konnte das Kind nicht mehr stehen und wenn man es aufhob, erschien die Rückenwirbelsäule steif und unregelmässig gebogen, der Kopf rückwärts gebeugt, die Oberschenkel an den Bauch gezogen.

Status: Das Kind wird in verahrlostem Zustande in die Klinik gebracht. Die Kopfhaare sind ganz verfilzt und wimmeln von Pediculi. Es ist äusserst abgemagert, das Gewicht beträgt 16 Kilo. Es beantwortet keine Frage, schreit bei der leisesten Berührung und hält die Augen krampfhaft geschlossen. Die Unterschenkel sind ad maximum gebeugt, so dass die Fussrücken den Nates anliegen.

Eine genaue Untersuchung ist nicht möglich, weil Patientin bei der Berührung sofort anfängt zu schreien. Beim Versuch, ihr etwas zu essen zu geben, versichert sie, nicht schlucken zu können, es thäte ihr zu weh. Am Abend wird der Versuch gemacht, die Beine durch den galvanischen Strom zu strecken. Die Contractur wird soweit gelockert, dass die Unterschenkel fast rechtwinklig zum Oberschenkel stehen. Später trinkt Patientin heimlich ein Glas Wasser. Darauf aufmerksam gemacht, dass sie doch schlucken könne, bittet sie um Milch, »ich möchte Milch haben, das giebt Blut«. Sie nimmt darauf etwas Essen zu sich. Die Augen sind noch fest geschlossen. Temperatur 38,2 Ab.

Decursus. 21. X. Patientin hat gut geschlafen, äussert bei der Morgens Visite: »ich möchte wieder gesund werden«. Die Contracturen bestehen noch wie vorher. Sie nimmt reichlich Milch und Brod zu sich und öffnet, wenn sie sich unbeachtet glaubt, die Augen, sagt auch, sie möchte wieder gehen lernen. Nach längerem Zureden macht sie schliesslich die Augen auf. Nachdem ihr Nachmittags die Oberwärtlerin Märchen erzählt hatte von Kindern, die auch nicht gehen konnten und es dann doch fertig brachten, streckt sie allmählich auch die Beine und läuft sofort flott in der Stube umher. Am Abend ist sie schon ganz zutraulich, steht Rede und Antwort und macht einen ganz aufgeweckten Eindruck.

22. X. Patientin ist ordentlich, geht jetzt in Schuhen. Die körperliche Untersuchung ergibt keinerlei Abnormitäten.

23. X. Schreibt einen Brief nach Hause.

27. X. Fängt an zu würgen und über Schlingbeschwerden zu

klagen, konnte aber durch Zureden rasch davon abgebracht werden. Gewicht 20,0.

Von jetzt an ist sie brav und folgsam, ohne abnorme psychische Erscheinungen. Nur am 10. XI. suchte sie bei Gelegenheit eines Examens, das über jenen Vorfall in der Schule mit ihr vorgenommen wurde, dasselbe Bild wie bei der Aufnahme vorzuspielen. Sie kneift die Augen krampfhaft zu, behauptet nicht schlucken zu können, fängt an zu würgen und zieht die Beine in die Höhe. Energisches Zureden beseitigt rasch alle Symptome.

Von jetzt an zeigte sie nichts Krankhaftes mehr und wurde am 29. II. 1887 entlassen.

Die Katamnese ergibt, dass sie zu Hause offenbar wieder Rückfälle bekam, lautet aber vom Ende des Jahres 1888 an günstig.

Die Erwähnung dieses Falles in einer Casuistik von psychischen Erkrankungen kindlicher Individuen bedarf heutzutage wohl kaum mehr einer besonderen Begründung. Es ist schon mehrfach, besonders von deutschen Autoren betont worden, dass die Hysterie nichts Anderes ist, als eine psychische Störung und dass der psychopathische Charakter sämtlichen Erscheinungen anhaftet, unter denen diese Neurose zur Beobachtung kommt, also auch den sensiblen, motorischen und vasomotorischen Störungen, abgesehen von den im engeren Sinne psychischen Symptomen. Die psychische Grundlage sämtlicher Symptome unseres Krankheitsbildes kann wohl kaum besser bewiesen werden, als durch die Beseitigung derselben nach eintägigem Aufenthalt in der Klinik fast einzig und allein durch psychische Behandlung oder durch das kurze Auftreten dieser Symptome auf den psychischen Reiz eines Krankenexamens hin. An welcher Stelle der motorischen Bahnen — bulbäre Symptome wurden hier nicht beobachtet — der psychische Reiz eingesetzt haben mag, im motorischen Rindengebiet oder weiter unten im Meynert'schen Projectionssystem, ist für diese Frage irrelevant. Zwar kann man sich der Vermuthung nicht erwehren, dass Vieles in dem Krankheitsbilde dieses Kindes Schauspiel war, oder wenigstens vorhandene Störungen übertrieben und neue hinzusimulirt wurden. Aber eine derartige Simulation und Aggravation durch Monate hindurch bedeutet beim Kinde, wo man weniger von einem Willen als von Begehren sprechen kann, an und für sich schon eine schwere psychische Alteration und ist in Folge dessen als Theilerscheinung der Krankheit aufzufassen. Eine vollständige Simulation ist schon deshalb ausgeschlossen, weil das siebenjährige Kind, wenn es auch

frühreif genannt wird, unmöglich dieses classische Krankheitsbild von Hysterie vortäuschen konnte.

Ich schliesse mich hier, besonders bezüglich der Contracturstellung der Beine, der Anschauung an, welche in einer neueren Arbeit<sup>29)</sup> über Hysterie bei Kindern ausgesprochen wird. Der Verfasser will dem Patienten keine Simulation, d. h. Weigerung, das Bein zu strecken, unterschieben, sondern nimmt eine Verkürzung der betreffenden Muskelgruppen an im Sinne einer cerebralen Reizung. Die Patientin hat die Herrschaft über den Willen in dieser bestimmten Richtung verloren, man kann nicht sagen: sie »will nicht«, sondern »kann nicht wollen«.

Die Pathogenese unseres Falles stimmt mit der bei der Hysterie allgemein angenommenen überein. Die Krankheit entstand auf Grundlage erblicher Prädisposition (pathologischer Charakter des Vaters), die sich in der schwachen körperlichen Entwicklung und Frühreife des Kindes bekundete, und hatte zur Gelegenheitsursache eine leichte körperliche Verletzung, verbunden mit einer Gemüthsdepression.

Erwähnenswerth scheint mir das Auftreten von starken Krämpfen in den Muskeln des Facialisgebietes, welche man jedenfalls bei Hysterie selten sieht. Meynert erachtet sogar das Fehlen motorischer Störungen in den vom Facialis versorgten Muskeln als pathognomonisch für die hysterischen Motilitätsstörungen.

Strassmann<sup>30)</sup> erwähnt auch einen Fall von hysterischer Aphasie bei einem Knaben, combinirt mit Facialisparese, Trismus und Spasmus.

Die übrigen motorischen Störungen — Schling- und Athmungskrämpfe, (Globus hystericus), Schrei- und Weinkrämpfe, Contracturen, Opisthotonus — sind bei infantiler Hysterie häufig zu finden.

Ob das Schreien bei jeder Berührung auf wirklicher allgemeiner Hyperalgie beruhte, konnte nicht nachgewiesen werden; es ist dieses Symptom indessen bei Kindern schon beobachtet worden<sup>31)</sup>.

Die öfters beobachtete schwere Besinnlichkeit der Kranken

<sup>29)</sup> H. v. Tietzen-Hennig, Inaug.-Dissert. Freiburg, 1890.

<sup>30)</sup> Arnold Strassmann, Deutsche med. Wochenschr. XV. Nr. 10.

<sup>31)</sup> Weiss, Archiv f. Kinderheilkunde. V. 1884. S. 451 (13jähr. Knabe).

kann man vielleicht als hypnotischen Zustand, Somnambulismus, auffassen, dessen Auftreten nach Emminghaus<sup>32)</sup> für die infantile Hysterie am Tage ganz charakteristisch ist.

Die hysterische Gemüthsveränderung documentirte sich in dem reizbaren, ja unflätigen Wesen des Kindes, wenn man etwas mit ihm versuchen wollte, in seiner Sucht neue Symptome hinzu zu simuliren, z. B. dem Vorgeben, nicht schlucken zu können, während es heimlich Wasser trank oder in der Behauptung, es könne die Augen nicht öffnen, während es durch einen feinen Spalt der fast geschlossenen Lider Alles beobachtete.

Der Erfolg der Behandlung ergiebt, dass der Schwerpunkt der Therapie auf die psychische Behandlung fällt, die auch schon längst von allen Autoren als einer der hauptsächlichsten Heilfactoren anerkannt wird. Emminghaus<sup>33)</sup> empfiehlt, in allen schweren Fällen die Kranken in eine entsprechende Heilanstalt<sup>34)</sup> zu verbringen, da die Kinder in der häuslichen Pflege nicht prosperiren, weil sie mehr oder weniger verhätschelt werden.

Unser Fall ist ein Paradigma zu diesem Ausspruch, besonders da er zu Hause, wie katamnestiche Erkundigungen ergaben, recidivirt hat.

VI. Dieser Fall betrifft einen 7  $\frac{1}{2}$  Jahre alten, väterlicher und mütterlicherseits stark belasteten, Knaben N. N., der an Chorea litt. Ausserdem litt er an zahlreichen, jeden Tag auftretenden Anfällen epileptiformer oder hysterischer Natur zuerst ohne, später mit Bewusstseintrübung.

Die ausführliche Krankengeschichte gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit, ich will nur einige psychische Symptome aus derselben hervorheben.

Soltmann<sup>35)</sup> erwähnt, dass psychische Störungen bei Chorea sehr häufig vorkommen, dass sie vielgestaltig sind und nichts Specificisches bieten. Am häufigsten sind es neuropathische Zustände, welche der Neurasthenia cerebralis gleichen.

In unserem Falle waren es auch nur einige Anomalien

<sup>32)</sup> a. a. O. p. 282.

<sup>33)</sup> p. 286.

<sup>34)</sup> Pickler erwähnt einen Fall von infantiler Hysterie nach Marnern, bei welchem die Heilung durch die Angst vor dem Spitalaufenthalt herbeigeführt wurde.

<sup>35)</sup> Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. V., H. 2. S. 158.

auf den Gebieten des Fühlens, Vorstellens und Begehrens, welche das Krankheitsbild begleiteten, abgesehen von den Bewusstseinsalterationen, die vor, während und nach den Anfällen auftraten.

Z. B. hatte der Knabe bisweilen einen unwiderstehlichen Zerstörungstrieb, dem Alles, was er gerade in Händen hatte, zum Opfer fiel. Es mag dieser Vorgang eine Parallele sein zu dem bei epileptischem Irresein beobachteten Zerstörungstrieb<sup>36)</sup>.

Ferner fiel ein gewisser Grad von Altklugheit auf, hauptsächlich bei Reden über die eigenen Anfälle. Eine solche einseitige Förderung des Vorstellungsverlaufs findet man fast bei allen Psychosen. Grosse Aehnlichkeit bietet diese Erscheinung mit der bekannten Altklugheit hypochondrischer Kinder in Sachen ihrer Gesundheit.

Auffallend war auch seine über das Maass des Gewöhnlichen hinausgehende Schreckhaftigkeit und eine gewisse Zurückhaltung, offenbare Verlegenheit beim Besuch seiner Eltern.

Verlegenheit kann bei Kindern nur unter gewissen Bedingungen als krankhaft aufgefasst werden, z. B., wenn sie vor den eigenen Angehörigen, ohne dass Bewusstsein einer Schuld besteht, auftritt wie in diesem Falle und bei III vor den Eltern, bei II vor seinem Bruder und seinen Kameraden, oder wenn sie wie bei II in einer ungewöhnlichen Intensität auftritt. Die Menge der dabei auftretenden Verlegenheitsbewegungen (bereits oben erwähnt) waren offenbar proportional der inneren Erregung.

Bei der Betrachtung der ätiologischen Verhältnisse unserer 6 Fälle kommt die erbliche Prädisposition in der überwiegenden Mehrzahl, nämlich 5mal, in Frage. Und zwar ist es 3mal die indirecte Vererbung, Vererbung per saltum (Burrow's), die sich anerkannter Weise schon im Kindesalter bemerkbar machen kann. Entsprechend den Resultaten der bisherigen Statistik spielt auch hier der Einfluss der Mutter die wesentlichere Rolle. In den Fällen I, II und III sind im mütterlichen Stammbaum ausgesprochene Psychosen nachzuweisen. Fall VI ist von beiden Erzeugern her erblich belastet.

Die gesteigerte psychische Morbilität auf Grund der erblichen Prädisposition tritt deutlich bei Fall II zu Tage, in welchem Seitens der Eltern eine psychische Alteration bei

<sup>36)</sup> Emminghaus, a. a. O. p. 88.

parasitärer Erkrankung des Darmes beobachtet wurde. Dass dagegen der in der Klinik bei Fall I beobachteten Helminthiasis eine erhebliche ätiologische Bedeutung zufällt, muss in Abrede gestellt werden. Der Schluss *ex iuvantibus* spricht bündig dagegen, da auf die Abtreibung der Würmer hin eine Aenderung im psychischen Zustand nicht eintrat.

Degenerationszeichen, wie solche, die hereditär belastete Kinder häufig darbieten, zeigt uns Fall III und der in der Einleitung erwähnte Fall K. Sch., der an einer Zehe eine doppelte Phalange, eine Asymetrie des Gesichts und fehlerhafte Stellung und Defecte der Zahnreihe aufweist.

Die erworbene Prädisposition kommt in Fall IV vor, wohl unzweifelhaft Meningitis im Kindesalter, welche zu mässiger Imbecillität führte. Als veranlassende Ursache spielten in diesem Falle jedenfalls ab und zu begangene Alkoholexcesse mit, im Falle A. Sch. ist eine acute Alkoholintoxication die directe Ursache der Epilepsie, welche in typischer Weise die geistigen Functionen geschädigt hat.

Im Fall III ist es ziemlich sicher, dass die Chlorose, welche den psychopathischen Process begleitete, auch directe Veranlassung gab zu Störungen im Centralnervensystem, dessen Morbilität durch die Vererbung (psychische und Degenerationszeichen) begründet war.

Welche Bedeutung der Anämie in Fall I und II zukam, ob sie primär oder secundär auftrat, bleibt unentschieden, wie ich oben dargelegt habe. Jedenfalls wurde auch hier, gleich den von Emminghaus<sup>37)</sup> beobachteten Fällen, eine Besserung der Anämie Schritt für Schritt mit der psychischen Reconvalenz bemerkt.

Die Erwähnung der Circulationsstörungen bei Betrachtung der ätiologischen Verhältnisse führt zu der principiellen Frage: sind dieselben primär oder Folgeerscheinungen der Psychose? Wir haben bis jetzt keine Mittel, diese Frage zu entscheiden<sup>38)</sup> und sind daher auf die Sammlung des klinischen Materials angewiesen.

Die Fälle I, II, VI und auch der nur nebenbei erwähnte Fall von Psychose im Jugendalter bei dem 15 Jahre alten

<sup>37)</sup> Emminghaus, a. a. O. p. 50.

<sup>38)</sup> weil die Krankengeschichten bei der Aufnahme von diesen Dingen nichts angeben.

Knaben E. B. haben alle ein systolisches Blasen an der Herzspitze und einen verbreiterten hebenden Spitzenstoss. Fall VI hat ausserdem noch einen gespaltenen 2. Pulmonalton und unregelmässige Herzaction aufzuweisen. Fall III zeigt die für Chlorose charakteristischen Circulationsanomalien und ist ätiologisch am besten aufgeklärt; die übrigen Fälle könnte man nur auf Grund des Analogieschlusses in diesem Sinne verwerthen. Jedenfalls aber muss der Umstand, dass unter 7 functionellen Psychosen 5 Fälle ausgesprochene Circulationsstörungen zeigen, auf die Vermuthung hinleiten, dass den Psychosen dieser kindlichen Individuen Störungen der vasomotorischen Functionen und der Innervation des Herzens zu Grunde gelegen haben.

Ein Blick auf die Verhältnisse des Körpergewichts bei unseren Kranken ergiebt keine von denen der Erwachsenen abweichende Verhältnisse. Die Zunahme des Körpergewichts geht bei jedem Fall Hand in Hand mit der Besserung des geistigen Zustandes.

Ich schliesse meine Arbeit mit der Hoffnung, dass die vorgeführte Casuistik jenem vor fast 20 Jahren von Berkhan ausgesprochenen Bedürfniss, von dem Eingangs die Rede war, soweit es an ihr sein kann, Rechnung tragen und für eine spätere Bearbeitung der Psychopathologie des Kindesalters nicht ganz ohne Nutzen sein wird. Denn es war mir möglich, nicht nur einige bereits erworbene Erfahrungen auf dem Gebiete der Kinderpsychosen — der sehr wesentliche Einfluss der Erbllichkeit — zu bestätigen, sondern auch einen als im Ganzen neuen Gesichtspunkt der klinischen Betrachtung des infantilen Irreseins, die Bedeutung von Circulationsstörungen, betonen zu können.

Zum Schlusse bleibt mir noch die Aufgabe, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Emminghaus sowohl für die Anregung zu dieser Arbeit als auch für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Druckfehler.

Seite 6, Zeile 5 v. u. ist zu lesen: Tietzen statt Fitzen.  
» 11, » 13 v. o. » » » Jugularis statt Ingularis.



13352

