



Aus der
psychiatrischen Klinik in Strassburg.

Beiträge zur Kenntniss
der
Aetiologie und Genese
psychischer Störungen im Kindesalter.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät

der

Kaiser - Wilhelms - Universität Strassburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Julius Moses

aus Rodalben (Pfalz).



STRASSBURG i. E.

Buchdruckerei C. Goeller, Magdalenengasse 20.

1892.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen
Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Fürstner.

Meinem lieben Vater

und dem Andenken

meiner teuren, unvergesslichen Mutter.



Die Erforschung der Ursachen und der Entwicklungsgeschichte psychischer Störungen im Kindesalter ist eine der dankbarsten Aufgaben der psychiatrischen Wissenschaft. Die Schwierigkeiten und Hemmnisse, welche uns bei Feststellung der Aetiologie und Pathogenese der Geisteskrankheiten Erwachsener entgegenzutreten pflegen, sind bei kindlichen Psychosen ungleich geringer und leichter zu überwinden. Während wir bei Erwachsenen häufig über die eigentliche Ursache der psychischen Erkrankung im Unklaren bleiben und bei Feststellung derselben erst eine Reihe von Möglichkeiten zu beachten und auszuschalten haben, tritt bei Kindern gewöhnlich ein bestimmtes ätiologisches Moment scharf hervor. So ist dem Arzte Gelegenheit geboten, die Entstehungsgeschichte von Geisteskrankheiten von ihren ersten Anfängen an genau zu studiren und Einsicht zu gewinnen in Dinge, welche bei den Psychosen Erwachsener oft genug dunkel und rätselhaft erscheinen. Dadurch wird die psychiatrische Erfahrung nicht unerheblich bereichert; zugleich wird aber bei fortschreitender Erkenntnis der Entwicklung solcher Seelenanomalien der Schleier immer mehr gelüftet, der auf der Entstehungsgeschichte des normalen Geisteslebens ruht.

Nicht minder hoch ist der Wert des Studiums der kindlichen Psychosen in praktischer Beziehung. Es lehrt uns, wie der Schwerpunkt der Prophylaxe der Geisteskrankheiten in der richtigen Pflege, Behandlung und Erziehung der Kinder liegt, und dem Arzte wird

so die Aussicht eröffnet, durch Belehrung der Gesellschaft und Einwirkung auf Eltern, Lehrer und Erzieher manche psychische Existenz vor dem Verfall bewahren zu können.

Fragen wir nun, ob dieser ausserordentlich hohen Bedeutung des Studiums der Kinderpsychosen eine ebenmässige Bearbeitung dieses Gegenstandes in der psychiatrischen Literatur entspricht, so lehrt uns die Geschichte der kindlichen Psychosen, dass, seitdem überhaupt die Psychiatrie sich den Seelenstörungen der Kinder zugewandt hat, auf diesem Gebiete bis in die jüngste Zeit hinein von Irren- und Kinderärzten rühlig gearbeitet und demgemäss Erspriessliches geleistet wurde. Aber alle diese Arbeiten datiren erst von so kurzer Zeit her und die Beobachtungen von kindlichen Geisteskrankheiten sind verhältnismässig so selten, dass Emminghaus *), der das umfassendste Werk über Kinderpsychosen in der neuesten Zeit geschrieben und alle veröffentlichten Fälle gesammelt hat, seiner Arbeit im Ganzen kaum 200 Fälle zu Grunde legen konnte; und unter diesen waren es nur 103, bei denen der genannte Autor ein ätiologisches Moment angegeben fand.

Ich hielt es desshalb für angemessen, die in der hiesigen psychiatrischen Klinik während der letzten drei Jahre zur Beobachtung gelangten Fälle psychischer Erkrankungen im Kindesalter, welche zu bearbeiten Herr Professor Fürstner mir gütigst gestattet hat, einer Durchsicht in der Absicht zu unterwerfen, um die bei denselben aufgezeichneten Daten über die Entstehungsursachen und Entstehungsart als Beiträge zur Lehre von der Pathogenese kindlicher Geistesanomalien zu veröffentlichen.

*) Die psychischen Störungen des Kindesalters 1887.

Es sind zusammen 42 Fälle, über die wir verfügen. Wir haben dabei die Idioten und Schwachsinnigen nicht mitgerechnet, die überhaupt in der folgenden Darstellung nur soweit Berücksichtigung gefunden haben, als sie zum Verständnisse anderer Fälle verwertet werden konnten. Als Altersgrenze haben wir das 14. Lebensjahr angenommen. Es soll ferner vorausgeschickt werden, dass ein grosser Teil der Patienten nur poliklinisch vorgestellt und ambulant behandelt wurde, weshalb die Symptomalogie und der Verlauf der Krankheit oft nicht ausführlich genug dargestellt sind, was allerdings für unseren Zweck von keinem sehr wesentlichen Nachteile sein dürfte.

Zur Frage nach dem Einflusse, welchen das Geschlecht auf die Prädisposition zu Geisteskrankheiten im kindlichen Alter ausübt, teilen wir mit, dass sich unter unseren Patienten 23 Knaben und 19 Mädchen befinden. Das in diesen Zahlen ausgedrückte Verhältniss entspricht ungefähr den in den Statistiken über diesen Gegenstand enthaltenen Angaben. Aus allen diesen geht ein geringes Ueberwiegen der psychischen Erkrankungen bei Knaben hervor. So hat Emminghaus unter seinen gesammelten Fällen bei 163 das Geschlecht ermitteln können; es waren 93 männliche und 70 weibliche Individuen darunter.

Conolly *) nahm an, dass sich Knaben und Mädchen in Bezug auf Häufigkeit psychischer Erkrankungen gleich verhielten, dass es aber bei den Knaben eher und leichter auffiele und bei Mädchen ausserdem die Furcht der Angehörigen, die Chancen der künftigen Verheirathung zu vermindern, zur Verheimlichung Anlass gäbe.

*) Recollections of the varieties of insanity 1862.

Aehnlich äussert sich Zit *), der das Ueberwiegen der Knaben darauf zurückführt, dass bei Mädchen, die mehr auf Zurückgezogenheit und Häuslichkeit angewiesen seien, sich der Zustand leichter verheimlichen lasse. Wir werden gut thun, auch für die kleine Differenz in unseren Fällen andere als die von Conolly und Zit aufgestellten Gründe nicht heranzuziehen.

Ergiebt sich so im Allgemeinen in Bezug auf die Häufigkeit der Beteiligung der beiden Geschlechter an psychischen Erkrankungen im Kindesalter kaum ein Unterschied, so ist es eine vielfach nachgewiesene Tatsache, dass gegen Ende der Kindheit eine Differenz insofern hervortritt, als das Verhältniss zu Ungunsten der Mädchen umschlägt. Wir finden diese Angaben durch folgende tabellarische Uebersicht über die Altersverhältnisse unserer Patienten vollauf bestätigt.

Von unseren Patienten standen bei Ausbruch der Krankheit im Alter von:

2 Jahren	4 Knaben	—	Mädchen
3	2	2	2
4	2	—	2
5	2	—	2
6	2	1	2
7	2	2	2
9	1	1	2
10	6	2	2
11	1	3	2
12	—	4	2
13	—	3	2
14	—	1	2
Unbestimmt	1	—	2

Summa: 23 Knaben 19 Mädchen.

*) Centralblatt für Kinderkrankheiten. 2. Jahrgang 1872.

Wir halten unsere Zahlen für zu klein, um daraus weitergehende Schlüsse bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Psychosen in den einzelnen Abschnitten der Kindheit u. s. w. machen zu können; aber das oben angedeutete Verhältnis erfährt durch unsere Ziffern eine hinreichende Beleuchtung. Die psychischen Erkrankungen der Knaben begannen bis auf einen einzigen Krankheitsfall sämtlich im ersten Lebensdezenium. Die Mehrzahl der Mädchen aber, 11 von 19, erkrankte jenseits dieser Altersperiode.

Conolly*), Zit*), Scherpf**) machen übereinstimmend das Herannahen der Pubertät für den Zuwachs der weiblichen Geisteskrankheiten nach dem 10. Lebensjahre verantwortlich. So schreibt Conolly: „Beim Herannahen der Pubertät ist die Konstitution Erschütterungen unterworfen. Schon bei Mädchen unter 12 Jahren sind mir Anzeichen einer frühzeitigen Aktivität des Uterus und der Eierstöcke entgegengetreten. Wenn dies vorher beginnt, kennzeichnet das Mädchen ein eigentümliches, selbstisches, zänkisches, verdriessliches oder träumerisches Wesen, wirkliche Geistesabwesenheit oder Zerrfahrenheit, Auffälle von grosser Reizbarkeit kommen vor“.

Wir haben es uns angelegen sein lassen, bei unseren 11 Mädchen etwaige derartige Beziehungen zu ermitteln. Das einzige Bedeutsame, das wir dabei feststellen konnten, war der Umstand, dass von diesen 11 Individuen 6 an hysterischen Zuständen litten, ein Verhältnis, das um so auffallender ist, als wir ausser diesen 6 Fällen keine sonstigen hysterisch-psychischen Erkrankungen aufzuzählen haben. So unsicher auch noch die Lehre von der Genese der Hysterie ist, so steht doch

*) a. a. O.

**) Jahrbuch für Kinderheilkunde, 16. Bd. 1881.

über allem Zweifel fest, dass die schon in ihrem Namen ausgesprochenen Beziehungen dieser Neurose zu den Sexualorganen thatsächlich oft obwalten. Mit Bestimmtheit liess sich jedoch auch in unseren Fällen von derartigen Einflüssen nichts entdecken, nur in einem Falle wiesen vielleicht masturbatorische Neigungen darauf hin.

Indem wir nun die Besprechung der einzelnen ätiologischen Momente in Angriff nehmen, wenden wir uns zunächst der Betrachtung der Heredität zu.

Auch für die Geisteskrankheiten der Kinder stellt diese den wichtigsten ätiologischen Faktor dar. Weit entfernt, hier die stets im Vordergrunde des psychiatrischen Interesses stehende Erblichkeitsfrage in ihrer ganzen Ausdehnung erörtern zu wollen, müssen wir doch zum besseren Verständnisse unserer Krankheitsfälle in Kürze über den Stand dieser Frage, soweit sie sich mit den psychischen Störungen der Kinder beschäftigt, referieren. Denn die Rolle, welche der Heredität als dem bedeutungsvollsten ursächlichen Momente bei Geisteskrankheiten überhaupt zukommt, erfährt für die kindlichen Psychosen manigfache Abänderungen und Ergänzungen.

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass die statistischen Erhebungen über erbliche Belastung der Geisteskranken, welche bekanntlich oft sehr schwierig anzustellen und deshalb von mangelhaften Resultaten gefolgt sind, bei Kindern weniger Schwierigkeiten bieten und bessere, zuverlässigere Ergebnisse liefern. Die hauptsächlichsten Fehlerquellen bei statistischen Angaben über die Erblichkeitsverhältnisse Geisteskranker, Unwissenheit, Gleichgültigkeit, absichtliches Verschweigen und falsche Angaben von Seiten der Patienten und ihrer Angehörigen, werden bei Kindern in ihrer Wirkung erheblich abgeschwächt dadurch, dass die Gelegenheit

zur gründlichen Nachforschung leichter und damit die zu falschen Aussagen und zu Verheimlichungen geringer wird, indem die in Betracht kommenden Ascendenten, die Eltern in den meisten Fällen, oft auch die Grosseltern und sonstige Verwandten der Ascendenz noch am Leben oder wenigstens vor nicht zu langer Zeit verstorben sind. Dieser Umstand muss entschieden in Betracht gezogen werden, besonders dann, wenn es sich darum handelt, über die Verschiedenheiten, welche der Erblichkeitsfaktor in der Pathogenese kindlicher Psychosen im Vergleiche zu denen Erwachsener darbietet, Forschungen anzustellen; in den Statistiken ist er jedoch bis jetzt kaum beachtet worden. Die Vorteile indes, die sich daraus für den Statistiker bei Erhebungen über die hereditäre Belastung jugendlicher Geisteskranker ergeben, sind jedenfalls den meisten Statistiken, welche diesen Gegenstand zum Vorwurfe haben, zu Gute gekommen. Gleichwohl haben diese dargethan, dass der Prozentsatz der erblich belasteten Geisteskranken im Kindesalter nicht so hoch ist, als im späteren Leben. Allerdings gilt auch hier die Mahnung mit der Benützung von statistischen Angaben vorsichtig zu sein, da die medizinische Statistik aus den schon angedeuteten Gründen wenige ihrer Aufgaben mangelhafter gelöst hat, als die Frage nach der Häufigkeit der erblichen Belastung Geisteskranker. Die Ziffern schwanken zwischen 4—90 %, als Mittel wird ein Prozentsatz von 50—55 % angenommen. Wir müssen uns deshalb auf Untersuchungen stützen, die jene Fehlerquellen so weit als möglich ausgeschaltet haben und andererseits alle jene Momente berücksichtigen, welche die moderne Forschung als bestimmend für die erbliche Belastung erkannt hat, auf die ich hier aber um so weniger einzugehen brauche, als sie in jedem Lehr-

buche der Psychiatrie abgehandelt sind. Diesen Anforderungen werden von den hierhergehörenden Irrenstatistiken am meisten gerecht die von Tigges *) in der Marsberger Anstalt und die unter Hagens **) Leitung von Ullrich in der Erlangeren Kreisirrenanstalt erhobenen. Die Ergebnisse, welche diese Untersuchungen zu Tage förderten, gipfeln, wenn wir hier nur unseren speziellen Zweck im Auge haben, in dem Satze, dass unter den geisteskranken Individuen der ersten 15 Lebensjahre weniger erblich Belastete sich befinden, als in späteren Altersperioden. Dagegen dürften nach Ullrich die folgenden 5 Jahre die Epoche darstellen, in der die meisten Belasteten zu finden wären. Nach Tigges läge das Maximum für weibliche Individuen ebenfalls in dieser Zeit, für Männer erst im folgenden Quinquennium. Hiermit wäre auch für die allgemein verbreitete Anschauung, dass bei erblich Belasteten besonders früh die Krankheit einsetze, eine Einschränkung insofern gegeben, als jedenfalls die Kindheit nicht als das Prädilektionsalter für das Ausbrechen erblicher Psychosen betrachtet werden darf. Uebrigens gesteht Metzger ***), dessen Untersuchungen in die jüngste Zeit fallen (1889), dass es ihm nicht gelungen sei, bei den erblich Belasteten einen früheren Eintritt der geistigen Erkrankung nachzuweisen, als bei Nichtbelasteten. Halten wir die Thatsache fest, dass die Neigung zu psychischer Erkrankung bei erblich Belasteten jenseits des 15. Lebensjahres grösser ist, als im Kindesalter, so werden wir uns nicht wundern dürfen, auch in unseren Fällen den Prozentsatz der erblich be-

*) Marsberger Statistik 1867.

**) Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten 1876.

***) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1889.

lasteten Kinder erheblich geringer zu finden, als den oben genannten Mittelsatz bei Erwachsenen. Von unseren 42 Patienten wurde nur bei 11 erbliche Belastung konstatiert, in Prozenten ausgedrückt, bei 26,2 %.

Nicht nur bei der Frage nach der Häufigkeit der erblichen Belastung bei kindlichen Irren war es nötig, Abweichungen und Besonderheiten hervorzuheben, auch in der Art und Weise, in der sich der Einfluss des hereditären Faktors äussert, treten Eigentümlichkeiten hervor.

Bekanntlich haben Morel und Legrand du Saulle eine eigene Krankheitsform des erblichen Irreseins aufgestellt. Aber nur wenige Irrenärzte sind dieser Auffassung der Psychosen erblich Belasteter als einer eigenen klinischen Krankheitsgruppe beigetreten; denn weder in dem Verlaufe noch im Symptomenbilde jener Psychosen lassen sich Charakteristika, die nur dem erblichen Irresein zukommen, festhalten. Dagegen sind die Autoren darin einig, dass gewisse Eigentümlichkeiten häufiger und besonders stark bei jenen Irreseinsformen vertreten sind. Als solche hat Krafft-Ebing *) in seinem Lehrbuche das Auftreten der Psychose im früheren Lebensalter, Ausbruch auf Grund oft geringfügiger accessorischer Ursachen, mehr plötzlichen Ausbruch und raschere Lösung, sowie günstigere Prognose bezeichnet. Sehen wir zu, wie weit diese Besonderheiten eine Würdigung für die Diagnose erblicher Kinderpsychosen verdienen. Die Frage bezüglich der Zeit des Auftretens solcher Psychosen haben wir oben erledigt. Bei der Besprechung der einzelnen Ursachen kindlicher Psychosen werden wir Gelegenheit haben, uns zu überzeugen, dass das Einsetzen psychischer Erkrankungen nach geringfügigen Ursachen thatsächlich auch im Kindesalter bei here-



*) Lehrbuch der Psychiatrie 4. Auflage 1890.

ditärer Belastung öfter zur Erscheinung kommt, als bei Mangel einer solchen. Aber die übrigen jener oben genannten Eigentümlichkeiten können in genannter Richtung nicht berücksichtigt werden, da sie klinische Charakteristika darstellen, durch welche die kindlichen Geisteskrankheiten überhaupt ausgezeichnet sind. Sonstige Zeichen aber des erblichen Irreseins bei Kindern sind bis jetzt nirgends aufgestellt worden. Es müsste eine dankbare Aufgabe sein, der wir mit unserem beschränkten und zum Teil ungenügend beobachteten Materiale kaum gerecht werden könnten, gestützt auf ein grosses Krankmaterial die Besonderheiten in dem klinischen Charakter der erblichen Kinderpsychosen zu studiren.

Wenn uns so die Entwicklung und der Verlauf einer kindlichen Psychose sehr oft im Unklaren lässt, ob sie auf dem Boden einer hereditären Anlage entstanden ist, so haben wir doch eine Reihe von Symptomen auf körperlichem und geistigem Gebiete schon vor dem Ausbruche der eigentlichen Psychose, welche man als pathognomische Zeichen für erbliche Belastung anzusehen hat. Es sind jene Symptome, die man nach dem Vorgehen Morels als Stigmata hereditaria oder nach Griesinger als Degenerationszeichen bezeichnet. Diese Stigmata haben sich in der Literatur einer eifrigen Erforschung und Beschreibung zu erfreuen gehabt. Drastisch und lebhaft hat Legrand du Saulle*) den Zustand der erblich Belasteten, der auf somatischem, affectivem, intellectuellem und moralischem Gebiete interessante Eigentümlichkeiten zeigt, geschildert. Leider bezieht sich diese Beschreibung nur auf die Abnormitäten, wie sie bei Erwachsenen hervortreten, der Besonderheiten, wie sie sich bei Kindern geltend machen, ist

*) Die erbliche Geistesstörung. Uebersetzt von Stark, 1874.

darin nicht gedacht. Und doch müssen die Unterschiede der Natur der Sache nach recht erhebliche sein. Wir verdanken Schüle *) eine schöne, wenn auch kurze Schilderung des kindlichen Belastungszustandes, auch Emminghaus und Scherpf haben in ihren schon erwähnten Arbeiten jenen Zuständen ihre Aufmerksamkeit zugewendet, so dass wir auf jene Werke verweisen können, da sie im wesentlichen das, was in dieser Beziehung bekannt ist, enthalten. Man wird sich jedoch beim Studium jener Arbeiten leicht überzeugen, dass die erblichen Belastungszeichen bei Kindern einer gründlichen Bearbeitung, wie sie denen bei Erwachsenen zu Teil geworden ist, noch harren. Es scheint uns deshalb nicht ungerechtfertigt, wenn wir, um einen Beitrag zur Klärung dieser Zustände zu liefern, das psychische Verhalten unserer erblich belasteten Patienten vor dem Ausbruche der Psychose skizzieren. Die Stigmata hereditaria, welche auf anatomischem Gebiete liegen, haben wir ausser Acht gelassen, weil über dieselben unsere Krankengeschichten nur mangelhafte Auskunft geben. Uebrigens ist denselben in der erwähnten Metzger'schen Arbeit eine hinreichende Besprechung widerfahren.

I. FALL.

7jähr. belasteter Knabe. Patient hat nie Krämpfe gehabt, aber immer eine sehr lebhaft motorische Erregbarkeit an den Tag gelegt. In der vorletzten Nacht schlief er unruhig, begann auf einmal wirr zu sprechen und zeigte eine ängstliche Unruhe, die auch bei der Vorstellung noch bestand.

*) Handbuch der Geisteskrankheiten.

II. FALL.

15jähr. Knabe. Vater Potator, ein Bruder litt an Chorea. Seit 4 Jahren Anfälle von Pavor nocturnus und Somnambulismus. Ein von jeher leicht aufgebrachtes, anämisches Kind, das viel an Kopfweh litt.

III. FALL.

3jähr. Knabe. Mutter schwer neurasthenisch. Immer normal, fidel und munter, bis nach einem Sturze auf den Kopf sich eine Psychose entwickelte.

IV. FALL.

10jähr. Knabe. Mutter war geisteskrank. Von jeher zerstreut, leicht erschreckbar und gerät dann leicht in Muskelunruhe und Zittern. Lernt leicht, aber vergisst wieder rasch.

V. FALL.

13jähr. Knabe. Ein Bruder war choreatisch. Er war immer sehr elend, hat mit 9 Monaten Gichter gehabt. Appetit und Stuhlgang immer unregelmässig. Lernt in der Schule leicht, vergisst aber rasch. Leidet seit 4 Jahren an somnambulen Zuständen.

VI. FALL.

6jähr. Knabe. Zu 4 Monaten Convulsionen, zeigte nie somatische oder psychische Abnormitäten und lernt in der Schule sehr gut. Leidet seit einiger Zeit an Somnambulismus.

VII. FALL.

9jähr. Knabe. Von jeher sehr empfindlich. Seit 4 Jahren psychisch-epileptische Insulte. Lernt ausgezeichnet.

VIII. FALL.

7jähr. Knabe. Epileptiker und aus einer epileptischen Familie stammend. Er zeigt verschiedene auf Neurasthenie zurückzuführende psychische Anomalien. Ist aber sehr intelligent.

IX. FALL.

7jähr. belasteter Knabe. Bis vor 3 Monaten in jeder Beziehung normal. Seitdem eigentümliche nächtliche Anfälle.

X. FALL.

5jähr. Knabe. Mutter und Grossmutter melancholisch. Sprache und Intelligenz entwickelten sich sehr langsam. Fehlen jeglicher ethischen Vorstellung. Er ist sehr jähzornig, prügelt seine Eltern u. s. f.

XI. FALL.

11jähr. Mädchen. Grossvater war gemütskrank. Immer sehr schwächlich und ängstlich. Leidet an periodisch-transitorischen Irreseinsattaquen.

Wir haben unsere 11 Fälle, deren Anamnese psychische und nervöse Anomalien in der Ascendenz ergaben, hier ohne Kommentar mitgeteilt. Eine Analy-

sierung der einzelnen abnormen Erscheinungen bei diesen belasteten Individuen würde weit weniger klar das Bild, das man sich von dem Belastungszustande zu machen hat, demonstrieren, als die Betrachtung des Gesamtsymptomencomplexes und ausserdem bei einem so spärlichen Materiale wenig fruchtbringend sein. Wir finden Fälle darunter (F. 3 u. 9), wo sich die erbliche Belastung in keinem der Umgebung auffallenden Symptome kundthat, in einem anderen Falle (6) wären nur als Degenerationszeichen Convulsionen zu nennen, die allerdings an und für sich in so jugendlichem Alter für eine hereditär neuropathische Anlage kaum als Beweise gelten dürfen. Störungen auf motorischem Gebiete finden wir in mehreren Fällen theils als alleinige Zeichen einer gesteigerten cerebralen Reizbarkeit, theils combinirt mit anderen Zeichen gestörter Innervation. Relativ selten sehen wir eine Beeinträchtigung der Intelligenz, eine solche äussert sich in einigen Fällen nicht sowohl in einer Herabsetzung des Auffassungs- und Denkvermögens, als vielmehr in der für die Belastung so charakteristischen Gedächtnis- und Erinnerungsschwäche (F. 4 u. 5). Häufiger treffen wir Störungen in der affektiven Sphäre, gesteigerte Empfindlichkeit, Aengstlichkeit, Jähzorn u. s. f. Ein besonderes Interesse beanspruchen die nächtliche Angstanfälle, die wir später noch des näheren zu würdigen haben werden. Fall 10 repräsentirt endlich die schwerste Form der hereditären Beanlagung, die moralische Degeneration. Beachtenswert sind ferner gewisse Störungen auf somatischem Gebiete, Anämie, Körperschwäche, Kopfschmerzen.

Wir haben oben schon erwähnt, dass Eigentümlichkeiten, die nur bei erblicher Belastung zu beobachten sind, nicht existiren, und diese Ansicht erfährt eine Bestätigung, wenn wir bei der Durchmusterung unseres

Materialien bei einer Reihe von Fällen, in denen von Heredität durchaus nichts nachgewiesen werden konnte, Symptome, wie die oben mitgeteilten, vor dem Ausbruche der eigentlichen Psychose vorfinden. In dieser Hinsicht verdient die citirte Arbeit von Metzger Berücksichtigung, der wenigstens für die anatomischen Degenerationszeichen den Nachweis lieferte, dass sie sehr oft bei erblich nicht Belasteten vorkommen, bei erblich Belasteten nur häufiger und gehäuft. Wir werden nicht fehlgehen, diesen Befund auch auf die übrigen Degenerationszeichen auszudehnen. Die Bedeutung der Degenerationszeichen als diagnostische Merkmale für Belastung würde damit erheblich abgeschwächt werden, und in der That sind die Ansichten der Autoren über den Wert derselben, der besonders auch in forensischer Hinsicht in Betracht kommt, sehr geteilt, wie dies aus der von Metzger gelieferten Literaturzusammenstellung hervorgeht.

Die neuropathische Disposition, wie sie hauptsächlich in den Degenerationszeichen zur Erscheinung kommt, ist keineswegs immer auf erblichem Boden entstanden, die Zahl der mit einer solchen psychischen Labilität zur Beobachtung gelangenden Kinder überwiegt beträchtlich die Zahl der Individuen, bei denen erbliche Uebertragung im Spiele ist. Und so ist es, wie erwähnt, auch in unseren Fällen. Oft wird es uns unmöglich sein, über die Ursache einer solchen neuropathischen Anlage irgend etwas ermitteln zu können, in vielen Fällen aber können wir sie als erworben bezeichnen, als entstanden auf Grund der verschiedensten Schädlichkeiten, die das Kind schon im Mutterleibe oder bei der Geburt getroffen, oft aber erst später eingewirkt haben in Gestalt der verschiedensten körperlichen oder geistigen Traumen, in Folge ferner verkehrter Bildung und Erziehung u. s. f.

Viele dieser Momente werden wir in der nun folgenden Besprechung der übrigen ätiologischen Faktoren noch näher kennen lernen.

Unter den *somatischen* Ursachen für Seelenstörungen der Kinder sehen wir in unseren Fällen zunächst das *Kopftrauma* vertreten. Wie wir für das erbliche Irresein hervorhoben, dass es keine eigene klinische Krankheitsgruppe darstellt, so gilt auch für die Psychosen nach Kopfverletzungen noch die Ansicht von Krafft-Ebing, *) der diese zum Gegenstande einer erschöpfenden Monographie gemacht hat, dass sie keine spezifische nosologische Form darbieten. Für das Kindesalter muss dies erst recht gelten, da dieses ohnehin durch eine ausserordentliche Polymorphie seiner psychischen Erkrankungsformen ausgezeichnet ist. Das traumatische Irresein im Kindesalter hat bei Zit und Emminghaus Bearbeitung gefunden, und besonders Scherpf hat viele der bis dahin veröffentlichten Fälle gesammelt und geordnet. Die Abweichungen von den traumatischen Psychosen Erwachsener beziehen sich nach diesen Publikationen mehr auf das Symptomenbild der Erkrankung, als auf die von uns zunächst ins Auge zu fassende Entstehungsart und -geschichte.

Wir können zuerst die Frage aufwerfen, ob das Kindesalter zu traumatischen Psychosen mehr disponiert ist, als das spätere Lebensalter. Die darüber bestehenden statistischen Erfahrungen sollen weiter unten besprochen werden. Man wird zunächst zu erwägen haben, dass Kinder häufiger fallen und häufiger auf den Kopf fallen als Erwachsene. Diese Thatsache wird in ihrer Bedeutung für die Psychopathologie allseitig gewürdigt, und erfahrene Irrenärzte werden es nie unter-

*) Ueber die durch Gehirnerschütterung und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten 1868.

lassen, der Sorge für Vermeidung solcher Traumen bei Kindern eine hervorragende Stellung in der Prophylaxe der Geisteskrankheiten anzuweisen. Die wenigsten der Traumen sind aber glücklicherweise bei Kindern von Psychosen gefolgt. Die Prognose der Schädelverletzungen bei Kindern ist günstig, die unheilvollen Splitterungen und Frakturen des Schädels sind wegen der Elastizität der infantilen Knochen seltene Erscheinungen. Andererseits muss jedoch ein Umstand berücksichtigt werden, welcher die allgemeine Prognose der Schädelverletzungen im kindlichen Lebensalter ungünstig beeinflusst. Der Schreck, welcher ein solches Trauma begleiten kann, wird nicht selten die Veranlassung zu psychischen Störungen. Gewissermassen noch in der normalen Breite sehen wir, dass Kinder, wenn sie unversehens ein wenn auch sehr kleiner Unfall trifft, häufig genug infolge des Schrecks transitorische Veränderungen ihres psychischen Verhaltens darbieten, während sie schwerere Traumen oft ohne jegliche Aufregung und Gemütsalteration vorübergehen lassen. So verfügen wir über einen Fall, der später an geeigneter Stelle näher besprochen werden soll, wo nach einer unbedeutenden Verletzung am Finger, die aber mit heftigem Erschrecken einherging, sich eine ziemlich beträchtliche Störung der Psyche entwickelte.

Neben dem Schrecken scheint die Intensität der Erschütterung, welche bei dem Kopftrauma stattfindet, von grosser Bedeutung für das Entstehen einer Psychose zu sein. Wir können ja annehmen, dass das kindliche Gehirn bei Kopftraumen eher einer solchen Erschütterung ausgesetzt ist, aber die Theorien über das Wesen der *Commotio cerebri* sind einander so widersprechend, dass sie uns einen klaren Einblick in die Art

und Weise, wie sich der Einfluss der Erschütterung in gedachtem Sinne geltend macht, nicht gestatten.

Das traumatische Irresein kann ein vorher gesundes Kind treffen oder das Trauma kann bei disponierten und belasteten Individuen als occasionelle Ursache wirken. Die Krankheit kann sich unmittelbar der Verletzung anschliessen (direktes traum. Irresein), oder es kann bis zum Ausbruche der Krankheit eine längere oder kürzere durch cerebrale Symptome ausgezeichnete Zeit verstreichen (indirektes traum. Irresein). Durch das Trauma kann ferner nur eine Disposition geschaffen werden, die bei Hinzutritt einer anderen Veranlassungsursache in eine Psychose exacerbieren kann. Endlich werden durch die Kopfverletzung oft zugleich Krankheiten des Gehirns und seiner Häute hervorgerufen, welche sich durch psychische Symptome äussern.

Nach Scherpf sind es in dem bunten Bilde des kindlichen traumatischen Irreseins hauptsächlich psychische Degenerationszustände, welchen man am häufigsten begegnet und welche in Blödsinn enden können. Wir haben die in den letzten drei Jahren in der hiesigen Klinik zur Beobachtung gelangten Schwach- und Blödsinnige nach dieser Richtung hin durchmustert, aber bei keinem einzigen mit Sicherheit ein solches Trauma als Ursache angegeben gefunden. Hie und da wurden allerdings Kopfnarben vorgefunden, welche aber leicht sekundär bei der den Blödsinnigen eigenen Ungeschicklichkeit und starker Bewegungslust entstanden sein konnten. Der einzige Fall von traumatischem Irresein überhaupt, über den wir verfügen, bietet Zeichen der psychischen und intellektuellen Degeneration nicht dar. Es handelt sich um den S. 16 erwähnten 3jähr. hereditär belasteten Knaben. Vor 4 Wochen fiel Patient von der Treppe herab auf den Kopf. Seitdem leidet das

vorher gesunde und muntere Kind an Kopfschmerzen. Vor 4 Tagen trat nun eine vollständige Veränderung seines Wesens ein. Es blickt die Mutter starr an, spricht ins Blaue, sucht allerhand nicht Vorhandenes, ist sehr ängstlich und furchtsam, weint viel und schreit im Schläfe, ist leicht zornig, stellt mehrmals hintereinander dieselbe Frage und ist sehr zerstreut.

Die hervorstechendsten Symptome in diesem psychischen Krankheitsbilde sind die durch Hallucinationen bedingten, wie sie in den veröffentlichten Fällen von traumatischem infantilem Irresein nicht verzeichnet wurden. Wie weit hier die hereditäre Anlage mitspielt, auf deren Boden das Auftreten von Hallucinationen auch im Kindesalter nicht selten ist, lässt sich natürlich nicht entscheiden. Ebenso wenig kann der Anteil, welchen der Schreck oder die Commotio, als deren Folgeerscheinungen Hallucinationen vorkommen und leicht verständlich sind, an der Entstehung des Krankheitsbildes haben, mit Sicherheit festgestellt werden. Der vorliegend skizzierte Fall ist einer des indirekten traumatischen Irreseins. Zwischen Trauma und dem Einsetzen der Psychose liegt ein Zwischenstadium von 4 Wochen, während deren Patient Kopfschmerzen hatte, welche die primitivste und häufigste Erscheinung unter den mannigfachen sensorischen, sensiblen und psychischen Symptomen des Prodromalstadiums sind.

Es ist dies, wie erwähnt, der einzige unter unseren 42 Fällen, bei welchem das Kopftrauma als Ursache angegeben wurde und erkenntlich war, trotzdem auf dieses causale Moment sorgfältig geachtet wurde, was daraus hervorgeht, dass noch in einigen Fällen Kopfnarben aufgezeichnet wurden, bei denen aber eine Beziehung zu der geistigen Störung nicht zu eruieren war. Emminghaus fand unter 103 Fällen 14 von trau-

matischem Irresein, also 13,6 %. Dies Verhältnis kontrastiert, wie er selbst gesteht, mit den Zahlen, welche die Statistik bisher über die Frequenz des traumatischen Irreseins überhaupt und bei Erwachsenen beigebracht hat, dort ist die Prozentziffer erheblich niedriger; so fand z. B. Krafft-Ebing *) in der Anstalt Illenau unter 4062 Kranken 1,3 %, wo die Kopfverletzung als ursächliches Moment anzunehmen war. Wir werden nach dem oben Auseinandergesetzten a priori keine Ursache haben, den Prozentsatz bei Kindern erheblich grösser anzunehmen und uns der Ansicht von Emminghaus anschliessen, der die für das kindliche Irresein gewonnene Grundzahl für viel zu klein erachtet, als dass man sichere Schlüsse aus derselben ziehen könnte. Wir möchten im Anschlusse noch eines unserer Fälle gedenken, wo wir es mit einer Epilepsie nach Trauma zu thun haben, einem Vorkommnisse, das bekanntlich nicht selten ist. Das Eigentümliche in unserem Falle besteht darin, das zwischen Trauma und dem nachweislich ersten epileptischen Anfalle ein Jahr verging, in dem eine Abnahme des Gedächtnisses und gesteigerte nervöse Erregbarkeit an dem Kinde auffielen. Es ist vielleicht nicht ganz unwahrscheinlich, dass jenes Trauma infolge eines epileptischen Anfalles zu Stande kam und dass wir es nur mit einem epileptischen Zwischenstadium zu thun hätten. Es liess sich darüber nichts sicheres feststellen. Die erwähnten psychischen Abnormitäten sind als intervalläre Symptome bei Epilepsie nichts Ungewöhnliches.

Treten im Verlaufe einer *organischen Erkrankung des Gehirns* und seiner *Häute* psychische Symptome zu Tage, so pflegt man nicht von einer Seelenstörung zu

*) a. a. O.

sprechen, und die Schilderung solcher Erscheinungen bleibt der inneren Medizin überlassen. Gehirn- und Gehirnhauterkrankungen können aber auch über ihre eigentliche Dauer hinaus für die Psyche verhängnisvoll werden, indem sie zu den Schädlichkeiten gehören, die eine neuropathische Constitution zu schaffen im Stande sind, auf deren Boden occasionelle Schädlichkeiten zum Ausbruche einer Psychose führen können. Eine besondere ursächliche Bedeutung kommt der Meningitis und den Gehirnerkrankungen bei der Entstehung der Idiotie zu. Die Fälle sind nicht selten, wo ein Kind von einer mit Convulsionen einhergehenden fieberhaften Krankheit befallen und nach dem Aufhören der akuten Symptome idiotisch wurde. Um einen solchen typischen Fall hier anzuführen, sei eines einjährigen in der hiesigen Klinik vorgestellten Knaben Erwähnung gethan, der im Alter von 5 Monaten eine „Hirnenzündung“ durchmachte. Seit 3 Monaten zeigt er Anfälle, in denen er sich streckt und schreit. Der Schädel ist klein, das Kind geht noch nicht. Es erkennt Vater und Mutter nicht, was es vor der Krankheit schon ganz gut konnte.

Der cerebrale Defekt, der durch die Ernährungsstörungen gesetzt wird, beeinträchtigt jedoch nicht allein die intellektuelle Phase des Seelenlebens, es kann diese leidlich intakt bleiben, die Gehirnveränderungen schädigen hauptsächlich das ethische Vermögen, es kommt zur moralischen Idiotie, zum moralischen Irresein. Fast noch an der Grenze des Physiologischen sehen wir eine Störung der ethischen Fähigkeiten oft bei der Altersinvolution des Gehirnes, wir sehen solche Defekte gut ausgeprägt bei der progressiven Paralyse; in diesen Fällen ist das Abhängigkeitsverhältnis der ethischen Entartung von den Vorgängen im Gehirn ohne weiteres einleuchtend. Schwierig sind diese Beziehungen zu be-

urteilen in der kindlichen Seelenpathologie. Wir sehen die Prozesse oft eintreten in einem Lebensalter, wo von einer Ausbildung der ethischen Funktionen durchaus noch nicht die Rede ist, wo an eine Diagnose des moralischen Zustandes absolut noch nicht gedacht werden kann. Die ersten Aeusserungen in dieser Hinsicht, welche das Kind macht, können schon den Defekt bekunden; dann ist es in den meisten Fällen unmöglich zu entscheiden, ob dieser auf eine stattgehabte cerebrale Erkrankung zurückzuführen ist, oder ob wir es — und das sind ja weitaus die Mehrzahl der Fälle — mit angeborenen Defektzuständen zu thun haben. Schon im vorigen Falle von intellektueller Idiotie haben wir doch nur ganz vereinzelte spärliche Anhaltspunkte zur Beurteilung der Bedeutung der Gehirnerkrankung; über den Einfluss derselben auf die moralischen Funktionen konnte in dem Alter, in welchem das Kind bei der Vorstellung stand, noch in keiner Weise geurteilt werden. Zu diesen Betrachtungen werden wir geführt durch das Studium des folgenden Falles, der eine moral insanity vorstellt.

Es handelt sich um eine Patientin von 13 Jahren. Patientin hatte im Alter von 7 Monaten Gehirnentzündung mit 14 Tage lang dauernden Convulsionen am ganzen Körper. Das Kind zuckte dabei an allen Gliedern, wurde blau und verdrehte die Augen. Patientin blieb von da ab körperlich schwach. Sie blutete immer viel aus der Nase. Von Kindheit an naschte Patientin gerne. Zu 9 Jahren stahl sie der Mutter heimlich Geld. Seit 2 Monaten borgt sie Geld und verausgabt es für allerhand unnötiges Zeug. Sie streicht herum, legt ein kokettes Benehmen an den Tag und beschäftigt sich viel mit Liebesverhältnissen. Viel Kopf-, Ohren- und Zahnweh. Bettnässen. Bezüglich der Intelligenz der

Patientin ist zu berichten, dass dieselbe vollkommen intakt und sehr gut entwickelt ist. Was die Heredität anbelangt, so erfahren wir, dass der Vater sehr jähzornig und gewaltthätig ist. Der Vater schlug Patientin heftig, worauf die oben geschilderten Erscheinungen aufgetreten sein sollen.

Die Aetiologie und Pathogenese dieses Falles ist sehr wenig durchsichtig. Man ist berechtigt, hereditäre Belastung anzunehmen und könnte die Convulsionen als Zeichen einer solchen verwerten. Ueber die Bedeutung der Meningitis können wir auf das oben Gesagte verweisen. Eine weitere zu lösende Frage ist die, welche Stellung in der Genese der in Rede stehenden Krankheit das angebliche Trauma einnimmt. Dass es als die alleinige Ursache der ethischen Degeneration, als welche Kopftrauma bekanntlich fungieren kann, nicht angesehen werden darf, geht schon aus den Angaben hervor, dass das Kind von früh auf naschhaft gewesen sei und schon vor jenem Trauma Handlungen begangen hat, welche einen Mangel an der Ausbildung der Moral manifestierten.

Es soll dem eben besprochenen Falle ein anderer angereiht werden, bei dem wir neben einer erheblichen Defektuosität der Intelligenz auch eine Inferiorität der ethischen Sphäre zu verzeichnen haben, dessen ätiologischen Verhältnisse sich an die des vorigen zum Teile anlehnen lassen, obwohl auch hier ein promptes Urteil über dieselben nicht zu gewinnen ist. Ein Knabe, erblich nicht belastet, bekommt ein Ohrenleiden, das bei der Vorstellung des Patienten in die Klinik vier Jahre bestand. Der Warzenfortsatz wurde wiederholt trepaniert, es besteht Ohrenausfluss. Der Knabe, der beim Beginne des Ohrenleidens 9 Jahre alt war, kann kaum lesen und schreiben. Er soll im Hause sehr un-

geschickt sein, er stahl Geld, verreiste damit, er verkaufte eine Uhr um 65 Pfennig und stahl verschiedene wertvolle Gegenstände. Patient weiss, dass er es gethan, weiss aber nicht warum. Wenn wir oben gesagt haben, dass auch in diesem Falle das Verständnis der Aetiologie nicht leicht ist, so geschah dies nicht in dem Sinne, als ob wir die Möglichkeit der Entstehung des intellektuellen und moralischen Schwachsinn nach einem Ohrenleiden anzweifelte. Es wird uns aber die Angabe gemacht, dass der Patient schon vorher schlecht lernte. Indes ich glaube, wir dürfen diesen Umstand nicht zu hoch anschlagen, jedenfalls waren ethische Defekte vorher nicht bemerkt worden, und die Intelligenz ist seit Bestehen des Ohrenleidens herabgegangen. Die Frage wäre nur die nach der Art der Wirkung des Ohrenleidens. Es muss unentschieden bleiben, wie viele der Erscheinungen auf Kosten des Ausfalles oder der Verminderung oder auch der Veränderung der Sinneswahrnehmungen—und wie viele auf eine etwaige meningeale und cerebrale Affektion zurückzuführen sind.

Wenn wir oben von Schädlichkeiten gesprochen haben, welche das Kind schon in utero oder intra partum treffen und eine ätiologische Bedeutung für psychische Abnormitäten des Individuums erlangen können, so sollten damit gewisse Anomalien des Schädels und des Gehirns gemeint sein, welche intrauterinen Entwicklungshemmungen und -störungen und direkten traumatischen Einflüssen bei der Geburt ihren Ursprung verdanken. Unsere Nachforschungen waren in dieser Beziehung für unsere Fälle ohne positiven Erfolg, und wir sind der Aufgabe enthoben, auf diese Dinge hier näher einzugehen.

Eine ganz hervorragende Bedeutung in der Genese

infantiler Psychosen beanspruchen die *Neurosen* Chorea, Epilepsie und Hysterie.

Wollten wir bei der Betrachtung unserer Fälle von *choreatischen* Erkrankungen der Psyche Gelegenheit nehmen zur gründlichen Besprechung aller Beziehungen der Chorea zur Psyche, so würden wir damit Fragen aufgreifen, zu deren Erörterung wir den Rahmen dieser Arbeit überschreiten müssten. Die ungeheure Verschiedenheit der Ansichten über diese Dinge basiert auf der mangelhaften Einsicht in das Wesen der Chorea. Wir halten uns nicht berufen, aus unserem Materiale etwaige Kriterien für diese oder jene Theorie über das Wesen und die Genese der Chorea zu sammeln, fühlen uns aber verpflichtet, unsere Krankengeschichten sorgfältig darauf zu untersuchen, ob sie uns irgend welchen Aufschluss über den Zusammenhang der psychischen Erkrankung zu der Chorea vermitteln. In der Literatur ist dieser Gegenstand fleissig und nach allen Seiten besprochen worden. Ich habe besonders die Arbeiten von Marcé, Arndt, Leidesdorff, L. Meyer, Steinen, Koeppen u. A. in der folgenden Darstellung benützt.

Wir wollen zunächst zusehen, ob nicht die Betrachtung der ätiologischen Verhältnisse der Chorea manchen Fingerzeig in besprochenem Sinne liefert. Auch in der Pathogenese der Chorea spielt die Heredität eine Rolle. Welcher Anteil derselben aber zukommt, ist bis jetzt in verschiedener Weise beantwortet worden. Die Einen halten die Bedeutung der erblichen Belastung bei Chorea für minimal, Andere, z. B. Steinen *), für sehr beträchtlich. Das genaue Verhältnis ist statistisch noch

*) Ueber den Anteil der Psyche am Krankheitsbilde der Chorea. I.-D. Strassburg.

nicht fixiert. Es wäre dies zu erfahren deshalb besonders interessant, weil man nach den in der Neuzeit gewonnenen Ansichten über die Erbliehkeitsverhältnisse bei hereditär belasteten Choreatischen das Auftreten psychischer Abnormitäten eher erwarten könnte. Als häufigste Ursache der Chorea wird der Schreck genannt. Wir hatten schon Gelegenheit, anzudeuten, welch hoher Anteil dem Schreck auch bei der Genese von Geisteskrankheiten im Kindesalter zukommt und darin liegt gewiss ein Hinweis auf die Beziehungen der Chorea zu psychischen Störungen. Leider lässt sich auch hier nicht feststellen, ob bei den auf Schreck entstandenen Choreaanfällen psychische Symptome öfters und besonders stark hervortreten. Wir haben unter unseren Fällen einen auf Schreck entstandenen Chorea-anfall, bei dem die Chorea sofort von heftigen psychischen Alterationen begleitet war, deren Charakter (Schreckhaftigkeit, Verwirrtheit) schon die Entwicklung aus jener Ursache (s. später) erkennen liess. Als sonstige Ursachen der Chorea werden Schwächezustände, Anämie u. dergl. genannt, Störungen, die auch in der Pathogenese des Irreseins einen hervorragenden Platz insofern einnehmen, als sie eine Disposition zu psychischen Krankheiten in hervorragendem Masse zu schaffen im Stande sind. In einem unserer Fälle wird Erkältung als Ursache angegeben. In der Literatur werden häufig Choreaefälle nach acutem Gelenkrheumatismus mitgeteilt und auch über Geisteskrankheiten im Gefolge dieser somatischen Affektion wird berichtet. Jedoch ist der Zusammenhang zwischen dieser Infektionskrankheit und den psychischen Complicationen noch zu wenig geklärt, als dass wir hier zu weiteren Schlüssen Berechtigung hätten.

Doch, wenn wir das Besprochene zusammenfassen,

so dürfen wir wohl aussprechen, dass für die Erklärung der psychischen Alteration der Chorea aus der Betrachtung ihrer Ursachen mancher Anhaltspunkt gewonnen wird. In der Erkenntnis dieser Verhältnisse werden wir jedoch weiter ausserordentlich gefördert durch eine in der jüngsten Zeit erschienenen Publikation aus der hiesigen psychiatrischen Klinik. Koeppen *) hat eine Reihe hier zur Beobachtung gelangter Fälle mitgeteilt, wo bei den verschiedensten Psychosen Chorea auftrat. Koeppen hat die hinzutretende Chorea nur als ein neues krankhaftes Moment aufgefasst, das eine Störung im richtigen Zusammenspiel von motorischen Centren herbeiführte. Hier ist ferner an die Idioten zu erinnern, bei denen Veitstanz bekanntlich keine seltene Erscheinung ist. Diese Dinge sind äusserst wichtig für das Verständnis des gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnisses der beiden in Betracht kommenden Krankheitsformen. Dieses hat schon die verschiedensten Deutungen erfahren. So viel scheint schon nach dem eben Mitgeteilten festzustehen, dass die psychischen Symptome nicht sekundäre, nicht reine Folgezustände der somatischen Affektion sein können. L. Meyer **) hat diese Auffassung vertreten. Die Störung der Psyche bei Chorea beruht nach ihm auf einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit jenes Gehirnteiles, der psychisch zu arbeiten hat, infolge eines abnorm hohen Verbrauches der gemeinsamen Spannkkräfte von Seiten der motorischen Centren. Auch die Beobachtung unserer Chorea-fälle spricht gegen diese Annahme. Denn das Auftreten der Geistesstörung müsste dann in Abhängigkeit von Grösse und Dauer der somatischen Affektion stehen. Das ist absolut nicht der Fall. Wir können Fälle, in

*) Archiv für Psychiatrie, XIX. Band.

**) Chorea und Manie. Archiv für Psychiatrie, 1869.

denen neben einer sich nur durch wenige charakteristische Muskelbewegungen verratenden Chorea die hochgradigsten psychischen Alterationen bestanden, anderen gegenüberstellen, wo bei Jahre dauernder, mit sehr heftigen Muskelaktionen einhergehenden Chorea die psychischen Symptome kaum hervortraten. Ferner sehen wir oft die choreatischen Bewegungen erst auftreten, nachdem schon psychische Alterationen an den Patienten aufgefallen waren, wenn auch nicht in dem Masse und der Combination, dass man von einer Psychose wie in den Koeppen'schen Fällen zu sprechen berechtigt wäre. Schon 3 Wochen vor dem erten Choreaanfalle hatten die Eltern bei einem unserer Patienten eine verdriessliche, weinerliche Stimmung mit einigen heftigen Weinparoxysmen beobachtet. In einem Falle haben wir ein 13jähr. Mädchen vor uns, das seit einigen Wochen in der Schule zurückblieb, nichts mehr auswendig lernen konnte und bei dem nun richtige Chorea sich entwickelte. Diese Fälle und zahlreiche ähnliche in der Literatur mitgeteilte, zum Teile schon erwähnte, Beobachtungen sind wohl geeignet, die Ansicht zu bekräftigen, welche Arndt *) aufgestellt, und der uns die Betrachtung der Genese der Chorea immer mehr genähert hat, dass Muskelunruhe und Psychose gleichwertige Symptome einer Krankheit sind und sich gegenseitig in einem gewissen Grade ergänzen können. Arndt führt zur Beleuchtung dieses Zusammenhanges Beispiele an dafür, dass es scheinbar psychische Störungen gibt, die jedoch ausschliesslich auf choreatischen Motilitätsstörungen des Sprachmechanismus beruhen, ohne dass die übrigen Muskeln des Körpers abnorm motorische Erscheinungen erkennen liessen. Wir sind in der Lage, die Fälle Arndt's durch einen ergänzen zu können,

*) Chorea und Psychose. Archiv für Psychiatrie, 1868.

in dem es sich um ein 14 jähr., noch nicht menstruiertes Mädchen handelt. Seit 2 Jahren hat Patientin besonders nach psychischen Aufregungen Anfälle von etwa 1 Minute, in denen sie nichts anderes spricht als die Silbe Len. Erinnerung an diese Anfälle besteht vollkommen.

Endlich liefert uns die Symptomatologie der choreatischen Geistesstörungen Material zur Erkenntnis ihrer Pathogenese. Die Symptome variiren von den einfachsten elementaren Alterationen bis zu abgerundeten psychischen Krankheitsbildern. Beispiele der letzteren haben wir unter unseren Fällen keine. Wollen wir die bei unseren Chorepatienten auffälligen psychischen Symptome in ein bestimmtes System bringen, so haben wir zunächst Störungen der affektativen Sphäre, und zwar Zustände von exaltiertem und solche von depressivem Charakter. Zu ersteren können wir gesteigerte Reizbarkeit rechnen, die bei zwei unserer Patienten mit Chorea zu Tage trat. Nach der depressiven Seite sehen wir Alterationen in Form einer auffallenden Verdriesslichkeit bei einem 6jährigen Mädchen, in Form einer weinerlichen Stimmung bei dem schon erwähnten kleinen Kinde und endlich eine tiefgehende Verstimmung bei einem 5jähr. Mädchen. Diese Ergebnisse sind ziemlich dürftig, aber doch hinreichend, um die schon erwähnte Lehre von dem sekundären Entstehen der psychischen Anomalien bei Chorea mit widerlegen zu helfen. Denn wenn auch die depressiven Störungen auf dem von Meyer angegebenen Wege erklärt werden könnten, obwohl die geringe Intensität und kurze Dauer der motorischen Erkrankung in vielen Fällen einer solchen Erklärung entgegenstünden, so lassen sich doch die Erregungszustände, die in vielen veröffentlichten Fällen weit stärker und auffälliger waren, als bei unseren, nicht anders be-

greifen, wie als den somatischen Störungen äquivalente Krankheitssymptome. Ausgesprochene intellektuelle Störungen vermissen wir in unseren Krankengeschichten, obwohl die Literatur auch von solchen zu berichten weiss.

Wenden wir uns nun den psychischen Störungen zu, deren Grundlage die *Epilepsie* bildet. Im Gerhardtschen Handbuch der Kinderkrankheiten haben diese durch Soltmann und Emminghaus eine eingehende Darstellung gefunden, und in dem mehrfach citirten Aufsatz von Scherpf finden wir eine gründliche Sammlung der einschlägigen Literatur. Unsere Aufgabe kann deshalb darauf beschränkt bleiben, unsere Fälle von epileptischer Geistesstörung einer Durchsicht zu unterziehen und etwaige Besonderheiten, welche die in der Literatur gemachten Angaben ergänzen können, zu notieren. Wir übergehen deshalb alle Fälle von Epilepsie, bei denen die Zwischenzeit zwischen den einzelnen Anfällen zwar durch psychische Alterationen ausgezeichnet sind, welche letztere aber zu gewöhnlich und selbstverständlich sind, um eigens besprochen zu werden. Interessanter und für unseren Zweck wichtiger ist die Betrachtung einer Gruppe von Patienten, bei denen die Anfälle selbst psychischen Charakter insofern tragen, als in ihrem Symptomenbilde die Störung des Bewusstseins das dominierende ist. Die Art, Intensität und die Complicationen der Bewusstseinsstörung ist nun in den einzelnen Fällen verschieden. Wir haben zunächst Patienten, deren Anfälle in einer sekunden- oder minuten-langer Trübung des Bewusstseins bestehen, die an „Petit mal“ leiden. So haben wir ein 11 jähriges hereditär belastetes Mädchen, das nie richtige epileptische Anfälle hatte, aber seit 5 Monaten des öfteren plötzlich meistens in der Schule einen roten Kopf bekommt und dann nicht mehr weiss, was um sie vorgeht. Sie hört

die Lehrerin sprechen, kann ihr aber nicht folgen. Sie hat bis jetzt 7 solcher Anfälle gehabt. In der Zwischenzeit macht sich eine erhöhte Aengstlichkeit bemerkbar. Bei einem andern 11jährigen Mädchen treten solche Anfälle von Bewusstseinstrübung besonders gerne nach Schreck auf.

Bei Kindern kombinieren sich die Anfälle von Bewusstseinsstörung besonders gerne mit automatisch-unbewussten Handlungen. Einer unserer kleinen Patienten legte sich bei diesen Anfällen auf den Boden, stand dann wieder auf, ging auf die Thüre zu. In der Zwischenzeit war das Kind normal, es war sehr intelligent und lernte ausgezeichnet. Bei einem anderen Kinde bestanden die Anfälle in einer mit Hallucinationen und motorischer Unruhe einhergehenden Bewusstseinsstrübung. Lassen wir die eben mitgetheilten Fälle noch einmal kurz Revue passieren, so sehen wir an Stelle der typisch-epileptischen Anfälle psychische Störungen, epileptisch-psychische Aequivalente, treten, die in geringeren Graden in einer einfachen Herabsetzung der Bewusstseinsintensität bestehen, die aber in anderen Fällen von Handlungen begleitet ist, welche einmal nur unzweckmässige motorische Akte darstellen, das andermal aber schon tiefer greifenden Alterationen der Psyche entspringen. Gewissermassen den höchsten Grad einer solchen epileptisch-psychischen Krankheit repräsentiert der folgende Fall, wo die epileptischen Anfälle durch Zustände substituiert werden, deren Basis ebenfalls die Bewusstseinsstörung bildet, welche aber als echt psychische Krankheitsbilder, als transitorische psychische Insulte imponieren.

Ein 9jähriger, nicht belasteter Knabe, soll in der frühesten Kindheit, im 18. Lebesmonate, nach Aussage der Angehörigen einen richtigen epileptischen Anfall

durchgemacht haben. Von da ab zeigte sich das Kind zu gewissen Zeiten normal, in anderen bot er Zustände von Bewusstlosigkeit und Verwirrtheit dar. Die Zustände treten schärfer hervor, seitdem der Knabe die Schule besucht. In solchen Anfällen zerreisst er ganz neue Hefte, borgt und stiehlt Geld, kauft Sachen dafür, die er wieder verschenkt. Er belügt seine Angehörigen, schwänzt die Schule und ist gegen Strafen dann ganz unempfindlich. Es besteht nachher keine Erinnerung an alle diese Geschehnisse. Sobald die Attacken vorüber sind, ist das Kind brav und gut, intelligent und der beste Schüler seiner Klasse.

Die Deutung der geschilderten Zustände als epileptischer Aequivalente wäre wohl zu gewagt, wollte man sich dabei nur auf den einen vorausgegangenen richtigen epileptischen Anfall berufen. Aber seitdem man den transitorischen periodisch wiederkehrenden Geistesstörungen eine strengere Prüfung angedeihen lässt, wächst die Zahl der Autoren, welche viele derselben als epileptische oder epileptoide Zustände bezeichnen. Besonders Schüle *) hat die Behauptung aufgestellt, dass bei den im Kindesalter nicht seltenen periodisch wiederkehrenden transitorischen Anfällen mit impulsiven perversen Handlungen, Epilepsie im Spiele ist. Wir sehen bei unserem Knaben eine Reihe unmotivierter und unmoralischer Handlungen, die an und für sich nicht unzweckmässig ausgeführt sind, deren dunkle, psychologisch unbegreifbare Beweggründe und deren Incohärenz sie jedoch als einer Bewusstseinstrübung erwachsen hinreichend kennzeichnen.

Die bis jetzt mitgetheilten Fälle haben das Gemeinsame, dass sie nur transitorische Störungen des psychischen Verhaltens darbieten und eine erhebliche dauernde Be-

*) a. a. O.

einträchtigung der psychischen Persönlichkeit vermissen lassen. Die psychische Degeneration der Epileptiker kann schon in der Kindheit zur Entwicklung kommen und hier ist es vorzüglich die intellektuelle Sphäre, welche der Entartung anheimfällt, obwohl es auch nicht an Beispielen von gemüthlicher Degeneration bei kindlichen Epileptikern fehlt. Interessant ist hier die Art, wie sich die Schädigung des Intellekts bemerkbar macht. Sie entspricht genau dem Grade der Ausbildung desselben. Von einer 5 jährigen Patientin wird angegeben, dass sie an häufigen grossen epileptischen Anfällen leide, dass diese Anfälle schon in frühester Kindheit (ein fixer Termin war leider nicht festzustellen), begonnen hätten. Das Kind kann nur Papa und Mama sagen. Hereditäre Belastung ist ausgeschlossen. Degenerationszeichen wurden keine notirt. Der Verdacht, dass die epileptischen Anfälle nur Begleitsymptome eines hier bestehenden Idiotismus seien, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Aber andererseits darf mit eben so gutem Rechte angenommen werden, dass es hier in Folge der Epilepsie gar nicht zur Ausbildung des Intellektes gekommen sei. So sicher bei dem Schwach- und Blödsinne epileptische Anfälle wie sonstige central bedingte motorische Störungen, z.^zB. gesteigerter Bewegungsdrang, Chorea, Athetose etc., auftreten können sekundär oder besser als coordinirtes gleichwertiges Symptom, das nur später eintritt, als die psychische Inferiorität sich bemerkbar macht, so sicher wird es Fälle geben, in denen der Schwachsinn sekundär als Folgezustand der cerebralen Erschöpfung durch die Epilepsie auftritt. Die Literatur ist sehr reich an solchen Beispielen, und wir können dieselben um eines vermehren. Ein 5jähriger Knabe hat seit einem Jahre zuerst seltene, dann aber häufigere epileptische Anfälle. Patient konnte

bis zum Beginne derselben gut sprechen und bot eine seinem Alter gemässen und normalen Geisteszustand dar. Jetzt kann er nur noch wenige Worte sprechen, und seine Intelligenz hat sehr Not gelitten. Er beisst in Dinge, die ungeniessbar sind, z. B. in den Tisch. Sehr rasch hat sich hier im Anschluss an die Epilepsie Blödsinn entwickelt und wir finden den Satz bestätigt, dass je früher die Störung im Kindesalter auftritt, sie um so tiefere intellektuelle Störungen setzt. Dem Alter des Kindes entsprechend, macht sich hier das fast überall zuerst und am auffälligsten hervortretende krankhafte Symptom, die Gedächtnisschwäche, in dem Verluste des Sprachschatzes bemerkbar.

Wenn wir uns endlich der dritten der genannten Neurosen, der *Hysterie*, zuwenden und aus unserem Material Beiträge zur Frage nach der Bedeutung derselben für die Genese psychischer Erkrankungen im Kindesalter zu gewinnen suchen, so müssen wir gestehen, dass uns zu diesem Zwecke unsere Krankengeschichten nicht zuverlässig und ergiebig genug erscheinen. Bei der Hysterie ist eine strenge ununterbrochene Beobachtung der Patienten ein dringendes Erfordernis, da hier der Gesamtverlauf der Krankheit und die ganze Persönlichkeit des kranken Individuums schon zur Diagnose klar erkannt sein sollen. Bei der ambulatorischen Behandlung eines grossen Theiles unserer Patienten war es jedoch nur möglich, einzelne Erscheinungen gut zu beobachten, die sorgfältig erwogen allerdings die Diagnose eines hysterischen Zustandes nahe legten, die aber doch zum Verständnisse unserer Fragen nicht ausreichen. Vielleicht haben wir jedoch die Lücken unseres Materials in dieser Hinsicht am wenigsten zu beklagen, da dieser Gegenstand bis in die jüngste Zeit hinein eifrig gepflegt wurde. Die

einschlägliche Literatur finden wir in den Dissertationen von Schmidt (1880) und Riesenfeld (1887), sowie bei Jolly *), Emminghaus und Duvoisin **) zusammengestellt. Wir haben nach eifrigem Studium der Gesamtliteratur den Eindruck nicht gewinnen können, dass die Hysterie in ihren Beziehungen zu Psychosen bei Kindern sich anders verhielte, als bei Erwachsenen, wohl aber mussten wir zu der Ansicht gelangen, die Duvoisin schon aufstellte, dass die infantilen Fälle der Hysterie dem Studium weit mehr zugänglich seien, als die, welche spätere Altersstufen betreffen. Es ist auch hier wieder die Einsicht in die Aetiologie, welche die Erforschung der gedachten Beziehungen erleichtert, und ausserdem ist der Umstand, dass die psychischen Symptome, die bei der Hysterie der Erwachsenen oft unentwirrbare rätselhafte Erscheinungen darstellen, bei der kindlichen Hysterie erheblich einfacher und uncomplicierter zu Tage treten, in dieser Hinsicht sehr hoch anzuschlagen.

Unsere Mitteilungen beziehen sich auf die schon erwähnten sechs weiblichen Individuen, deren Krankheitsbilder die verschiedensten Arten und Gestaltungen der in Frage stehenden Neuropsychose repräsentieren und uns so Gelegenheit geben, manche interessante, für unsere Frage bedeutsame Verhältnisse zu besprechen.

Gleich im ersten Falle haben wir es mit einer nach allen Seiten klaren und einfachen Krankengeschichte zu thun. Patientin, ein 13jähriges Mädchen, deren Anamnese ohne Belang ist, wurde vor 6 Wochen in der Schule sehr scharf angeredet, bekam sofort Schluckkrämpfe, sie klagte, sie bekäme keine Luft und

*) Handbuch der Pathologie und Therapie. Bd. XII., 2.

**) Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1889.

hätte einen Druck im Halse. Die Anfälle wiederholten sich in gleicher Weise seitdem einige Mal. Patientin will sich auch mehrmals verschluckt haben und aus Furcht, es könnte ihr wieder passieren, nimmt sie nur wenige Speisen zu sich. In diesem einfachen Falle treten uns die innigen Beziehungen der psychischen und hysterischen Störungen recht scharf entgegen. Das psychische Trauma spielt hier, wie meistens bei der infantilen Hysterie, die Rolle des ursächlichen Momentes, und die hysterisch-somatische Affektion, wenn wir letzteres Epitheton gebrauchen dürfen, hat ihrerseits wieder auf psychischem Gebiete ein pathologisches Angstgefühl geschaffen. Angstzustände sind überhaupt in dem Symptomengewirre der Hysterie eine vielbeobachtete Erscheinung und die Methode, aus gewissen Charakteristicis im Auftreten und dem Verlaufe von Angstparoxysmen bei Kindern dieselbe als auf hysterischer Grundlage beruhend anzusehen, ist zwar oft sehr einseitig, trifft aber häufig das Richtige. So sei hier eines Mädchens Erwähnung gethan, das zu den genannten sechs gehört. Seit 2 Tagen klagte Patientin über Kopf- und Halsschmerzen, am 3. Tage sprang Patientin aus dem Bette heraus, rief die Leute um Hülfe, da das Bett brenne und wollte auf die Strasse rennen. Bei der Vorstellung am Tage nach diesem Anfälle liess sich ausser einer Schmerzhaftigkeit in der linken Halsgegend und in der linken Kreuzbeinhälfte nichts Abnormes feststellen. Man wird vielleicht Berechtigung haben, diese Hyperästhesien als Kriterien des stattgehabten hysterischen Anfalles, als welcher der ganze Zustand imponiert, anzusehen.

Der nächste Fall betrifft eine 12 $\frac{1}{2}$ jähr. Patientin, welche früher immer gesund war. Sie leidet seit $\frac{1}{4}$ Jahr an Anfällen, deren erster nach einem Schreck entstand.

Patientin bekommt Schmerzen in die Glieder und in das Präcordium, sie wird blass und zuckt mit den Händen. Die Anfälle treten Tag und Nacht auf; die nächtlichen sind oft mit mehrstündigen schreckhaften Delirien verbunden. Patientin hat noch nicht menstruiert. Das Herz ist normal. Keine Anämie. Auch dieser Fall ist zu typisch für die transitorische hysterische Psychose, bei der die Delirien bekanntlich ausserordentlich häufig sind, um weiter besprochen werden zu müssen. Wir können ihm sofort einen anderen anreihen, der sich sehr ähnlich gestaltete. Ein 12jähr. Mädchen klagt seit einem halben Jahre über Kopfschmerzen, seit 10 Tagen äussert sie Beschwerden im Halse, „so dass sie nicht mehr atmen kann.“ Seit 5 Tagen bekommt sie 1—2 Mal täglich Anfälle psychischer Exaltation mit heftigen Deliriumzuständen. In der Zwischenzeit macht sich ein starker Bewegungsdrang bemerkbar. Es ist dies der erste der angeführten Fälle, bei dem auch aus den Anfällen in die Zwischenzeit Störungen mit herüber genommen werden. In einem weiteren Falle ist gerade diese Zeit durch erhebliche Alteration des psychischen Habitus ausgezeichnet. Nach einer fieberhaften Verdauungsstörung, welche 14 Tage anhielt und während welcher Appetitmangel, Schlaflosigkeit und Kältegefühl bestanden, wurde die 13jährige Patientin ungemein reizbar, dabei war sie aber immer traurig. Nach Schrecken, zu dem sie seit dieser Zeit sehr disponiert ist, treten oft Zuckungsanfälle auf. Masturbation wahrscheinlich. Der Krankheit gingen starke Aufregungen bei einem Schulabgangsexamen voraus. Dieser Fall weist sowohl in der Symptomatologie, als in der Genese eine Menge inniger Beziehungen zu psychischen Momenten auf und er wird uns weiter unten noch für die Besprechung der in demselben

auftretenden ätiologischen Faktoren als Grundlage dienen müssen.

Der letzte der hierher gehörenden Fälle ist leider nur lückenhaft überliefert, so dass wir von einer Wiedergabe desselben absehen müssen. Ich denke, die in den mitgeteilten Fällen gemachten Beobachtungen genügen, um uns der Ansicht zuzuführen, dass die psychischen Symptome auch bei Kindern eigentlich den Grundzug des hysterischen Leidens bildet.

Von sonstigen somatischen Ursachen liess sich in unseren Fällen nichts sicheres eruiren. Auffällig ist, dass in keinem unserer Fälle sich die Psychose auf eine fieberhafte Krankheit zurückführen liess. Die akuten febrilen Erkrankungen spielen gerade in der Aetiologie der kindlichen Psychosen eine bedeutende Rolle, und die Frage nach dem Zusammenhange der psychischen und somatischen Affektionen gehört zu den meist diskutierten in der ganzen psychiatrischen Literatur. Wir müssen bedauern, hierzu keinerlei Beitrag liefern zu können. Auch die Forschung nach den Einflüssen der Helminthiasis auf die Psyche bei unseren Patienten hat keine brauchbaren Erfolge gehabt. Es sind einige derselben der Helminthiasis verdächtig gewesen, bei einem Patienten soll sogar auf Santonin einige Besserung eingetreten sein, allein bei keinem wurde eine Besserung nach Abgang von Spülwürmern u. dgl. notiert.

Wir haben nun einen eigenartigen Fall zu beschreiben, bei dem bestimmte Angaben über die Aetiologie gemacht wurden.

Ein Knabe, jetzt 15 Jahre alt, hat schon seit 10 Jahren Anfälle von plötzlich eintretenden Schmerzen im Kopfe und daran anschliessend Schlummersucht. Er verharret 1 — 2 Tage in halbbenommenem Zustande, nimmt keine Nahrung; er hört alles, kann sich jedoch

zu keiner Handlung aufrufen. In der letzten Zeit häufen sich die Anfälle, er hat zwei solcher in einer Woche gehabt. Der Knabe ist sonst gesund. Der Schädel ist sehr gross, die Stirn niedrig. Seit frühester Jugend befand er sich bei einer Pflegefrau, die dem Kinde, um es zu beruhigen, immer Abkochungen von Mohn gab. Die Darreichung von Mohnsaft als Ursache einer psychischen Erkrankung bei Kindern wird von Emminghaus *) anerkannt; wenn Opium habituell bei Kindern gereicht wird, kann es zu Schwachsinn und selbst Hydrocephalus kommen. Leider fehlen uns Berichte über das sonstige intellektuelle Verhalten des Patienten. Die interkurrenten Anfälle desselben wären vielleicht als spezifische durch die cumulative Wirkung des genannten Giftes hervorgerufene anzusehen.

Kindliche Psychosen, welche rein *psychische Ursachen* haben, sind verhältnismässig selten. Emminghaus hat in seiner Statistik unter 103 Fällen bei 24 psychische Ursachen angegeben gefunden. Unter diesen Ursachen wieder steht der *Schreck* obenan. Wir haben bei Besprechung des traumatischen Irreseins, sowie der durch die Neurosen bedingten psychischen Erkrankungsformen der Bedeutung dieses Momentes in der Pathogenese kindlicher Seelenstörungen gedacht. Wir müssen auch hier von vornherein daran festhalten, dass wir es mit einer psychopathologischen Einwirkung zu thun haben, die nur in den seltensten Fällen eine mehr als vorübergehende Beeinträchtigung der Psyche schafft. Bei neuropathisch Belasteten wird ferner die Möglichkeit einer länger dauernden Schädigung der geistigen Funktionen durch ein psychisches Trauma grösser sein. Nach diesen Vorbemerkungen wollen wir das wenige, was wir von derartigen psychischen Einflüssen in der Ge-

*) Allgemeine Psychopathologie.

nese unserer Krankheitsfälle auffinden können, der Besprechung unterziehen. Wir verzichten darauf, hier schon besprochene Fälle noch einmal heranzuziehen und müssen so gestehen, dass wir in Bezug auf die Bedeutung des Schrecks in der Aetiologie kindlicher Psychosen ausser dem schon an den genannten Orten Ausgesprochenen, kaum sonst etwas Beachtenswertes verzeichnen können. Einen Fall möchte ich nur kurz schildern, weil er uns zur Besprechung eines Themas führt, die schon zum Verständnisse früherer Angaben geboten sein dürfte. Bei einem 2jährigen Knaben trat im Anschlusse an einen Schreck ein nächtlicher Anfall auf. Die Anfälle wiederholten sich seitdem häufig; der Patient, jetzt 14 Jahre alt, leidet immer noch an denselben. Der Knabe springt in diesen Anfällen aus dem Bette heraus und spricht allerhand dummes Zeug. Der Knabe ist sonst normal und intelligent. Dieser Fall repräsentiert einen krankhaften Zustand, den man als Pavor nocturnus bezeichnet. Die Liste unserer kindlichen Patienten weist eine erhebliche Anzahl solcher Fälle auf. Es ist der mitgeteilte neben einem Falle, wo die Pavor nocturnus-Anfälle als Begleiterscheinung einer Epilepsie auftrat, der einzige, wo ein bestimmtes ätiologisches Moment wenigstens für den ersten Anfall angegeben wurde. Es sind aber solche Fälle für das Verständnis des ganzen Zustandes sehr wichtig. Die nächtlichen Aufregungszustände werden als Stigmata der erblichen Belastung angesehen. Man kann noch hinzufügen, dass sie überhaupt bei neuropathischen und besonders hysterischen Kindern häufiger sind. Dem Kinde, und gerade dem neuropathischen, ist Gelegenheit zum Erschrecken und zu sonstigen Aufregungen gar oft geboten, und ferner sind die Erinnerungsbilder bei jugendlichen und besonders neurasthenischen Individuen

äusserst lebhaft. So kehrt das Schreckensbild im Traume wieder, die Kinder erwachen und das Bild steht noch lebhaft vor ihnen. Henoch *) fasst, gestützt auf eine reiche Erfahrung, die Zustände in dieser Weise auf. Wenn so auch in unserem mitgeteilten Falle das Auftreten des ersten Falles psychologisch gut zu erklären ist, so muss für das Verständniss der zahlreichen weiteren Anfälle die Erklärung erweitert werden. Wir dürfen wohl annehmen, dass die aus dem Erschrecken resultierenden Angstaffekte des öfteren in der manigfachsten Art wiederkehren, dass bei Kindern mit reger Phantasie immer neuer Stoff zu derartigen Traumbildern und Hallucinationen gesammelt wird. Auf diese Weise lassen sich die meisten unserer Fälle erklären. Wir sehen eine Bestätigung dieser Erklärungsweise in folgendem Falle gegeben, wo ein 4 jähriges Kind vor einem Jahre operiert wurde, seitdem sich bei Besuch des Arztes immer sehr aufregt und oft Angstzustände bei Tag und Nacht, besonders aber gegen Morgen, wenn es aufwacht, hat. Das Kind ist sonst kräftig. Es scheint hier im wesentlichen immer dasselbe Schreckbild das Kind in jene Zustände zu versetzten, ein Bild, das mit der durchgemachten Operation in Verbindung steht und das ihm im Schlafe als Traumbild, bei Tage als hallucinatorische Erscheinung entgegen tritt.

Wir müssen hier den S. 41 erwähnten Fall noch einmal heranziehen, wo die Angehörigen die Angabe machten, dass sich die Erscheinungen nach heftigen Aufregungen, welche die Vorbereitung auf ein Examen mit sich brachte, entwickelt haben. Die Bedeutung dieser Schädlichkeiten, welche eine Combination von Furcht, Angst u. s. f. mit verschiedenen körperlich-schwächenden Momenten darstellen, für die Entstehung

*) Vorlesungen über Kinderkrankheiten.

des oben geschilderten Krankheitsbildes wird insofern abgeschwächt, als wir z. B. auch aus dem frühzeitig eintretenden Geschlechtstribe eine neurasthenische Anlage anzunehmen wohl berechtigt sind und damit den hier in Rede stehenden Momenten nur noch die Rolle von Gelegenheits- und Begleitursachen zuschreiben können. Es wäre sicherlich eine Lücke in dieser Arbeit, welche die Beobachtungen dreier Jahre über die Pathogenese kindlicher Geisteskrankheiten in einem klinischen Institute zusammenfasst, wollten wir den besprochenen Fall nicht zum Ausgangspunkt einer kurzen Erörterung der sogenannten Ueberbürdungsfrage machen. Um zunächst zusammenzustellen, was unser Material in dieser Hinsicht bietet, so sei zunächst erwähnt, dass unter unseren 42 Fällen der oben besprochene der einzige ist, bei dem die Eltern der Ueberanstrengung beim Lernen die Schuld an der Erkrankung beigemessen haben, was um so über-raschender ist, als bekanntlich das Laienpublikum geneigt ist, dem Arzte mit Vorliebe solche Klagen vorzutragen. Zit *) meint, dass in dem Alter, wo die Kinder in die Schule eintreten, eine Zunahme der Frequenz geisteskranker Kinder stattfindet. Unsere Alterstabelle bestätigt ein solches Verhältnis nicht, obwohl dies a priori schon anzunehmen wäre, da in der Zeit, wo geistige Anforderungen an das Kind herantreten und andererseits sein geistiger Zustand besser und schärfer beobachtet und beurteilt wird, etwaige geistige Abnormitäten mehr hervortreten und die ärztliche Hilfe eher in Anspruch genommen wird. Aussagen von Seiten der Angehörigen, dass die veränderte Geistesverfassung bei dem Eintritt in die Schule sich auffallender bemerkbar gemacht und wohl auch noch verschlimmert hätte, begegnen wir in einigen Fällen. Diese spärlichen Notizen, die

*) a. a. O.

wir bei sorgfältiger Durchmusterung unseres Materials zusammenstellen konnten, geben doch im Kleinen ein getreues Bild dessen, was die neuesten Untersuchungen auf diesem Gebiete gelehrt haben.

Dass Geistesstörungen nur allein oder hauptsächlich durch zu starke Anstrengung hervorgerufen werden, ist bekanntlich von den modernen Irrenärzten fast einstimmig verneint worden. Auf neuropathisch Beanlage aber kann der Schulbesuch insofern schädlich wirken, als besonders das Streben der Eltern, dieselben um jeden Preis weiter zu bringen, eine Ueberlastung und Ueberhastung der cerebralen Thätigkeit nicht selten veranlasst. Besonders müssen in dieser Hinsicht, wie in unserem Falle, die Vorbereitungen zum Examen von sehr nachtheiliger Wirkung sein. Wenn die Zahl der Psychosen bei Schulkindern vielleicht grösser geworden sein sollte, so rührt dies daher, dass bei dem jetzt stattfindenden ungeheuer grossen Zudrange zu den Schulen viele neuropathisch belastete Individuen eintreten und ferner in der Gegenwart intellektuelle und andere psychische Abnormitäten der Kinder besser verstanden werden.

Was die häusliche Erziehung anbelangt, so haben wir nach der Beschaffenheit unseres Materiales keine Gelegenheit und Veranlassung, von ihrer Bedeutung für die kindliche Psychopathologie zu sprechen.

Der zuletzt besprochene Fall leitet uns endlich noch auf das letzte der hier abzuhandelnden ätiologischen Momente über. Wir wollten untersuchen wie weit wir aus unseren Fällen Aufschlüsse über die Beziehungen der *Masturbation* zu geistigen Störungen des Kindesalters erlangen können. Bei der ungeheuren Verbreitung dieses Lasters bei Kindern beider Geschlechtes dürfen wir annehmen, dass mit den zwei Fällen, bei denen

der Verdacht auf Onanie ausgesprochen ist, die Zahl der Masturbierenden unter unseren Patienten keineswegs erschöpft ist. Wir werden jedoch versuchen, aus den uns zu Gebote stehenden zwei Fällen ein Urteil über die Stellung der Onanie in der Pathogenese kindlicher Seelenstörungen zu gewinnen. Der eine Fall ist bereits geschildert worden. In dem anderen haben wir es mit einem 11jährigen Mädchen zu thun, das die Masturbation seit einem Jahre betreibt. Patientin ist sehr erregbar, fährt leicht zusammen, sieht sehr schlaff aus und schläft schlecht. Wir werden diesen Fall vielleicht kurz mit der Bezeichnung „onanistische Neurose“ signieren dürfen. Es ist dies ein Zustand, welcher häufig bei Onanisten getroffen und z. B. von Scherpf folgendermassen geschildert wird: „Die Kinder, welche dem Laster ergeben sind, bleiben in der Erziehung zurück, sie magern ab, sind zornig, übel gelaunt, leicht ermüdet. Es fehlt ihnen die kindliche Unbefangenheit und Lebenslust, sie separieren sich gerne, im Verkehr mit Kameraden sind sie wehleidig, überempfindlich. Vasomotorische Störungen manifestiren sich zuerst durch leichtes Erröten und Erblassen, es treten Verdauungsstörungen auf, Neuralgien der mannigfachsten Art erscheinen und machen diese Kinder für sich und Andere zu wahren Quälgeistern“. Es ist kaum nöthig, eigens hervorzuheben, wie diese schweren Folgen des Lasters fast ausschliesslich belastete Individuen zu tragen haben. Die Frage, ob die geschilderte Neurasthenie, welche ja allerdings psychopathische Erscheinungen in sich birgt, direkt in eine wirkliche Psychose übergehen kann, ist vielfach hin und her diskutiert worden, bis sie in der neuesten Zeit besonders von Krafft-Ebing mit einem entschiedenen Nein beantwortet worden ist. Schon das Missverhältnis, das in der Seltenheit schwerer

psychischer Affektionen nach Masturbation bei Kindern gegenüber der eminenten Verbreitung dieses Lasters liegt, rechtfertigt diese Anschauung. Die Fälle, bei denen es thatsächlich zu schwereren psychischen Störungen im Anschluss an Onanie gekommen ist, bedürfen einer besonderen Deutung. Einmal ist es klar, dass auf dem Boden einer neurasthenischen Anlage, wie sie durch die Onanie geschaffen oder weit öfter nur dokumentiert wird, durch irgend welche occasionelle Schädlichkeiten eine Psychose sich entwickeln kann. Dass hier von onanistischem Irresein im strengen Sinne nicht mehr gesprochen werden kann, liegt auf der Hand. Und hierher gehört auch der von uns mehrfach besprochene Fall.

Man wird gut thun, den Namen „onanistische Psychose“ für jene Fälle zu reservieren, wo die weiteren Momente, welche eine Psychose herbeiführen, zwar prinzipiell nicht zur Onanie selbst gehören, aber doch in engster Verbindung mit derselben stehen, direkt aus derselben erwachsen. Reue, Scham, Angst, wie sie sich spontan oder in Folge der Lektüre gewisser Bücher entwickeln, sind solche sekundären Gemütsalterationen, welche leicht eine hypochondrische Stimmung und ferner hypochondrische Verrücktheit vermitteln können. Diese Wirkungen liegen jedoch jenseits des kindlichen Alters, und wenn auch noch ganz junge Kinder ein dunkles Gefühl von dem Unrecht ihrer Manipulationen haben können, so greifen jene sekundären Gemütsbewegungen doch in frühem Alter kaum jemals Platz, und diese Form des Irreseins ist deshalb von der kindlichen Seelenpathologie so gut wie auszuschliessen.

Wenn wir hiermit am Ende unserer Betrachtung über die in unseren Fällen nachweisbaren ätiologischen Momente und über die Art ihres Einflusses auf das kind-

liche Geistesleben angelangt sind, so mag mit Befriedigung darauf hingewiesen werden, dass es für die Mehrzahl unserer Patienten gelungen ist, durch Feststellung der Krankheitsursache Einsicht in die Pathogenese ihres Leidens zu gewinnen. Nur einige wenige Fälle bleiben übrig, wo die Aetiologie zu bestimmen nicht möglich war; zum Teile trugen hier rein äussere Umstände, welche sich aus der schon in der Einleitung erwähnten ungünstigen Beschaffenheit unseres Materials ergaben, die Schuld. Fast alle wichtigen ätiologischen Momente, welche für die Entstehung einer psychischen Störung im Kindesalter in Betracht kommen, sehen wir in unseren Fällen vertreten, und die Mitteilung und Besprechung derselben war vielleicht geeignet, zu mancher schwebenden Frage über die ätiologischen Verhältnisse des kindlichen Irreseins einen Beitrag zu liefern.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Professor Dr. Fürstner für die gütige Ueberlassung des Themas und des Materials, sowie für die freundlichen Ratschläge meinen herzlichsten Dank auszusprechen.



13378

22477