Geschwisterpsychosen.

Von

K. Frankhauser,

Assistenzarzt an der Bezirksheilanstalt Stephansfeld i. E.

(Eingegangen am 27. März 1911.)

Nimmt man nach den Arbeiten von Sioli¹⁾, Vorster²⁾ und anderen die überwiegende Gleichartigkeit der Vererbung als erwiesen an, so ergibt sich daraus eigentlich schon a priori, daß auch die Geschwisterpsychosen ebenso gleichartig sein müssen, jedoch nur unter der Voraussetzung, daß bloß die eine Linie der Aszendenz erkrankt ist. Sind beide erkrankt, so ist zunächst auch an die Möglichkeit zu denken, daß bei psychischen Erkrankungen von Geschwistern das eine Mal die eine Linie, das andre Mal die andre von maßgebendem Einfluß war, oder daß beide bestimmend auf die Psychose wirkten. Ergäbe nun die Untersuchung, daß auch in solchen Fällen die Psychosen gleichartig sind, so folgte daraus das Gesetz, daß die eine Linie den krankmachenden Einfluß der anderen eliminiert, was einer regeneratorschen Kraft gleichkäme, durch welche die Schäden der allgemein verbreiteten Heredität z. T. ausgemerzt würden.

Das Studium der Geschwisterpsychosen ist aber auch dazu geeignet, über ganz andersartige Fragen Licht zu verbreiten, ich meine die diagnostischen. Der Weg, die Heredität in solcher Hinsicht zu verwerten, ist zuerst von Vorster beschritten worden, und diese Methode ließe sich vielleicht im Gegensatz zur klinischen als genealogische kennzeichnen, solange sich dafür keine bessere Bezeichnung findet.

Da auch die Seitenlinien selbst bis hoch hinauf in der Aszendenz von ausschlaggebender Bedeutung für die Heredität, wenigstens bei den eigentlichen Geisteskrankheiten sein können, so ist es bei den Psychosen von Eltern und Kindern immer fraglich, ob es gerade die Psychose der zuletzt betroffenen Linie (Vater oder Mutter) ist, welche sich vererbt hat. Anders bei Geschwisterpsychosen, sobald feststeht, daß sie gleichartig sind; denn diese bieten dann die Gewähr, daß sie Vererbungsprodukte nur einer Linie, gleichgültig welcher, sind und repräsentieren

¹⁾ Über direkte Vererbung von Geisteskrankheiten. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. **16**, 113 ff.

²⁾ Über die Vererbung endogener Psychosen in Beziehung zur Klassifikation. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **9**, 161 ff.

daher ein viel homogeneres und deshalb in diagnostischer Hinsicht wertvolleres Material, ganz abgesehen davon, daß ihre Daten reichlicher, sicherer, leichter zu beschaffen sind, was bei der Beschränktheit und der Schwierigkeit der Gewinnung des empirischen Materials, mit welchem eine jede Wissenschaft zu rechnen hat, gewiß von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist.

Vorster¹⁾ berichtet anhangsweise über 29 Geschwisterpsychosen, von welchen bei 26 gleichartige Vererbung bestand, darunter 3 Familien mit je 3 Geschwistern, welche an Dementia praecox, eine Familie mit 3 Geschwistern, welche sämtlich an manisch-depressivem Irresein litten. Da die Krankengeschichten nicht veröffentlicht wurden und sich die Angabe auf obige Notiz beschränkt, beweisen die 3 übrigen Fälle durchaus nichts gegen die Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen unter sich, sondern sprechen nur dafür, daß es nicht die zurzeit kranke Linie der Aszendenz war, welche ihren Einfluß bei der Vererbung geltend machte, sondern die andere zurzeit gesunde.

Auch von anderer Seite ist die Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen betont worden, so in einer Arbeit aus der psychiatrischen Klinik von Freiburg von Kreichgauer²⁾.

Nichtsdestoweniger soll diese Frage in bezug auf die vorliegende Arbeit noch als unentschieden betrachtet und so als Problem gesetzt werden, zu dessen Lösung sie beitragen möchte. Und wenn einmal die Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen über allen Zweifel erhaben ist, so hat man an ihnen eine wichtige diagnostische Handhabe, welche vielleicht dazu geeignet ist, uns über sonst fast unüberwindliche Schwierigkeiten hinwegzuhelfen und unser Auge für noch unbeachtete Momente zu schärfen.

Liegen z. B. zwei Geschwisterpsychosen vor, welche unverkennbar gleichartig verlaufen, von welchen jedoch die eine die klassischen Symptome eines Krankheitsstypus aufweist, die andere aber weniger schulmäßig verläuft, so daß Zweifel bezüglich der Diagnose sich geltend machen, so kann dann die erstere das entscheidende Wort sprechen. Eine Zusammenstellung solcher „cas frustes“ wird sicherlich zur Klärung der Sachlage beitragen und zu größerer Sicherheit in der Diagnosenstellung führen.

Wer sich aber zurzeit auf das schwierige Gebiet der Diagnostik wagt, wo bisher noch keinerlei definitive Einigung erreicht wurde, kann das nicht tun, ohne vorher selbst Farbe zu bekennen, d. h. die Voraussetzungen festzulegen, die Begriffe logisch zu bestimmen, von welchen er ausgeht. Ohne das ist ein wissenschaftliches Arbeiten undenkbar,

¹⁾ l. c., S. 391.

²⁾ Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten. Inaug.-Diss. Freiburg 1909. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 32. Jahrg. N. F. 20, Nr. 299, S. 873 ff.

und so müssen wir denn wohl oder übel zunächst unser diagnostisches Glaubensbekenntnis ablegen, um überhaupt mitreden zu können.

Die Einteilung der psychischen Erkrankungen in endogene und exogene nach Moebius erscheint auch uns als zurzeit praktischste und in logischer Hinsicht einwandfreieste.

Rechnen wir zu den endogenen Erkrankungen auch die *Dementia praecox*, so sind wir schon dadurch allein zu weiteren logischen Stellungnahmen in gewissen Fragen genötigt. Wir verwerfen nämlich dann folgerichtig den Einfluß äußerer Schädlichkeiten bei dieser Krankheit, seien es Bakterien oder Toxine, wozu wir um so mehr ein Recht haben, da es sich bis dato doch nur um unbewiesene Hypothesen handelt. Auch den Titel einer funktionellen Psychose sollte man ihr bewahren, da die Annahme nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen ist, daß es sich bei ihr primär um eine funktionelle Störung, am wahrscheinlichsten eine solche der Ernährung handelt, durch welche erst sekundär die anatomischen Veränderungen gesetzt werden. Da man ferner annehmen kann, daß diese Ernährungsstörungen Beziehungen zu den Entwicklungsvorgängen haben, so sollte man auch an dem von Kraepelin geprägten Namen *Dementia praecox* festhalten, da er Beziehung nimmt auf die kausale Eigenart der anatomisch gesetzten Schäden, während der neuerdings von Bleuler¹⁾ vorgeschlagene Name Schizophrenie sich nur auf ein Symptom bezieht, welches ausgesprochen nur bei der Katatonie vorkommt, so daß es höchstens diese Bezeichnung ersetzen könnte. Es fragt sich nur, ob hierzu eine Nötigung besteht. Die üblichen ursprünglichen Bezeichnungen, welche beibehalten wurden, entsprechen in ihrer jetzigen Bedeutung in allen Wissenschaften in der Regel nicht mehr ihrer ursprünglichen Bedeutung. Der Name Hysterie ist beibehalten worden, obwohl die frühere Bedeutung sich mit der jetzigen durchaus nicht mehr deckt und man jetzt anstandslos auch von einer Hysterie bei Männern spricht. Es bekundet sich in diesem Brauch eine Art Respekt vor der Arbeit unserer Alvordern. So hat sich in der Psychiatrie Kahlbaum durch Abgrenzung des katatonischen Symptomenkomplexes gleichsam einen Denkstein gesetzt, und man sollte den Namen schon darum beibehalten, um dadurch das Andenken dieses hervorragenden Wegweisers in unserer Wissenschaft zu ehren.

Wem aber diese Begründung zu sentimental erscheint, dem muß entgegengehalten werden, daß die Bezeichnung Katatonie sich ebenso gut auf ein Symptom bezieht wie die der Schizophrenie, und dazu auf ein augenfälligeres.

Handelt es sich bei der *Dementia praecox* um funktionelle Störungen,

¹⁾ Jahrmärker u. Bleuler, Endzustände der *Dementia praecox*. Sitzungsbericht. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 65, 429ff.

welche anatomische Schäden setzen, so beim manisch - depressiven Irresein um solche, welche das wahrscheinlich nicht tun, also um rein physiologische, und zwar wohl um vasomotorische, wie wir mit Meynert, Thalbitzer¹⁾ u. a. annehmen möchten.

Bei den erstmals im Rückbildungsalter auftretenden endogenen Psychosen nehmen wir entsprechend unserer Stellungnahme bei der Dementia praecox, die man auch als Frühdemenz, Frühirresein, ver-deutschen könnte, an, daß es sich um Funktionsstörungen gleichfalls der Ernährung handelt, welche in Beziehung stehen zu den Rückbildungsvorgängen und die man daher vielleicht Spätdemenzen (Dementia tarda), Spätirresein, nennen könnte, worauf wir später zurückkommen.

Den Rest der endogenen Psychosen möchten wir, wie auch sonst vielfach üblich, als degenerative bezeichnen, so die Hysterie, die konstitutionelle Neurasthenie sowie die „echte“ Paranoia.

Der Hebephrenie²⁾ von Kahlbaum - Hecker und der Katatonie³⁾ von Kahlbaum hat Kraepelin die Dementia paranoides hinzugefügt und alle drei zu dem Krankheitsbild der Dementia praecox vereinigt. Die Hebephrenie und Katatonie haben jedoch in der Schilderung Kraepelins viel von der klassischen Reinheit ihrer ersten Darsteller verloren. Das hängt damit zusammen, daß Kraepelin entgegen allem sonstigen Brauch in der medizinischen Wissenschaft versucht hat, Prognose und Diagnose miteinander zu verquicken. Es ist banal zu sagen, daß eine leichte und schwere Pneumonie, ein leichter und schwerer Typhus trotz verschiedener Prognose wesensgleich sind. Aber wenn auch; in der Psychiatrie soll es damit eine andere Bewandnis haben. Die Prognose und daher der Ausgang bestimmt, und dieser wirft seine Schatten voraus und verwischt die sonst klarste Diagnose. Das Bemühen Kraepelins, die Endzustände das entscheidende Wort in der Diagnosenstellung sprechen zu lassen um der Prognose willen, hat, was nicht zu verwundern ist, bisher auch zu keinem Resultate geführt; im Gegenteil, es hat vielleicht sogar die ganze weitere Entwicklung dieser Frage gehemmt. In diesem Sinne äußert sich Bleuler⁴⁾: „Die Hoffnung Kraepelins, durch das Studium der Prognose abgrenzbare Krankheitstypen zu finden, konnte ich so wenig erfüllen, wie die viel Berufeneren, die sich seit Jahrzehnten mit der Aufgabe beschäftigt haben.“ Die retrospektive Diagnosenstellung hat eine Starrheit in den diagnostischen Betrieb hineingebracht,

¹⁾ Die manio-depressive Psychose — das Stimmungsirresein. Archiv f. Psych. u. Nervenkr. **43**, 1071ff.

²⁾ Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. **53**, 394ff. 1871.

³⁾ Die Katatonie oder das Spannungsirresein. Berlin 1874.

⁴⁾ l. c., S. 447.

welche jede gesunde Bewegung, jede natürliche Weiterentwicklung unmöglich macht. Ist der Endzustand maßgebend für eine bestimmte Diagnose, so wird damit der ganze Verlauf der Krankheit gewaltsam in eine fertige Form hineingepreßt, was darüber hinaussteht abgetragen, wo noch Platz ist, aufgefüllt, wobei wohl die Symptome im Ausgang, nicht aber die im Beginn und Verlauf der Erkrankung genügend zur Geltung kommen. Es ist klar, daß ein solches Vorgehen die Grenzen der Krankheiten verwischen muß. Das Bedürfnis, demgegenüber wieder auf die Urtypen zurückzugehen, ist auch von andern geäußert worden, so von Bumke¹⁾.

Die Kraepelinschen Darstellungen der Unterarten der *Dementia praecox* sind keine begrifflichen Festlegungen mehr, sondern Bilder, die sich als solche gewiß voneinander, je nachdem an verschiedenen Stellen mehr oder weniger Farbe aufgetragen ist, nach der Verteilung von Licht und Schatten, der Perspektive und dem Hintergrund unterscheiden, aber sofort im Stiche lassen, sowie man in diagnostischen Nöten ist. Das Bedürfnis, die Krankheiten vom Endzustand aus unterzubringen, führte zu der Notwendigkeit, die verschiedensten Symptomenkomplexe zu ein und derselben Unterart zu vereinigen, und so finden sich mehr oder weniger alle, nur stärker oder schwächer hervorgehoben, in jeder derselben, wodurch eine jede schärfere Abgrenzung illusorisch wird. Was dabei nicht berücksichtigt wurde, ist, daß die Natur keine scharfen Grenzen unserer Diagnose zuliebe macht, daß Schulfälle die Ausnahme, Mischformen die Regel sind, daß ein Symptomenkomplex durch den andern abgelöst wird, so daß es sich meist gar nicht um eine einheitliche Diagnose einer Unterart, will man der natürlichen Sachlage nicht Zwang antun, handeln kann, sondern eben um einen Mischfall. Was uns daher not tut, ist größere Freiheit der Bewegung; wir müssen den prognostischen Stahlmantel sprengen, um atmen zu können.

Das Bemühen, an Hand der Kraepelinschen Bilder in jedem einzelnen Falle eine Diagnose bezüglich der Unterart zu stellen, stieß auf geradezu unüberwindliche Schwierigkeiten, und als mir mein Chef, Herr Direktor Dr. Ransohoff, dem ich die Anregung zu vorliegender Arbeit zu verdanken habe, den Rat gab, nur die klaren Fälle zu subsumieren, mich aber sonst mit der Diagnose *Dementia praecox* zu begnügen, so war das für mich ein erlösendes Wort. Auch Willmanns²⁾, Urstein³⁾ u. a. sind zu dem Resultate gekommen, daß sich eine Ein-

¹⁾ Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* **32**, 403.

²⁾ Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen“ Psychosen. *Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.* 30. Jahrg. N. F. **18**, 570.

³⁾ Die *Dementia praecox*. Berlin u. Wien 1909.

teilung der Fälle in die bekannten drei Gruppen praktisch nicht durchführen ließe. Wenn ich dem mir gegebenen Rat dennoch nicht Folge leistete, so liegt das daran, daß das Klassifizieren ein der menschlichen Seele innewohnender Trieb ist, er kann bekämpft aber nicht unterdrückt werden, und so habe ich mich nach einem anderen Ausweg umgeschaut.

Ausgehend von der Gallschen Lehre der Lokalisation der einzelnen Seelenfunktionen, wobei es für unsere Zwecke gleichgültig ist, ob eine solche an verschiedenen Stellen des Gehirns nebeneinander oder schichtweise übereinander oder in diffus verteilten Zellen statthat, da auch letztere auswahlsweise durch ein schädigendes Moment betroffen werden können, nur mit dem Vorbehalt, daß sie sämtlich in der Rinde liegen, ist man berechtigt anzunehmen, daß die einzelnen Komponenten unseres Seelenlebens, als welche wir die Sinnentätigkeit, das Gefühl, den Willen und den Verstand annehmen, im Gehirn lokalisiert sind, so daß eine Schädigung der betreffenden Stellen, seien es Gehirnteile, Schichten oder Zellen, eine Schädigung der betreffenden Funktionen nach sich ziehen muß. Von diesem Gesichtspunkte aus ließe sich je nach der Lokalisation des schädigenden Prozesses bei der *Dementia praecox* eine Sinnen-, Gefühls-, Willens-, Verstandes-Demenz annehmen. Die Begriffe sind nicht neu, sondern sie decken sich mit den landläufigen der *Dementia paranoides*, *Katatonie* und *Hebephrenie*, wobei die Gefühls- und Willensdemenz unter den weiteren Begriff der *Katatonie* fallen.

Von allen Seelenfunktionen haben Gefühl und Wille die innigsten Beziehungen. Sowie der Wille in Tätigkeit versetzt wird, wird auch das Gefühl in Mitleidenschaft gezogen und umgekehrt. Man könnte von einem Gesetz der reziproken Affektion beider sprechen. Keine Willensregung ohne Gefühlsbetätigung; und so ist es klar, daß ein Brachliegen des Willens auch ein solches des Gefühls nach sich ziehen muß — Gesetz der reziproken Degeneration. Die daraus folgende Verquickung von Gefühls- und Willenssymptomen ist wohl schuld daran, daß die beiden Unterarten der *Katatonie* bisher nicht auseinandergehalten wurden; aber es unterliegt keinem Zweifel, daß, wenn wir erst einmal unser Augenmerk darauf richten, sie sehr wohl diagnostiziert werden können. Die Gefühle können nach einer gewissen Zeit noch lebhaft sein, aber die normale Willensreaktion fehlt, weil die betreffenden Sphären defekt sind; umgekehrt kann bei Gefühlsstumpfheit der Wille noch lange auf äußere Impulse in normaler Weise reagieren, wie bei vielen unserer katatonen Arbeiter. Fälle, die melancholisch-manisch beginnen ohne heftigere Erregungen und bald zu Gefühlsstumpfheit ohne ausgesprochene katatone Symptome führen, könnten vielleicht als Gefühlsdemenz aufgefaßt werden, während die mit heftigen Erregungen und ausgesprochenen katatonen Symptomen beginnenden,

die bald zu starren, stuporösen, katatonen Zuständen führen, als Willensdemenzen zu bezeichnen wären.

Der Verstand hat viel weniger Beziehungen zum Gefühl, als der Wille, und ein verständiges Handeln ist oft nur insofern möglich, als sich der Verstand vom Gefühl zu emanzipieren vermag.

Nehmen wir auch entwicklungsgeschichtliche Reminiszenzen zur Hilfe und beachten wir, daß die niederen Tiere ohne eigentlichen Verstand und mit einer geringeren Anzahl von Sinnen auskommen, so erscheint es uns nicht mehr wunderbar, daß der Hebephrene trotz Schädigung seines Verstandes in einfachen Verhältnissen sich noch ganz gut zurechtfindet. Da anderseits auch das niederste tierische Wesen zur Existenz des Gefühls und Willens bedarf, ist es ebenso einleuchtend, daß Schädigungen dieser Sphäre die Lebensführung viel erheblicher beeinflussen, ja geradezu, wenigstens ohne fremde Hilfe, unmöglich machen muß, trotz Intaktheit des Verstandes.

Durch die Willensstörungen wird die Harmonie zwischen den einzelnen Seelenfunktionen unmöglich gemacht, da jener die Aufgabe hat, diese zu koordinieren, und daraus resultiert die Koordinationsstörung, die intrapsychische Ataxie (Stran sky¹), die auch treffend als Spaltung der Persönlichkeit charakterisiert wurde (Bleuler). Die Koordinationsstörung kann auch bei einer einzelnen Seelenfunktion, so der des Verstandes, zutage treten [Urstein²].

Durch den Willensdefekt wird auch der Ablauf physiologischer Vorgänge gestört, und daraus erklärt sich die Steifigkeit, der Mangel an Grazie, der Negativismus Katatoner.

Da sich die Gefühls- und Willensfunktionen schon bei den niedersten Lebewesen finden, kann es sich bei ihren anatomischen Substraten um keine hochgradige Differenzierung handeln. Das geht übrigens auch schon aus dem Umstande hervor, daß das Gefühl und der Wille im Vergleich zum Verstand als einfache Institutionen imponieren, die einer Gliederung fast nicht fähig sind, während sich die intellektuelle Tätigkeit bis ins Unendliche gliedern läßt. Ist daher ein Teil der den ersten Funktionen dienenden Zellen zerstört, so können andere dafür viel leichter vikariierend eintreten, während, wenn eine Verstandessphäre zerstört ist, wegen der hochgradigen Differenzierung in der Regel keine andere dafür eintreten kann. Damit hängt es wohl zusammen, daß bei einer ausgeprägten Hebephrenie eine Wiederherstellung, und sollte es sich auch nur um eine dieser ähnlichen Remission handeln, ausgeschlossen, während bei Katatonikern die Prognose eine viel bessere ist. Bei den Fällen von Dementia praecox, die als geheilt imponieren, handelt es

¹) Zur Lehre von der Dementia praecox. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. Jahrg. 1904, S. 5.

²) l. c., S. 80.

sich wohl auch nur um Katatoniker. Dafür, daß es sich bei der Hebephrenie um eine Verstandeserkrankung handelt, spricht auch die Bemerkung von Hecker¹⁾, „daß der schnelle Übergang in Schwachsinn als ein sehr wichtiges Kennzeichen gerade der Hebephrenie angesehen werden muß, während er bei der Katatonie vermißt wird“, wobei allerdings Schwachsinn und katatonischer Stupor auseinandergehalten werden müssen.

„Es ist so, denn ich habe es so gesehen, gefühlt, gehört, gerochen“ ist auch die ultima ratio eines jeden Gesunden, und selbst im Traum überzeugt er sich von der Wirklichkeit seiner Halluzinationen durch einen Sinnesakt. Ist es daher zu verwundern, wenn Paranoiker selbst bei Intaktheit des Verstandes mit einer solchen Zähigkeit an den durch Halluzinationen bedingten Ideen festhalten. Die Logik der Sinne geht über die des Verstandes. Die Verstandestätigkeit ist eine abhängige Funktion der Sinnentätigkeit, und daher sind die Ideen Paranoider unkorrigierbar. Da die Sinnentätigkeit wohl bei den niedersten Tieren eine einfache, bei den höheren Wesen aber eine höchst komplizierte ist, so wird ein in der betreffenden Sphäre gesetzter Defekt kaum mehr ausgemerzt werden können, so daß auch hier die Prognose eine ungünstige ist.

Da nun der der Dementia praecox zugrunde liegende deletäre Prozeß an jeder Stelle des Hirns beginnen und an jeder haltmachen oder weiter fortschreiten kann, so ergibt sich, wenn wir von vier Grunderkrankungen ausgehen, eine Fülle von Verlaufsmöglichkeiten, je nachdem er sich auf ein, zwei, drei oder vier Funktionsgebiete erstreckt und je nach der Stellung eines derselben in der Reihe, die sich leicht mathematisch bestimmen lassen und sich über hundert belaufen. Da die Erkrankung die betreffenden Lokalisationszentren nacheinander oder gleichzeitig ergreifen, da ferner der Prozeß an der einen Stelle schon abgelaufen oder dort noch florieren kann, wenn er auf eine andere übergreift, so ergibt sich noch eine viel größere Anzahl von Verlaufsarten. Jedenfalls hat man bei einer solchen Gliederungsmöglichkeit nicht das Recht, von einem Dementia-praecox-Topf oder gar Riesentopf zu sprechen. Bei der weitaus überwiegenden Mehrheit der Fälle wird es sich um gemischte handeln, und Idealfälle gibt es wohl, wenn man die Sache mathematisch genau nimmt, überhaupt nicht; schon jeder Schulfall, bei dem es sich um ein Vorwiegen eindeutiger Symptome handelt, ist ein kleines Wunder; der Prozeß überschreitet nämlich skrupellos die von uns gesetzten diagnostischen Schranken, und es ist ein Zufall, wenn er es nicht tut.

Da wir ferner zwischen primären Symptomen und sekundären, wohl reflektorisch bedingten unterscheiden müssen, und dies im akuten Anfall

¹⁾ l. c., S. 420.

eine schwierige, ja vielleicht unmögliche Sache ist, so werden wir uns bei klinischen Diagnosen schon damit begnügen müssen, wie auch sonst im inneren klinischen Betrieb, wenn wir ungefähr das Richtige getroffen haben; zwischen den exakten Diagnosen des anatomischen Pathologen und den gleichsam symptomatischen des inneren Klinikers wird immer ein himmelweiter Unterschied bleiben. Nichtsdestoweniger wird auch in der Psychiatrie die klinische Forschung der anatomisch-pathologischen die Wege weisen und nicht umgekehrt. Letztere kann nur zu einer Verfeinerung, subtileren Differenzierung der ersteren beitragen, wird ihr aber nie die Grundlinien der Entwicklung vorzeichnen. Die pathologische Anatomie schafft nicht, sie krönt nur das Werk.

Es war bisher nur von anatomisch-pathologischen Verlaufsarten die Rede; mit den klinischen verhält es sich bezüglich der Verlaufsmöglichkeiten etwas anders. Es ist klar, daß eine klinische Diagnose nur aus Symptomen gestellt werden kann; fehlen diese, können sie aus gewissen Gründen nicht mehr in Erscheinung treten, so hört damit das Diagnostizieren auf. Das ist z. B. der Fall, wenn die Erkrankung mit einer schweren Katatonie beginnt; der Prozeß mag sich dann so weit ausdehnen als er wolle, neue Symptome wird er kaum mehr machen.

Zu demselben Resultate kommt auf rein empirischem Wege Bleuler¹⁾, wenn er sagt: „Bei allen Initialformen können sich später katatone Symptome vordrängen, während allerdings umgekehrt Katatonien, soweit sie nicht als akute Erscheinungen vorübergehend sind, die Neigung haben, solche zu bleiben.“

Es geht aus obigem hervor, daß die Anzahl der klinischen Verlaufsmöglichkeiten eine geringere ist als die der anatomischen; immerhin ist ihre Variationsmöglichkeit noch über jedes Bedürfnis groß genug.

Dem Umstand, daß es sich bei der *Dementia praecox* um einen fortschreitenden Prozeß handelt, ist bisher in der Diagnosenstellung viel zu wenig Rechnung getragen worden. Da der Prozeß ein fließender ist, so muß auch unserer Diagnosenstellung die Möglichkeit gegeben werden, sich fließend zu bewegen. Gesellten sich bisher zu dem früheren Symptomenkomplex andere Symptome, so war damit der Erkrankung in der bisherigen Rubrik einfach das Bürgerrecht genommen, und sie wurde mir nichts dir nichts in einer anderen Schachtel untergebracht. Hierfür bezeichnend ist es, wenn Bleuler an der erwähnten Stelle fortführt: „Ebenso behalten die *Dementia paranoides* (Kraepelin) und der präsenile Beeinträchtigungswahn ihren Charakter. Das kommt aber zum Teil nur davon her, daß wir die Fälle, die den Charakter wechseln, nicht mehr zu diesen Formen zählen.“

Man würde in solchen Fällen richtiger kombinieren und z. B. von einer paranoid-katatonen Früh- oder Spätdemenz sprechen. Nach der

¹⁾ l. c., S. 448.

bisherigen Praxis würde hier fraglos die Diagnose Katatonie festgelegt, und die Möglichkeit, daß in manchen Fällen von dieser Verlaufsart die katatonen Veränderungen im Gehirn die stärkeren sind, ist nicht abzustreiten; wer bürgt aber dafür, daß nicht in andern das weitere Zutagetreten der ersten Symptome durch die Katatonen verdeckt wurde, und wer wird die Möglichkeit bestreiten wollen, daß den andersartigen Symptomen im Beginn der Erkrankung lokalisierte, wenn auch geringere Veränderungen entsprachen. Solchen Finessen wird auch die raffinierteste klinische Diagnose niemals gerecht werden können, und etwas Symptomatologie wird man schon um des allgemeinen Verständnisses willen denn doch beibehalten müssen. Auf jeden Fall muß das bisher geltende Dogma von der Einheit eines jeden Dementia-praecox-Falles in bezug auf eine der drei Unterarten fallen gelassen werden, sonst ist eine Erstarrung dieser Disziplin die unabwendbare Folge.

Auch über das manisch-depressive Irresein scheint uns unsere Betrachtungsweise neues Licht zu verbreiten. Wir kommen an Hand unseres Einteilungsprinzipes zu Unterarten, welche sich mit denen, die von klinischen Gesichtspunkten aus gewonnen wurden, decken. Wir werden so in der Lage sein, die in letzter Zeit über diese Krankheitsform aufgeworfenen Kardinalfragen ungezwungen von unserem Standpunkte aus zu beleuchten.

Das manisch-depressive Irresein ist der Dementia praecox vielleicht insofern verwandt, als es sich wohl bei beiden, bei der letzteren wenigstens im Anfange um funktionelle Störungen handelt, und das kommt darin zum Ausdruck, daß es Fälle von Dementia praecox gibt, die namentlich im Anfang Symptome machen, die sich von denen des manisch-depressiven Irreseins nicht unterscheiden lassen, was jetzt wohl von allen Psychiatern zugegeben wird. Die funktionellen Störungen des manisch-depressiven Irreseins unterscheiden sich von denen der Dementia praecox namentlich dadurch, daß sie physiologisch bleiben. Aber auch sie können dieselben Rindengebiete ergreifen wie die Dementia praecox, was daraus hervorgeht, daß ein Parallelismus zwischen den Unterarten beider Erkrankungen auch nach der zurzeit üblichen Einteilung gar nicht zu verkennen ist. Der Dementia paranoides entspricht die manische Paranoia, und es gibt Fälle von Dementia praecox, die zunächst das Bild des manisch-depressiven Irreseins kopieren und als Pseudo-Manie oder Melancholie bezeichnet werden könnten.

Wir halten uns daher für berechtigt, entsprechend der Einteilung bei der Dementia praecox zu verfahren und ein manisch-depressives Irresein des Gefühls, des Willens, des Verstandes und der Sinne zu unterscheiden.

Der Manie des Gefühls oder Gefühlsmanie entspricht der Zustand, der bisher als unproduktive Manie bezeichnet wurde, gehobene Stimmung ohne motorischen Drang.

Daß wir auch bezüglich der Gefühlsmelancholie auf unsere Rechnung kommen, dafür hat Dreyfus¹⁾ gesorgt. Denn durch seine Arbeit ist der klare Beweis erbracht worden, daß es auch vor dem Rückbildungsalter Depressionszustände manisch-depressiver Art ohne ausgesprochene Hemmung gibt, welche, wenn sie im Rückbildungsalter selbst wieder auftreten, sich von der altkraepelinschen Melancholie dadurch unterscheiden, daß ihr Verlauf ein kürzerer und mehr gut-artiger ist.

Die Rückbildungsmelancholie rechnen wir jedoch wie Urstein²⁾ und andere nicht hierher.

Die Identität der altkraepelinschen Melancholie mit dem manisch-depressiven Irresein ist zuerst von Thalbitzer³⁾, dann von Specht⁴⁾ und Dreyfus behauptet worden. Bei Thalbitzer war die Behauptung nicht viel mehr als ein Einfall, meinetwegen auch ein genialer Wurf; bei Specht ein Akt der Notwehr gegen den unverdaulichen Melancholiebegriff von Wernicke. Von Dreyfus ist die Behauptung Thalbitzers an Hand eines umfangreichen Materials in gründlicher Weise nachgeprüft worden.

Das Ergebnis der Dreyfusschen Arbeit spricht nur scheinbar für die Ansicht von Thalbitzer, im Grunde genommen hat diese die Feuerprobe nicht bestanden. Denn der Symptomenkomplex der altkraepelinschen Melancholie wird beibehalten und ihre Abgrenzbarkeit von ähnlichen Symptombildern des typischen manisch-depressiven Irreseins zugegeben, und das ist denn doch die Hauptsache. Ob ihm nun eine selbständige Bedeutung zuerkannt wird wie bisher, oder ob er zum manisch-depressiven Irresein geschlagen wird, ist mehr oder weniger ein Akt der Willkür oder des Geschmackes. Das diesbezüglich logische Raisonement von Dreyfus ist durchaus anfechtbar. Er argumentiert aber so: Unterscheidet sich der Symptomenkomplex der Rückbildungsmelancholie in nichts von den zum manisch-depressiven Irresein zu rechnenden rezidivierenden Fällen, so ist kein Grund vorhanden, jenen von diesen abzutrennen.

Das Resultat der Untersuchung ist aber, daß die erstmals im Rückbildungsalter entstehenden Melancholien schwerer, von längerer Dauer und nicht ganz typisch im Vergleich zu den in demselben Alter rezidivierenden Depressionszuständen manisch-depressiver Art sind. Die richtige Schlußfolgerung wäre also die gewesen, daß sie von den zweifel-

¹⁾ Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Jena 1907.

²⁾ l. c., S. 99ff.

³⁾ Melancholie und Depression. Allgem. Zeitschr. f. Psych. **62**, 775ff. 1905.

⁴⁾ Struktur und klinische Stellung der Melancholie. Gaupps Centralbl. **31**, 449ff.

losen, wenn auch ähnlichen Fällen des manisch-depressiven Irreseins abgelöst werden müssen. Offenbar war dieser Unterschied für Dreyfus nicht schwerwiegend genug, das ist aber eine durchaus subjektive Auffassung, „da auch symptomatisch reichhaltige und charakteristische Äußerungen der allerverschiedensten anatomischen Prozesse einander oft so ähneln können, daß wir sie mit unsern heutigen Hilfsmitteln nicht auseinanderzuhalten vermögen“ (Wilmanns).

Auch die Ansicht von Dreyfus, daß die Rückbildungsvorgänge nur eine auslösende Ursache bilden, ist zu verwerfen. Es wird dadurch ganz und gar der Begriff des auslösenden Momentes verwischt, durch welches der Krankheitstypus nicht verändert werden darf.

Unsere Meinung geht dahin, daß sich die Rückbildungsmelancholie vom manisch-depressiven Irresein ebenso sehr unterscheidet wie die Dementia praecox, und daß sie bedingt wird durch Funktionsstörungen, welche in Beziehung stehen zum Rückbildungsalter, daß sie aber mit dem manisch-depressiven Irresein ebenso wie die Dementia praecox insofern verwandt ist, als es sich bei allen dreien um primär-funktionelle Störungen handelt, wodurch Ähnlichkeiten im Verlauf genugsam begründet sind.

Wir möchten daher an dem altkraepelinschen Begriff der Melancholie des Rückbildungsalters als selbständiger Erkrankung festhalten in der Meinung, daß sich Kraepelin durch seinen Schüler unnötigerweise hat meistern lassen.

Als zweite Unterart des manisch-depressiven Irreseins statuieren wir die des Willens. Es handelt sich hierbei um eine Steigerung oder Hemmung der Motilität.

Wir möchten daher von einer Willensmanie oder motorischem Irresein, einer Willensmelancholie oder Hemmungs- oder depressiven Irresein sprechen sowie von einem motorisch-depressiven Irresein entsprechend dem manisch-melancholischen bei der ersten Unterart, wenn es sich um zirkuläre Formen handelt.

Die dritte Unterart wäre das manisch-depressive Irresein des Verstandes. Hierher sind Fälle zu rechnen mit ausgesprochener Störung der Verstandestätigkeit, namentlich auch die hochgradige Ideenflucht, welche es zu einem normalen verständlichen Denken nicht mehr kommen läßt — Verstandesmanie. Als Gegensatz hierzu die Denkhemmung ohne sonstige motorische Hemmungen — Verstandes-Melancholie oder Depression oder Hemmung.

Die vierte Unterart wäre schließlich das manisch-depressive Irresein der Sinnentätigkeit, die manische Paranoia, in welcher nach Specht¹⁾ die echte Paranoia ganz aufgehn soll, und als

¹⁾ Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Gaupps Centralbl. 1908, S. 817ff.

Gegenstück zu ihr solche Fälle, in welchen den Erkrankten die ganze Außenwelt mit ihren Farben und Formen infolge Unterfunktion der Sinnentätigkeit verändert, wie zu einem Kirchhof verwandelt erscheint — melancholische Paranoia.

Die depressiven Formen sind bisher weniger auseinandergehalten worden; es kann aber nicht bezweifelt werden, daß sich dafür ohne Schwierigkeiten Typen finden lassen.

Es ist selbstverständlich, daß die hier unterschiedenen Idealfälle in absoluter Reinheit nicht vorkommen. Schulfälle lassen sich ohne erheblichere Schwierigkeiten finden. Das Gros der Erkrankungen gehört aber hier wie bei der Dementia praecox den Mischfällen an, von welchen es ebensoviel ungezählte Variationen gibt, die einem jeden Krankheitsbild gerecht werden, so auch den Kraepelin-Weygandtschen Mischfällen. Es handelt sich also in jedem Falle nur darum, die einzelnen Komponenten zu bestimmen. So ist die manische Paranoia sehr oft mit Willens- und Gefühlsmanie vergesellschaftet. Selbstredend müssen auch hier wiederum reflektorische Wirkungen berücksichtigt werden.

Der Faden wickelt sich jetzt schon von selber ab, und wir können es daher in bezug auf die Rückbildungspsychosen oder Spätdemenzen kurz machen. Entsprechend den Affektionen der Gefühls-, Willens-, Sinnen- und Verstandessphären lassen sich Spätdemenzen des Gefühls — Rückbildungsmelancholien und -manien, welche letztere selten sind, aber vorkommen, des Willens — Spätkatatatonien, der Sinnentätigkeit — präseniler Beeinträchtigungswahn, und des Verstandes — präsenile Verstandesdemenz, unterscheiden, zu welcher auch wohl die Presbyophrenie als präsenil schizophrene Verstandesdemenz zu rechnen ist. Beim Altersblödsinn oder der senilen Demenz handelt es sich um ein mehr gleichmäßiges allmähliches Schwinden aller feineren psychischen Funktionen, also um ein Zurücktreten der Schizophrenie oder Koordinationsstörung.

Es soll nochmals hervorgehoben werden, daß es sich nur um funktionelle Störungen des vorgeschrittenen Alters handelt, welche allerdings sekundär Veränderungen der Gehirnstruktur nach sich ziehen, daß aber Schädigungen anderer Art, so durch Lues, Alkohol und namentlich durch die Arteriosklerose, ausgeschlossen sind. Bezüglich Ideal-, Schul-, Mischfällen und Variationsmöglichkeit gilt das früher Gesagte.

Für eine innere Verwandtschaft der Spätdemenzen spricht auch die Meinung von Dreyfus¹⁾, welche dahin geht, „daß die sichere Abtrennung mancher Formen der Spätkatatonie von der Melancholie zu einer der schwierigsten Aufgaben in der Psychiatrie gehöre, die noch ihrer

¹⁾ l. c., S. 25.

endgültigen Lösung harre“; ferner der Standpunkt von Kraepelin¹⁾ in der neuesten Auflage seines Lehrbuchs, „daß wenigstens die Mehrzahl der Spätkatatonien mit den entsprechenden Erkrankungen der früheren Jahrzehnte nur eine oberflächliche Übereinstimmung aufzuweisen habe“ und „daß mindestens ein erheblicher Teil der Spätkatatonien als der Ausdruck ganz andersartiger Krankheitsvorgänge betrachtet werden müsse“.

Man könnte hier Dreyfus mit seinen eigenen Waffen schlagen und fragen, warum soll in dem einen Fall die Symptomatologie „beweisend“ sein für die Ätiologie, in einem andern aber nicht, und warum vereinigt er die Spätmelancholie nicht zu einer Gruppe mit der Spätkatatonie?

Die Störungen, welche durch die Rückbildungspsychosen verursacht werden, sind im allgemeinen nicht so tiefgehend wie bei der Dementia praecox, so daß die Spätkatatonie, die paranoide Spätdemenz meist einen milderen Verlauf haben als die entsprechenden Erkrankungen dort. Hinsichtlich ihrer Schwere stehen sie zwischen dem manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox, so daß es nicht zu verwundern ist, daß ein Teil derselben, wie namentlich viele Fälle von Spätmelancholien, zum manisch-depressiven Irresein gerechnet wurde, — mit Unrecht, denn hinsichtlich der anatomischen Veränderungen, die sie setzen können, stehen sie eher der Dementia praecox näher.

Es bleiben jetzt nur noch die degenerativen Psychosen übrig, die konstitutionelle Neurasthenie, Hysterie und die echte Paranoia. Fälle von letzterer finden sich selten in Irrenanstalten oder gar nicht, um so häufiger aber im Leben und in der Geschichte. Als Paranoia möchte ich die Seelenverfassung bezeichnen, welche durch die Störung des harmonischen Gleichgewichts der Seelenfunktionen durch das ausgesprochene Prävalieren eines oder mehrerer derselben über die anderen bedingt wird. Es ist klar, daß die Reaktion einer „überwertigen“ Seelenfunktion auf die Eindrücke der Außenwelt eine eigenartige sein und mit unbedingter Notwendigkeit zu einer Systembildung führen muß. Auch bei den Paranoien ließen sich solche des Gefühls, des Willens, des Verstandes, der Sinnentätigkeit unterscheiden. Als Vertreter derselben wären Heilige, Propheten, Religionsstifter, allerhand überschwängliche, fanatische Schwärmer; wahnwitzige, tollkühne Politiker, Eroberer, Usurpatoren; einseitige, verkümmerte, wenn auch hervorragende Gelehrte, Dichter, Philosophen zu nennen. Daß es bei einer Überfunktion der Sinnentätigkeit zu Illusionen, Visionen, Halluzinationen kommen kann, ist selbstredend. Diese Fälle von Paranoia sind wohl als die am meisten pathologischen anzusprechen. Von den paranoiden Formen des manisch-depressiven Irreseins unterscheiden sich echte

¹⁾ Klinische Psych. I. Teil, S. 537f.

Fälle dadurch, daß sie chronisch sind, einen gleichmäßigeren Verlauf bei gleichbleibender Stimmungslage haben, mehr an der Grenze des Pathologischen nach dem Gesunden hin liegen, so daß die Alterationen des Seelenlebens geringer sind und sie dem Laien mehr oder weniger als normale Persönlichkeiten, allenfalls als Übermenschen erscheinen. Eine paranoische Veranlagung ist zwar eine degenerative, aber sie befähigt oft zu großen Leistungen, welche immer eine Einseitigkeit voraussetzen, und so haben viele unserer großen Männer etwas Paranoisches an sich, was seit den Arbeiten von Möbius wohl niemand mehr beanstanden wird.

Zu den echten Paranoikern gehören auch sogenannte Originale, Prozeßkrämer, Querulanten, wenn auch nicht bestritten werden soll, daß das manisch-depressive Irresein zum Querulantentum führen kann (Specht). Die Regel ist es jedenfalls nicht, und auch hierin hat Kraepelin recht.

Nachdem wir in aller Kürze unsern diagnostischen Standpunkt skizziert haben, ist es an der Zeit, auf die Geschwisterpsychosen zurückzukommen. Für unsere Diagnosenstellung werden die angegebenen Richtlinien maßgebend sein.

Wir werden mit den Dementia-*praecox*-Fällen beginnen, dann die manisch-depressiven folgen lassen und mit den Rückbildungspsychosen oder Spätdemenzen schließen.

Das Material wurde den Krankengeschichten der Bezirks-Heilanstalt Stephansfeld aus den Jahren 1900 bis 1906 einschl. entnommen. Es wurden sämtliche in diagnostischer Hinsicht wichtigen Angaben berücksichtigt, gleichviel in welchem Fahrwasser die jeweiligen Referenten sich bewegten.

Katanamnestische Erhebungen sind mit Absicht nicht gemacht worden, um das prognostische Moment in der Diagnosenstellung ganz auszuschalten. In der Hinsicht ist man entschieden zu weit gegangen. So stellt Dreyfus den günstigen Verlauf der Rückbildungsmelancholie als „Beweis“¹⁾ dafür auf, daß sie zum manisch-depressiven Irresein gehöre. Warum soll eine Psychose nicht *toto coelo* von einer andern verschieden sein und doch eine günstige Prognose haben können wie jene? Um einen Beweis kann es sich da wirklich nicht handeln, sondern allerhöchstens um einen Wahrscheinlichkeitsgrund mehr. Auch ist es durchaus nicht angängig, eine Diagnose zu ändern, wenn der Fall in Heilung übergang, wie das bisher vielfach geschah, weil es niemals sicher ist, ob es sich um eine wirkliche Heilung oder nur um eine Remission gehandelt hat.

Wenn daher Zendic²⁾ bei sämtlichen innerhalb dreier Jahre aus der

¹⁾ l. c., S. 36.

²⁾ Beiträge zur Differentialdiagnose des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia *praecox*. Sitzungsbericht. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 66, 932.

psychiatrischen Klinik München entlassenen Dementia-praecox-Fällen, die soweit in Heilung übergingen, daß sie als sozial unauffällig bezeichnet werden konnten, den Schluß zieht, daß es sich um Fehldiagnosen gehandelt habe, so ist er damit sicherlich zu weit gegangen. Wenn er ferner meint, daß die meisten Fehldiagnosen durch die unrichtige Bewertung der sogenannten katatonen Symptome bedingt gewesen seien, so ließe sich dem entgegenhalten, daß gerade die Prognose bei Katatonie, wie schon von Kahlbaum¹⁾ betont wurde, „eine nicht schlechte“ ist, was dafür spräche, daß es sich in diesen Fällen wirklich um Katatonie gehandelt hat.

Ausgesprochene katatone Störungen sind so tiefgreifend und differenziert, daß man sich kaum denken kann, daß sie durch rein physiologische Alterationen bedingt sein sollten, welche eher physiologisch noch verständliche Funktionsanomalien allgemeiner Art setzen.

Bei jenen handelt es sich offenbar um schwere Koordinationsstörungen in der Muskelinnervation. Jeder Willensimpuls löst einen Gegenimpuls aus, durch welchen die Hemmung einer Bewegung am Ende, mehr noch in einem gegebenen Momente vorher bewirkt wird. Steckt man den Finger in heißes Wasser, um seine Temperatur zu prüfen, so ist die Innervation der Antagonisten in hochgradiger Spannung, um im Augenblick der Berührung das Zurückziehen bewirken zu können. Ähnliches erfolgt beim Serieren im Billardspiel, beim Schlag mit einem Stock auf eine harte Unterlage. Ist der Innervationsmechanismus gestört, so gewinnen die Antagonisten von vornherein die Oberhand, und es erfolgt eine gegensinnige Bewegung.

Die Antagonisten sind namentlich auch bei prüfenden, tastenden, unsicheren, schwierigen Bewegungen ganz unbewußterweise empfindlicher eingestellt, so bei Bewegungen im Dunkeln, mit geschlossenen Augen, beim Turnen, Bergsteigen usw., ebenso wenn uns bei Ausführung einer Bewegung Mißtrauen hinsichtlich ihres Zwecks befällt. Daher sind wir, wenn wir einer verdächtigen Person die Hand reichen, in jedem Momente in der Lage, sie zurückzuziehen.

Die Antagonisten haben auch eine rein mechanisch-regulierende Bedeutung, da durch die gegenseitige Spannung eine viel gleichmäßigere Bewegung erzielt wird, die in der Lage ist, sich allen Bedürfnissen im Moment anzupassen. Daher kann der Negativismus bei allen möglichen Funktionen, welche durch Muskelaktion bedingt sind, gefunden werden. Der physiologische Unterschied zwischen starren, stuporösen Zuständen und hochgradigen Erregungen liegt vielleicht nur darin, daß im letzten Falle die die Bewegung auslösenden, im ersten die sie hemmenden Innervationszentren überreizt sind.

¹⁾ l. c., S. 93.

Wenn es beim manisch-depressiven Irresein überhaupt katatonen Störungen gibt, so sind sie gewiß anderer Art, sie sind dann bedingt nicht durch Störungen in der Muskelinnervation, sondern höchstens durch das Prävalieren einer psychischen Funktion über die andere, wodurch sich z. B. das Widerstreben solcher Kranken erklären läßt, bei welchem es sich also um einen Pseudo-Negativismus handelt.

In bezug auf die katatonen Störungen möchten wir uns auf den Standpunkt Ursteins¹⁾ stellen, zu dem er sich, trotzdem er selbst früher in einer Veröffentlichung den entgegengesetzten einnahm, an der Hand eines inzwischen gesammelten, gewiß gründlichen Materials, des gründlichsten vielleicht, das bisher erschienen ist, wiederum bekehrt hat, d. h. wir halten sie als entscheidend für die Diagnose Dementia praecox im Gegensatz zum manisch-depressiven Irresein.

Auch Bleuler²⁾ äußert sich über diesen Punkt wie folgt: „In neuerer Zeit sagt man, daß die katatonen Symptome beim manisch-depressiven Irresein häufig seien. Ich habe bei dieser Krankheit bis jetzt kein Symptom beobachtet, das nach der Analyse in gleichem Sinne kataton gewesen wäre wie diejenigen bei der Schizophrenie.“

Bei einzelnen unserer Fälle werden wir Gelegenheit haben, diese Frage wiederum zu streifen.

Wer sich die Mühe nehmen will, die Krankengeschichten der Reihe nach durchzugehen, wird sich des Eindrucks nicht erwehren können, daß es sich, ganz abgesehen von der speziellen Diagnosenstellung im einzelnen Falle, durchweg um ähnlich verlaufende Psychosen handelt. Ich wüßte nicht einen Fall zu nennen, der dagegen spräche. Es unterliegt daher wohl keinem Zweifel, daß die früheren Beobachtungen bezüglich der Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen richtig sind.

Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, daß wir die Psychosen ohne Auswahl berücksichtigten, so, wie sie sich in den Protokollen fanden. Ausgeschlossen wurden nur diejenigen, bei welchen es sich um exogene oder um Paarung einer endogenen mit einer fraglos exogenen Erkrankung handelte.

Es kann daher als Gesetz gelten, daß bei der psychischen Erkrankung beider Linien der Aszendenz die eine derselben den krankmachenden Einfluß der andern eliminiert, wobei sie sich auch gegenseitig unschädlich machen können.

Und nun die Fälle; zunächst die von Dementia praecox (1—28), an erster Stelle die, bei welchen sich alle Geschwisterpsychosen einer der bekannten Unterarten subsumieren lassen, voran wieder die, welche gleichartig sind, dann die, bei welchen sich einfache Fälle mit Misch-

¹⁾ l. c., S. 93 ff.

²⁾ l. c., S. 453.

fällen paaren und zuletzt die nur aus Mischfällen bestehenden, bei letzteren auch die gleichartigen zuerst.

Fall 1—8 sind Geschwisterpsychosen, die sich einer der drei und zwar derselben Unterart subsumieren lassen. Natürlich handelt es sich, wie auch später, nur bei den wenigsten um typische Schulfälle. Wir sind aber der Ansicht, daß auch hier der sonst übliche Standpunkt gelten muß, lieber eine falsche Diagnose als gar keine.

Fall 1. P., Josephine. 33 Jahre alt.

War von Kind auf etwas sonderbar. Seit ihrem 18. Jahre ist sie im Anschluß an eine Liebesaffäre psychisch verändert, ängstlich, arbeitete jedoch ausreichend. Seit 3 Jahren wechselte sie auffallend oft ihre Stellung. Hörte damals „den Bösen“ sprechen: „Du mußt gleich sterben, brauchst nicht zu essen.“

Bei der Aufnahme depressiv ohne starken Affekt, orientiert, rechnet richtig. Kenntnisse ihrem Stand entsprechend. Keine Sinnestäuschungen. Wahnideen: sie sei vom Teufel besessen, der in der Kreuzgegend säße. Früher soll Gedankenlautwerden besonders sexueller Art bestanden haben; jetzt werden sexuelle Halluzinationen in Abrede gestellt. Arbeitet zeitweise, meist hungert sie jedoch untätig herum, äußert beständig Suicidideen, macht jedoch keinen Versuch.

Ruhig, äußerlich geordnet, stilles gedrücktes Wesen, orientiert. Bringt verschiedene Beeinträchtigungsideen gegen ihre frühere Herrschaft vor. Gibt als Grund ihrer Traurigkeit und Angst an, daß sie Gedanken habe, die man nicht haben solle, präzisiert nicht näher. Sensibilität normal.

Drängt auf Entlassung, hier werde sie nicht besser. Immer mürrisch, gereizt, übellaunig. Hat sich bei der Arbeit den Zopf abgeschnitten. Deprimiert, untätig, sitzt verträumt auf ihrem Platz, findet sich nicht wert, dem Direktor die Hand zu reichen. Der Schutzengel habe ihr eingegeben, daß sie sich den Zopf abschneiden solle. Sei krank geworden, weil sich ihr Dienstherr erhängt habe. Beobachtet genau und richtig alles, was um sie passiert. Macht gequälten Eindruck, starrt zum Fenster hinaus, kaut an den Nägeln, zersticht sich absichtlich die Finger mit Nadeln. Wenn man wüßte, wie schlecht sie sei, würde sie niemand anrühren. Sie gehöre zum Vieh. Bleibt nicht im Bett, sitzt am Boden. Versuchte sich zu erhängen. Deprimiert, aber nicht gehemmt. Hält sich nicht für krank. Legt sich unter das Bett, machte Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme, sie sei schlechter als der Teufel. In ständiger motorischer Unruhe, jammert laut, wirft sich auf den Boden, drängt fort. Sie habe die Eltern und Geschwister ins Unglück gebracht. Jetzt meist zufriedener Stimmung. Beschäftigt sich etwas, gerät jedoch leicht aus dem psychischen Gleichgewicht. Erhält die Nachricht, daß sie nächstens abgeholt werden solle, äußert zu den Wärterinnen, sie werde sich da erhängen.

Wird von den Angehörigen nach kurzer Zeit zurückgebracht. Hatte zu Hause keine Ruhe, vertrug sich nicht mit ihrem Bruder, hat zahlreiche blaue Flecken am Körper. Ist völlig uneinsichtig, unverträglich, händelsüchtig, nörgelnd. In brutaler Weise gewalttätig. Gefällt sich in spitzen Redensarten. „Da sollen die Kranken gesund werden, wenn der Arzt an jedes Bett geht und guten Morgen sagt.“ Arbeitet, gibt aber immer schnippische und abweisende Antworten. Singt das Lied vom Dr. Eisenbart. Räsontiert einsichtslos über Standesunterschiede. Gibt dem Arzt gesuchte grobe Antworten. Schikaniert ihre ganze Umgebung. Packt eine Wärterin an den Haaren und zerrt sie durch den Saal. Weckt nachts andere Kranke mit der Begründung, sie wolle auch Schlafmittel; wenn sie nicht schlief, brauchten auch die anderen nicht zu schlafen. Wird im Garten beschäftigt; ist da eine gute und fleißige Arbeiterin, obwohl sie auch bei der Arbeit in einemfort zu nörgeln hat.

Beobachtungszeit 4 $\frac{1}{2}$ Jahre.

P., Emil. 23 Jahre alt.

Wird überführt aus einem Garnisonslazarett. Ist vor einem Jahre beim Militär eingetreten und in letzter Zeit durch wunderbares Benehmen und durch große Reizbarkeit aufgefallen. Als er einen Befehl eines Unteroffiziers nicht ausführte und sich herausfordernd gegen denselben benahm, wurde er zur Beobachtung seines Geisteszustandes dem Lazarett überliefert. Dort war er meist heiterer Stimmung, dabei sehr unruhig, lief viel umher, wurde erregt, wenn ihm etwas gesagt wurde, fing überall Händel an und beklagte sich dann über die anderen, schlief schlecht, selbst nach Verabreichung von Beruhigungsmitteln. Bei der Visite kämmte er sich das Haar oder betrachtete sich dauernd im Spiegel. Sang und piffte auf dem Krankensaal, entfernte sich zu früh aus demselben. Wurden ihm Vorhaltungen gemacht, so gab er zur Antwort: „Das wird nicht so genau genommen.“ Bei der Unterhaltung machte er andauernd Bewegungen mit den Fingern, Händen und Füßen. Zeigt Hang zum Lügen. Er war stets klar und orientiert. Trotzdem er im ganzen harmlos und bis zu einem gewissen Grade lenkbar war, brachte er durch sein Verhalten eine solche Störung in den Lazarettbetrieb, daß seine Überbringung in eine geschlossene Anstalt für notwendig erachtet wurde. Bei einem Versuch, ihn zu isolieren, stampfte und tanzte er fast fortwährend die geräuschvollsten Tänze, sang und brüllte dazu.

Patient zeigt bei der Aufnahme in Blick und Haltung etwas Keckes und Ungeziertes, hält sich ruhig, antwortet prompt in militärischer Haltung, geht ruhig mit zur Abteilung.

Gibt bereitwillig Auskunft, wird weitschweifig, wenn man ihn erzählen läßt, verliert gelegentlich den Faden. Mäßiger Rededrang, Stimmung expansiv, dabei ausgesprochen albern. Gut orientiert. „Der Vater ist Zimmermann, trinkt gern ein Gläschen, ist aber nicht trunksüchtig.“ Geisteskrankheiten sollen bei den Voreltern nicht vorgekommen sein, eine andere Schwester ist taubstumm, soll von einem anderen Taubstummen geschwängert worden sein. Patient kam nach der Schulzeit in die Lehre zu einem Friseur nach Straßburg. Nach der Lehrzeit war er an verschiedenen Orten, in Genf, Zürich, Interlaken, bis zur Militärzeit. „War immer lustig, überall bekannt.“ Beim Militär nie bestraft; zuerst angeblich öfter schwindlig im Kopf, namentlich „wenn etwas nicht klappte“. Er wollte seine Sache gut machen, dabei ist alles nichts gewesen. Später wurde er nachlässig, hat öfter „Zapfen gestrichen“. Wenn kein Dienst war, dann „Säbel um und in die Stadt“. Meinte lachend, „sie sagen, ich bin verrückt“. Der Unteroffizier, der ihn, wie auch die anderen Vorgesetzten, nicht leiden konnte, habe ihm auf der Stallwacht befohlen, den Pferdemit mit den Händen herauszutragen, da er seine Schürze vergessen hatte. Darauf habe er zur Antwort gegeben, das sei ihm zu dreckig. Rechnet auf Pension, wenn er für krank erklärt wird; denkt, daß er in 8 Tagen entlassen wird, will dann zur Post oder Bahn gehen. Leidliche Kenntnisse, mäßiges Rechnen.

Patient zeigt motorisch kaum besondere Unruhe, ärgert aber die anderen Kranken durch Neckereien und Schimpfreden, so daß er allgemeine Unruhe erregt. Wird isoliert. Bei dem Versuch, ihn wieder gemeinsam zu nehmen, kommt es zu Prügeleien. Erhebt allerlei Anklagen über Mitranke, die keinen Spaß verstanden, und Wärter, die ihn nicht genug beschützten. Wird zunehmend unruhiger, kommt ins Dauerbad. Zerreißt Hemd und Leintuch, schlägt im Bad eine Scheibe ein, singt und schreit. Äußert, wenn er nicht aus dem Einzelzimmer herauskomme, werde er sich am Gitter seines Kabinetts aufhängen. Wurde dabei betroffen, wie er sich zu diesem Akte vorbereitete. Wird ruhiger, wieder gemeinsam. Fängt wieder an zu necken, tötlich zu werden, läßt seinen Übermut namentlich an stumpfen und wehrlosen Kranken aus. Spuckt einem derselben ohne Veranlassung ins Gesicht, tritt einem anderen absichtlich auf die Füße. Wird ruhig, kann wieder gemeinsam

sein, hält sich ziemlich gut. Kann aber auf die Dauer seine tollen Streiche nicht lassen. Geht mit zur Gartenarbeit. Wird beurlaubt nach einem halben Jahr.

Der Bruder ist 5 Jahre jünger als die Schwester.

Die Psychosen gleichen sich sehr hinsichtlich des sozialen Verhaltens der Erkrankten. Bei der Schwester ist eine depressive, beim Bruder eine expansive Stimmung die vorherrschende.

Das Kecke, Dreiste, die Urteilslosigkeit, die Neigung zu dummen Streichen beim Bruder; die Nörgelei, das schwachsinnige Räsonnieren, die Einsichtslosigkeit, die Neigung zu Unarten bei der Schwester sprechen für Hebephrenie in beiden Fällen. Die Psychose der Schwester ist die ausgesprochenere, es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß es sich beim Bruder um eine solche gleicher Art handelt.

Fall 2. H., Julius. 27 Jahre alt.

Ein Vetter väterlicherseits ist in der Anstalt, eine Tante ist „ganz verrückt“. Die ganze Familie „hat etwas an sich; wenn sie getrunken haben, sind sie alle verrückt“.

Patient entwickelte sich normal. Schon vor 2 Jahren war er einmal krank, Näheres nicht zu ermitteln. Vor 1½ Jahren ließ er sich aufbieten, ohne daß er mit dem betreffenden Mädchen oder dessen Eltern darüber gesprochen hätte. Einen Monat darauf wiederholte er das gleiche. Er schoß in die Briefkästen, zertrümmerte die Fensterscheiben des Wachtlokals, übernachtete oft im Wald und wurde menschenscheu. Er brachte sein mütterliches Erbteil durch, machte Reisen nach Berlin, Belfort usw., kaufte 2 Floberts, 2 Velos und überwarf sich mit seinem Vater. Vor 8 Tagen drang er in die Wohnung des Lehrers, zertrümmerte Ofen, Pult, Türen mit einer Axt. Der Lehrer mußte fliehen. Auch auf dem Transport war er widersetzlich und entfloh vor der Anstalt. Exzesse in baccho et venere liegen nicht vor.

Kräftiger, mittelgroßer Mann. Mißtrauischer, verschlossener Gesichtsausdruck, indifferente Stimmungslage. Bewußtsein ungetrübt. Verfügt über gewöhnliche Schulkenntnisse. Im Gespräch macht sich eine gewisse Schwerfälligkeit und Zurückhaltung bemerkbar. Kein Krankheitsbewußtsein. Arbeitete bis zum 20. Jahr zu Hause. War in Mainz 3 Jahre Soldat. Vor einem halben Jahre ging er nach Frankreich, dann nach Neubreisach und kehrte zuletzt wieder nach seinem Heimatdorf zurück.

Macht ganz verworrene Angaben, z. B. wegen des Kaufes der Velos: „Als ich nach Straßburg kam, winkten sie mir von der Eisenbahn, da fuhr ich zwei Stationen weiter bis Colmar. Auf der Rückreise ging ein starker Wind, ich hatte kein Geld, da kaufte ich mir das Veloziped.“ In Straßburg habe ihm eine Frau gesagt, das Beste für ihn sei reisen, dann sei er fortgereist.

Halluzinationen werden nicht zugegeben. Ist immer sehr in sich gekehrt. Perzipiert sehr langsam. Gibt selten Antwort. Schreibt einen sinnlosen Brief. Arbeitet. Starker intellektueller Defekt. Sagt, die großen Anschaffungen habe er um seiner Gesundheit willen gemacht. Rechnet sehr gut. Über Ort und Zeit orientiert. Schreibt einen großen Aufsatz aus zusammenhangslosen, hochklingenden Phrasen. Zeichnet Bauerngehöfte mit Berechnung der Kosten nicht ohne Geschick, doch jedesmal dasselbe. Ist ungeordnet, was besonders in seinen Briefen hervortritt. Nimmt wenig Nahrung zu sich. Wird aggressiv gegen das Personal. Der Umstand, daß man das Aufgebot entfernt habe, habe ihn geschädigt, ihm einen Schlag gegeben. Nahrungsverweigerung. Er müsse 120 Stunden hungern. Nach einmaliger Fütterung ißt er wieder. Spricht fast nichts. Versteckt sich unter die Bettdecke. Liegt wachend mit geschlossenen Augen im Bett. Zurzeit sehr unzufrieden. Schlägt

Scheiben ein. Fällt über den Arzt her. Schreibt einen geordneten Brief. Hält sich längere Zeit schon ruhig, macht aber stets einen unheimlichen, gespannten Eindruck. Schüttet oft Wasser in eine Schüssel und genießt es dann mit dem Löffel wie Suppe. Schreibt Lieder und sentimentale Gedichte aus Büchern ab, um sie einer ihm bekannten Bauersfrau zu schicken. Über seine Beziehungen zu ihr gibt er keine Auskunft. Besitzt hervorragende manuelle Geschicklichkeit. Schreibt vortrefflich, Noten wie gestochen, graviert sauber mit einem Stift Stempel in Schieferplatten. Ist musikalisch. Geht mit zur Arbeit. Plötzlicher Ohnmachtsanfall auf dem Nachstuhl. In letzter Zeit erzählt er oft, was er heute und gestern alles gearbeitet hat, während er tatsächlich zu Hause geblieben war und nichts getan hatte. Oft drohende Haltung. Weist auf die Loge mit den Worten: „Wieviel edle Leute hier drinnen morden.“ Immer gespannt, führt immer verwirrte Reden. Briefe sinnlos. Arbeitet wieder. „Ich bin der gespenstige Ritter von der Fabel, Blücher.“ Entweicht. Schreibt an den Direktor der Anstalt aus Belfort einen Brief mit poetischen, überschwenglichen, schwulstigen Phrasen und dankt für seine Rettung. Betrachtet ihn als Lebensretter, „solange er atme“. Dem Brief liegt „als schwacher Beweis seiner Erkenntlichkeit“ ein Zehnfrankenschein bei.

Beobachtungszeit 3 Jahre.

H., Marie. 36 Jahre alt.

Kindheit und Jugend verliefen normal. War ruhig, gutmütig. Periode regelmäßig. Vor 4 Jahren Entbindung, normaler Verlauf, hat einige Tage gestillt. Vor etwa 12 Jahren soll Patientin zum erstenmal Zeichen geistiger Störung gezeigt haben. Mußte damals vom Bruder in Paris abgeholt werden. Dann mehrjähriges Intervall, während dessen Patientin nicht in hohem Maße geistig abnorm gewesen sein soll. War imstande auswärts Dienste zu verrichten. Vor 6 Jahren ein zweiter Anfall; sie war dabei äußerlich geordnet, aber sehr redselig, sprang von einem Gegenstand zum anderen über, war leicht aufgeregt, etwas erotisch.

Bei der Aufnahme zerstreut, geht umher, antwortet nicht immer im Sinne der gestellten Frage, schweift ab. Folgt willig auf die Abteilung.

Kleine, brünette, etwas magere Person. Blasse Hautfarbe. Symmetrische Pigmentierung der Wangen. Bartanflug. Lebhaftes Patellarreflexe. Sensibilität intakt.

Ist läppisch heiter, lacht viel ohne ersichtlichen Grund, abgelenkt, zerfahrener Rededrang, beziehungslose Antworten, stellt Sinnestäuschungen in Abrede, ist schwer zu fixieren. Sie sei verheiratet, fühle ein Kind in sich. Verkennt den Arzt. Bringt keine brauchbare Strickarbeit zustande, beschäftigt sich etwas im Haus. Affektlos. Ihr Kind sei hier, sie höre und sehe es. Eine auffallende Erscheinung bei der Patientin, die sich mit Eifer und Geschick beschäftigt, ist eine beständige motorische Unruhe von Gesicht, Extremitäten, manchmal auch des ganzen Körpers. Lebhaftes Mienenspiel. Lachen ohne entsprechenden Affekt. Macht eine plötzliche Attacke auf die Schwester und bedroht die Umgebung mit dem Besen. Über eine Veranlassung für dieses Verhalten ist nichts zu erfahren. Fleißige Arbeiterin, etwas lebhaftes Wesen, stets zugänglich. Wurde einmal, ohne daß etwas vorausgegangen war, gegen eine harmlose Mitkranke gewalttätig, gab nachher ihr Unrecht zu, wußte keinen Grund für ihr Verhalten anzugeben. Fällt unmotiviert über andere Kranke her, prügelt sie, freut sich darüber. Läppisch, affektlos, kommt jeden Tag mit einer anderen Beschwerde, bittet um Pulver, Tee, Medizin u. dgl., ist zufrieden, wenn sie irgend etwas erhält. Stimmung heiter, aber gereizt. Schwatzhaft, zudringlich. Erotisch. Jetzt wieder ruhig und sich beschäftigend. Später dauernd unruhig, singt, schwatzt unaufhörlich. Klagt oft über heftiges Kopfweh, hält sich häufig den Kopf mit beiden Händen oder stößt ihn verzweifelt gegen die Bettkante; bindet sich Tücher um den Kopf. Impulsiv, greift plötzlich ihre Nachbarin an. Warf

einen Stuhl nach einer Mitkranken. Wieder ruhig, verkriecht sich unter die Decke.

Beobachtungszeit 3 Jahre.

Die Schwester ist $1\frac{1}{2}$ Jahre jünger als der Bruder.

Die Geschwister erkrankten zum erstenmal ungefähr im gleichen Alter. Es handelt sich um zwei Verstandesdemenzen. Die Psychose des Bruders ist hier die typischere. Bei der Schwester scheint es sich um eine gleichzeitige, jedoch vielleicht nur reflektorisch bedingte Reizung der Willenssphären zu handeln.

Fall 3. M., Magdalena. 16 Jahre alt.

Die Mutter war vor 20 Jahren im Puerperium psychisch krank und damals ein halbes Jahr hier. Ein zweitesmal wurde sie vor 5 Jahren aufgenommen und nach 2 Jahren entlassen. Auch der Vater soll nicht ganz normal, ferner eine Tante desselben geisteskrank sein.

Im 3. Jahr hatte Patientin das „Schleimfieber“ (Typhus), war sonst gesund, lernte gut. Noch nicht menstruiert.

Ohne bekannte Veranlassung stellten sich im 13. Lebensjahre Anfälle von „Bewußtlosigkeit“ ein. Patientin hatte Augenblicke, wo sie nicht wußte, was sie tat, eigensinnig war, im Dorfe sich umhertrieb. Ein derartiger Anfall soll anfangs alle Monate erfolgt sein, und seit $\frac{1}{4}$ Jahr fast täglich erfolgen. Der Anfall dauert etwa 2 Stunden. Während eines solchen schlug sie einmal 2 Scheiben ein, riß im Garten in unsinniger Weise Pflanzen aus, drohte, sie wolle ihrer Mutter und den Nachbarskindern das Leben nehmen, äußerte, sie gehe fort und komme nicht wieder. Sonst sei nichts Bemerkenswertes vorgefallen. Zeitweise klagte sie auch über Herzklopfen.

Grazil gebaut, in der Entwicklung etwas zurückgeblieben. Gesichtsausdruck nicht auffallend. Ist nur über gröbere Verhältnisse orientiert und macht auch geistig einen wenig entwickelten Eindruck. Gibt an, vor dem Anfall habe sie Kopfschmerzen etwa 1 Stunde lang. In bezug auf die Vorgänge während des Anfalls besteht angeblich völlige Amnesie. Kein Hinfallen, keine Verletzungen, kein Bettnässen.

Patientin hat ein reges Interesse für ihre Mitkranken, deren persönliche Verhältnisse sie sehr gut kennt. Hatte einen Erregungszustand, in welchem sie den Kranken Grobheiten sagte. Ist sehr unartig, beteiligt sich mit großem Interesse an allen Zänkereien. Ihr Wortschatz verfügt über die unflätigsten Ausdrücke. Reißt im Hof die Sträucher ab. Rennt den ganzen Tag umher, schreit, schimpft, wirft die Teller vom Tisch, wirft ihre Schuhe in den Hof. Sagt, sie sei so erregt, weil sie keine Periode habe. Schüttet ihr Repertoire von gemeinsten Schimpfworten auch über den Arzt aus. Schreibt einen Brief nach Hause, in dem auch nicht ein Satz richtig gebildet ist; um jedes Wort macht sie eine kindische Zeichnung. Im Bett verhält sie sich leidlich ruhig, sowie sie aber außer Bett ist, springt sie über Tische und Bänke, stößt die anderen Kranken, hindert sie an der Arbeit. Zurzeit etwas manierlicher. Wieder erregt, unruhig, aggressiv. Ist jetzt fleißig, spricht selten einmal ein Wort, hält sich immer allein, Stimmungslage leicht depressiv.

Wird beurlaubt nach 2 Jahren.

M., Georg. 21 Jahre alt.

Hatte vor einem Tag einen Tobsuchtsanfall, drohte das Haus anzuzünden, ging mit dem Beil auf den Vater los.

Patient sitzt redend und gestikulierend im Aufnahmezimmer, nennt seinen Namen, weiß, daß seine Mutter hier „im Narrenhaus“ war. Geht willig mit zur Abteilung.

Gerötetes Gesicht, unruhiger Blick, gedunsenes Aussehen. Produziert unzusammenhängendes Gefasel. Durch in energischem Ton gestellte Fragen ist er jedoch zu fixieren und gibt dann richtige Antworten. (Wie alt?) „Ich kann es noch nicht ganz gewiß sagen, ich weiß nicht, wegen großer Dummheit oder großer Ge-scheitheit kann ich nicht mehr Tote erwecken oder Dumme gescheit machen. Ich weiß es nicht mehr gewiß nach meinem Gewissen gerecht oder ungerecht.“ (Wie alt?) „Einundzwanzig Jahre bin ich und schon einmal in der Musterung und wegen Gerechtigkeit oder Ungerechtigkeit, das zweitemal weiß ich halt nicht.“ Spricht in gleichem Tonfall nach, was ein anderer Kranker produziert. Über Halluzinationen ist nichts zu eruieren. Rechnet ziemlich sicher. Wird bei der körperlichen Untersuchung ängstlich und unruhig, wirft die Bettsachen fort. Ist jetzt widerstrebend; die einzige Antwort, die er gibt, ist: „Ich will ja nichts mehr wissen.“ Ist sehr laut und motorisch erregt, legt sich unter seinen Strohsack. Des Nachts unrein. Lacht unmotiviert, läppisch, gestikuliert. Ziemlich heftiger Erregungszustand, muß isoliert werden. Nimmt ab und zu dem Arzt gegenüber eine läppische, drohende Haltung ein. Grimassiert. Wird allmählich ruhiger. Wird mit Erfolg zur Arbeit in den Garten gelassen. Ist ein guter, brauchbarer und fleißiger Arbeiter. Benimmt sich geordnet, grimassiert aber noch. Etwas läppisch.

Wird beurlaubt nach einem Jahr.

Der Bruder ist 4 Jahre jünger als die Schwester.

Die Anfälle, von welchen bei der Schwester in der Anamnese die Rede ist und auf Grund welcher nach Epilepsie gefahndet wurde, in Hinblick worauf sie etwas suggestiv zugestutzt sind, müssen als Erregungszustände aufgefaßt werden, wie sie auch an der Anstalt beobachtet wurden. Ein wirklicher hysterischer oder epileptischer Anfall ist hier niemals beobachtet worden. Es dürfte sich um Hebe-
phrenie in beiden Fällen handeln.

Fall 4. Ou., Marie. 30 Jahre alt.

Die Eltern sollen beide schwach im Kopf sein.

Die Geistesstörung der Patientin soll seit über 16 Jahren bestehen. War vor 13 Jahren bereits in einer Irrenanstalt. Nach der Entlassung soll sie 1½ Jahre „gut“ gewesen sein. Sie bekommt Anfälle von Aufregung, in denen sie alles um sich herum zerschlägt, Tag und Nacht brüllt und gewalttätig wird. Dann wird sie wieder ruhig, arbeitet auf dem Felde mit. Die Erregung dauert etwa 2—3 Tage. Sie schimpft dann in roher Weise auf ihre Eltern, läuft fort, droht sich zu ertränken. Wurde deshalb von den Eltern in diesen Zeiten in einem Zimmer eingesperrt gehalten.

Bei der Aufnahme ruhig, nimmt keinen Abschied von den Angehörigen, küm-mert sich nicht um das, was um sie herum vorgeht.

Etwas kleines, blasses, mittelnährtes Mädchen. Sternum im unteren Teil eingeknickt. Ansatz von Struma. Kniephänomen lebhaft. Keine Anästhesie.

Blickt staunend um sich, bewegt ständig flüsternd die Lippen, antwortet nur ab und zu, meist halblaut mit Betonungswechsel. Fängt leise an, spricht plötzlich laut und endet wieder leise. Weiß ihren Geburtstag. Befehlsautomatie. Nicht zu fixieren. Bewegt sich unruhig im Bett hin und her, flüstert vor sich hin, lacht be-ständig, grimassiert stark. Springt aus dem Bett auf den Tisch, versucht die Wärte-rin zu überfallen. Schwatzt und lacht. Steht jetzt auf, strickt etwas. Dumm-schlauer Gesichtsausdruck, blickt immer etwas verwundert, sobald man eine Frage an sie richtet. Apathisch, interesselos. Mutazistisch. Sitzt stupid auf der Bank. Wendet sich bei Anrede ab, ist scheu und ängstlich. Stuporös, drückt sich in die

Ecken. Hat keine Erregungszustände mehr. Sitzt oder steht stumpf umher, die Hände unter die Schürze haltend. Macht wieder Erregungszustand durch, beruhigt sich bald. Lächelt blöde bei der Anrede, reicht in steifer Weise den Handrücken zum Gruß.

Beobachtungszeit 2 Jahre.

Ou., Emil. 23 Jahre alt.

Bei den Eltern liegt Verwandtenheirat vor. Sie waren beide nicht ganz normal. Des Vaters Bruder, welcher 73 Jahre alt wurde, ist in den letzten Jahren geisteskrank gewesen.

Patient, der früher gut gearbeitet haben soll, ist seit Jahren nicht mehr normal. Er lief von Hause weg, trieb sich untätig herum, fing an zu stehlen, hatte öfter Heiratsgedanken, wurde immer abgewiesen, wurde streitsüchtig und bedrohte 2 Tage vor der Aufnahme seinen Vater mit Totschlag, holte nachts das Vieh aus dem Stall, ging ins Nachbarhaus und lärmte.

Zeigt in der Anstalt wechselnden Affekt, bald vor sich hinlächelnd, bald ängstlich, abgelenkt, unruhig, bald gespannt. Ist über Personalien, Zeit, Familienverhältnisse gut orientiert. Antwortet kurz, leise, oft zögernd. Gibt bald keine Antwort mehr, bewegt unruhig Hände und Beine, fängt an zu weinen. Stellt sich plötzlich im Bett gerade auf, um sich dann ohne ein Wort zu sprechen wieder hinzulegen. Befolgt keine Aufforderungen, ist bei der Untersuchung ängstlich zurückweisend, zeigt bei passiven Bewegungsversuchen der Extremitäten starres Widerstreben, blickt, als er in Ruhe gelassen wird, träumerisch vor sich hin. Weint zeitweise, ängstlicher Gesichtsausdruck, äußert auch heftige Angst, drängt zur Tür hinaus, hat vernommen, daß sein Vater im Sterben liege, kann nur mit Anwendung großer Kraft ins Bett gebracht und darin niedergehalten werden. Liegt ruhig und teilnahmslos im Bett, macht keine spontanen Äußerungen. Klettert plötzlich mit großer Gewandtheit und Schnelligkeit über die Mauer, wurde gleich wieder zurückgebracht, gibt keine Auskunft, lächelt nur. Blödes, läppisches Verhalten. Kommt keiner Aufforderung nach. Zieht sich bei der Visite zurück. Auf Anrede gibt er niemals Antwort. Sehr widerstrebend bei allen Handlungen, die mit ihm vorgenommen werden müssen. Wurde plötzlich aggressiv, ganz gegen sein sonstiges Verhalten. Geht körperlich ständig zurück. Erhöhte Abendtemperaturen mit morgendlichen Remissionen. Stirbt an Lungen- und Bauchfelltuberkulose nach 2 Jahren.

Der Bruder ist 5 Jahre jünger als die Schwester.

Diagnose: Katatonie in beiden Fällen. Es scheinen namentlich die Willenssphären betroffen zu sein.

Fall 5. W., geb. M., Julie. 36 Jahre alt.

Die Mutter ist im Wochenbette gestorben, soll sehr zur Eifersucht geneigt gewesen sein.

Hat in der Schule schlecht gelernt, kann kaum lesen und schreiben. Direkt nach der Heirat traten Eifersuchtsideen bei ihr auf. Der Mann sollte es mit einem Dienstmädchen halten, käme durchs Schlüsselloch oder durch den Kamin zu derselben. Dieser Zustand wurde später schlimmer, so daß der Mann vor $\frac{3}{4}$ Jahren sein Geschäft aufgeben mußte, da Patientin ihn bei jedem Schritt beargwöhnte. Eine weitere Verschlimmerung ihres psychischen Zustandes trat vor $1\frac{1}{2}$ Monaten auf. Patientin konnte nicht mehr schlafen, lief nachts umher, führte Klagen darüber, daß jemand über ihr poltere und sie töten wolle. Auch die sexuellen Beschuldigungen mehrten sich und richteten sich jetzt namentlich gegen ihre Schwester, welche auch im Hause wohnte. Verdächtige ferner ihren 14jährigen Sohn, von dem sie behauptete, er sei ihr nachgelaufen, um sie zu „profitieren“. Wurde immer

erregter, schimpfte in den gewöhnlichsten Ausdrücken über ihren Ehemann sowie jeden, der ins Haus kam.

Sitzt im Aufnahmezimmer mit abgewandtem Gesicht, beantwortet kurz einige Fragen, folgte ohne Widerstreben und ohne sich von dem Manne zu verabschieden auf die Abteilung. Weint dort anfangs viel. Hält eine kranke Nachbarin für ihre Schwester. Ist froh, daß sie von Hause weg ist. Berichtet zunächst nur in Andeutungen über ihre Wahnideen, läßt sich aber später zu ausführlichen Erklärungen bewegen, durch welche die obigen Angaben im allgemeinen bestätigt werden. Das Mädchen hat immer so „schädlich“ gelacht, daraus habe sie geschlossen, daß sie sich mit dem Manne vergehe. Bestreitet aber, daß sie gesagt habe, der Mann komme durchs Schlüsselloch zu ihr. Beschuldigt ihren Sohn, mit dem Vater verbotenen Umgang zu haben. Auf dem Speicher über ihrer Wohnung seien seit längerer Zeit eine Dame und zwei Herren versteckt worden; sie habe den älteren husten, den jüngeren pfeifen und singen hören. Glaubt, der eine derselben sei ein sie früher behandelnder Arzt gewesen. Sie habe die Leute seit etwa $\frac{1}{4}$ oder $\frac{1}{2}$ Jahr gehört.

Graziel gebaut, aber unförmlich dickes, gerötetes, aufgedunsenes Gesicht mit wenig lebhaftem Ausdruck. Gibt an, sie habe täglich 2—3 Seidel getrunken.

Ist ruhig, zufrieden, interesselos, hält sich für sich allein. Behauptet, die Wärterinnen hätten etwas über ihren Mann gesagt, sie habe es aber nicht verstanden. Schimpft und fluchte nachts laut, weicht allen Fragen über den Grund ihres Zornes aus. Ist nicht zur Arbeit zu bewegen, mißtrauisch zurückhaltend. Redet und schimpft viel vor sich hin. Behauptet, die Leute, die auf der Straße knallen und pfeifen, täten das ihretwegen, sie müsse ihnen doch Antwort geben. Will von ihrem Mann nichts mehr wissen, hält an ihren Eifersuchtsideen fest. Klagt über hypochondrische Beschwerden. Sagt, man wolle sie verbrennen, vergiften, läuft getrieben umher, jammert viel. Muß mit der Sonde gefüttert werden. Erkrankt fieberhaft. Stirbt an Pneumonie.

Beobachtungszeit 4 Monate.

M., Karoline. 36 Jahre alt.

Soll angeblich schon jahrelang krank sein. Stärkere Krankheitssymptome seit $1\frac{1}{2}$ Jahren. War eifersüchtig auf ihren Schwager, den Mann ihrer verstorbenen Schwester, in dessen Haushaltung und Geschäft sie tätig war. Witterte hinter jedem weiblichen Wesen, das in den Laden kam, Heiratsabsichten auf den Schwager. Bekam heftige Erregungszustände, schlug Türen ein, bedrohte das Dienstmädchen mit dem Messer, hatte Verfolgungsideen, lief nachts an die Türen, hatte Sinnes-täuschungen, hörte Kinder sprechen, sah Frösche herumspringen. Kam wegen Suicidversuchs mit Phosphorzündhölzchen in die Klinik. Wurde nach 4 Monaten gebessert entlassen, wohnte dann im Hause des Schwagers, arbeitete aber nicht in dessen Geschäft, sondern in einer Konditorei als Verkäuferin. Von dort wurde sie wegen ihrer Wunderlichkeiten entlassen. Sie lief jeden Tag zur Kartenlegerin, rannte nachts umher, hörte Kinder lärmern, hatte Sausen und Klingen in den Ohren, fürchtete, die Mägde wollten sie bestehlen und umbringen. Bursche wollten nachts zu ihr durchs Fenster kommen.

Bei der Aufnahme sehr erregt, rotes Gesicht, zeitlich und örtlich orientiert. Gibt ihre Sinnes-täuschungen zu. Sie habe etwas im Leib, was sich bewegt, sie sei schwanger vom Schwager. Äußerte später, es sei nur ein Frosch, den sie mit einem von einer Nachbarin gereichten Glas Wasser verschluckt habe. Sie fühle ihn in die Höhe krabbeln.

Angewachsene Ohrläppchen, Anflug von Schnurr- und Kinnbart. Sagt, sie sei durch „Strom“ gravid geworden, es sei ihr etwas angespiegelt worden. Erzählt später, sie habe 3 Kinder von ihrem Schwager gehabt, dieselben seien tot geboren worden, sie habe nur das erstemal einen Tag zu Bett gelegen. Viele körperliche

Beschwerden ohne objektiven Befund. Beschäftigt sich jetzt eifrig, ist aber dauernd haltlos, hat viele, aber ohne jede Energie vorgebrachte Wünsche. Hat einen leichten Ikterus durchgemacht, kam psychisch dadurch ganz aus dem Gleichgewicht. Ist wieder gleichmäßiger. Später sehr labil, leicht gereizt. Beschuldigt Wärterinnen und Schwestern, sie lebten ihr zu Leide, sie nähmen ihr Sachen weg. Wird zuweilen aggressiv. Jetzt meist geordnet, nur ab und zu launisch und eigenwillig. Warf einen Korb mit Eiern im plötzlichen Zornesausbruch zu Boden. Wird beurlaubt nach 4 Jahren.

Die zweite Schwester ist ein Jahr jünger als die erste.

Die beiden Psychosen beginnen, wenigstens hinsichtlich stärker einsetzender Symptome im gleichen Lebensjahr und gleichen sich auch sonst auffällig.

Diagnose: paranoide Demenz in beiden Fällen.

Fall 6. W., Konstantin. 30 Jahre alt.

Der Bruder des Großvaters väterlicherseits endete durch Suicid. Die Mutter des Patienten war vom 29. Jahre an geisteskrank, starb mit 44 Jahren in einer Nervenkllinik.

Patient ist der älteste der Geschwister. War als Kind und auf der Schule gesund, hat auch gut gelernt, erlangte mit 16 Jahren das Einjährigenzeugnis. War $1\frac{1}{2}$ Jahr Soldat, wurde wegen Plattfüßen entlassen. War zunächst im väterlichen Geschäft, dann in einer Fabrik tätig. Er soll stets nervös gewesen sein. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren gelegentlich der Erkrankung des Bruders machte er einen starken Affekt durch, suchte damals auch den Arzt auf. Vor einem Tage trat ohne bekannte Veranlassung eine Verschlimmerung ein. Er wurde von einem heftigen Exzitationszustand befallen, in welchem er nicht ganz bei sich zu sein schien. Er soll Stimmen gehört haben, die ihm verkündeten, daß er Gottgeborener sei. Er sprach viel vom Papst, auch von Gewissensbissen, die er habe, glaubte, er würde durch Radium bestrahlt. Es folgte eine Depression, in welcher Patient weinte und schluchzte. Er soll anfangs auch Suicidideen geäußert haben. War bei den Besuchen beim Bruder hier mehrfach durch sein eigenartiges Wesen aufgefallen.

Kleiner, grazil gebauter, mäßig genährter, blasser Mensch. Verschllossen. Müder Gesichtsausdruck. Erkennt bei der Aufnahme die Personen wieder, folgt ruhig auf die Abteilung.

Antwortet mit leiser Stimme, zögernd, einsilbig, oft ohne Satzbildung. Ab und zu macht er plötzlich eine Pause, reibt sich die Stirn, wälzt sich unruhig umher, antwortet nach einigen Minuten aber doch noch. Gibt über sein Vorleben gute Auskunft, will keine Exzesse begangen haben. Er hatte vor einigen Monaten Herzklopfen, Kopfschmerzen, „ich weiß nicht, was ich hatte“. Was ist gestern vorgefallen? „Es ist etwas gegen meinen Willen vorgekommen, ich hatte einen höheren Befehl. Ich dachte, er wäre von Gott gekommen, ich bin einem Impuls gefolgt, einem hohen Impulse. Es war mir schrecklich, diese Impulse. Es sollte ein Wunder geschehen, es war nicht an mir, dieses Wunder zu ergründen.“ Er fühlte schon seit einigen Tagen Wärme an gewissen Körperteilen, die er auf Radiumbestrahlung zurückführte. Gibt an, daß er auch hier die Empfindung von Radiumbestrahlungen habe, und zwar in den Knien.

Verhält sich abweisend, ist nachts oft unrein. Lacht grundlos vor sich hin. Ißt schlecht. Drängt fort. Wischt fortwährend die Stirn. Ruft hinter dem Arzt her: „Die elenden Schurken“ Stellt in Abrede, Stimmen zu hören. Sagt, er wisse nicht, was mit ihm los sei, er habe den Starrkrampf. Sagt, er dürfe nicht essen. „Ich sehe wie Christus aus, was soll ich machen.“ Zurzeit freier, mitteilksam. Sagt, es müssen Intrigen des Hypnotismus oder des Magnetismus sein, er wolle sich eine

Kugel durch den Kopf schießen. Tut letztere Äußerung ohne jeden Affekt. Vernachlässigt sein Äußeres sehr. Hat Empfindung von Schwäche, von Brennen und von Kälte. „Ich habe gedacht, meine Sinne seien hyperästhetisch, weil ich mich mit solchen verrückten Sachen, Psychologie u. dgl. abgegeben habe.“ Auch sein Geruchsorgan sei verändert, er könne Dämpfe auf weite Entfernungen riechen. Kann den Geruch nicht näher charakterisieren. Er schließt auf die weite Entfernung daraus, daß er keinen Gegenstand sieht. Will ein Zeugnis über seine Krankheit, er sei doch nicht gemeingefährlich. Als er aufgefordert wird, die Zunge zu zeigen, macht er einige Bewegungen mit den Lippen, bringt die Zunge aber nicht heraus. Verweigert die Nahrungsaufnahme, muß gefüttert werden. Ist sehr ängstlich. Jetzt mutazistisch, gibt aber schriftlich Antwort: er könne jetzt nicht sprechen. Auf die Frage weshalb schüttelt er den Kopf. Gibt später schriftlich an, er esse nicht, weil er ein Magenleiden habe. Man solle ihm doch Gift geben. Dieser Zustand hält mit kurzen Remissionen an. Macht in der Nacht den Versuch, sich mit einem Bettuch zu erdrosseln, wiederholt den Versuch in der nächsten Nacht und auch später öfter wieder. Versucht sich die Kopfhare auszureißen. Wird regelmäßig gefüttert. Zurzeit besteht wiederum ein stärkerer Erregungszustand, er spricht fast den ganzen Tag völlig incoherent vor sich hin. Ist über Zeit, Ort und Umgebung genau orientiert. Kennt die Namen der Ärzte, weiß, was er für Schlafmittel bekommt. Steht mittags auf, steht mit fest zugekniffenen Augen immer an derselben Stelle oder sitzt regungslos auf dem Sofa. Hat sich durch fortwährendes Reiben mit dem Handschuh die Augen alteriert, hat eine heftige Conjunctivitis. Bittet um zwei Floretts, um mit dem Arzte zu fechten und sich anständig totstechen zu lassen. Schlägt Scheiben ein, kommt ins Einzelzimmer, tagsüber ins Dauerbad. Nimmt jetzt wieder spontan Nahrung zu sich. Wird ruhiger, steht schweisgamm herum. Später wieder dauernd erregt, kommt ins Dauerbad.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

W., Paul. 22 Jahre alt.

Besuchte das Gymnasium bis zur Obersekunda. War nicht Soldat, kam zur Ersatzreserve. Besuchte eine Gewerbeschule, die er, anscheinend schon krank, ohne Grund mitten im Semester verließ, um an eine andere in einer anderen Stadt übersiedeln. Leichtere Störungen sind seit 3 Monaten, ausgesprochenere seit 14 Tagen beobachtet worden. Er glaubte sich verfolgt von Leuten, die ihm übel wollten, hatte die Absicht, sich an den Bürgermeister, den Staatsanwalt, die Polizei zu wenden. Sagte, er würde sich das Leben nehmen, wenn die Verfolgungen nicht aufhörten. Merkte, daß man ihn überwachte und äußerte seine Unzufriedenheit darüber. Ist sehr verschlossen und mißtrauisch.

Ist orientiert, protestiert gegen seine Internierung. Macht erst nach längerem Zureden, außer dem Arzt soll es niemand hören, einige Angaben, die etwas umständlich, aber in sich folgerichtig sind. Ein Mitschüler in der Gewerbeschule, die er mitten im Semester verlassen hatte, soll ihm auffässig gewesen sein. Er kam in auffallender Weise an die Orte, an welchen der Patient verkehrte. Derselbe soll ihn auch einmal gefragt haben, was er denn in der betreffenden Stadt wolle. Patient habe erwidert, er hoffe einmal eine leitende Stelle für den Verkauf in einer Fabrik einzunehmen. Dies wurde angeblich durch den Betreffenden verbreitet, denn er will von allen Seiten darauf bezügliche Andeutungen und Bemerkungen, auch von seiten seiner Hausfrau, gehört haben, weshalb er die Stadt verließ. An der zweiten Gewerbeschule war es ebenso. Der Direktor der dortigen Schule sagte z. B.: „Es sind 6 oder 7 unter ihnen, die später einmal eine leitende Stellung einnehmen wollen“; das soll zweifellos auf ihn gemünzt gewesen sein. Der frühere Mitschüler habe die Sache auch in dieser Stadt bekanntgemacht. Auch die neue Hausfrau soll sofort davon gewußt haben. Patient wendete sich an ein Detektiv-

bureau, um das nötige Material zu gewinnen, um einen Prozeß gegen seine Verfolger anzustrengen. Da das Bureau nur nichtssagende Antworten gab, nahm Patient an, es stecke mit seinen Verfolgern unter einer Decke. Er verklagte deshalb das Bureau beim Amtsgericht, zog die Klage aber wieder zurück. Beim Begräbnis seiner Mutter hätten ihm verschiedene Leute absichtlich nicht die Hand gegeben. Er wollte, um endlich Ruhe zu erwirken vor seinen Verfolgern, die Sache dem Staatsanwalt übergeben, aber seine Angehörigen verhinderten ihn daran und brachten ihn hierher. Er hat den Verdacht, daß man auch hier von seinen Verfolgern sich beeinflussen läßt. Auf Mitteilung der Einzelheiten der Verfolgungen, abgesehen von dem eben Berichteten, läßt sich Patient nicht ein; er betont gelegentlich, daß er nichts Bestimmtes behaupten wolle, aber wohlbegründeten Verdacht habe.

Geringe Struma. Untere Zahnreihe über die obere hervorragend. Sprache wohl dadurch etwas erschwert.

Bestreitet geisteskrank zu sein. Er wolle eine Untersuchung durch den Staatsanwalt einleiten lassen. Spricht im allgemeinen von Anfeindungen, merkt überall, daß man ihm nicht wohl wolle. Man suche ihn lächerlich zu machen, seine Aussagen zu verdrehen. Er fühle, daß seine Augen starr seien oder starr zu werden drohen. Schreibt einsichtigen Brief nach Hause. Ist etwas deprimiert, unruhig, wünscht dringend den Besuch des Vaters, hat eine unbestimmte Angst, zu Hause sei etwas nicht in Ordnung. Ist nach dem Besuch des Vaters ruhig, verhält sich aber schon am folgenden Tage wieder wie vorher. Das Leben sei ihm nicht verleidet, aber er wisse nicht, was mit ihm vorgehe. Wird wieder ruhiger, äußert, eine Reise nach dem Süden würde ihm guttun. Wird auf Wunsch der Angehörigen entlassen. Er geht, da er nicht, wie er wünscht, für gesund erklärt werden kann, schließlich ungern fort. Erklärt, daß er es noch nie so gut gehabt habe, rühmt die Verpflegung.

Beobachtungszeit 12 Tage.

Zweite Aufnahme nach 6 Wochen. War nach seiner Entlassung 6 Tage zu Hause, reiste dann mit seinem Bruder in die Schweiz, konsultierte verschiedene Ärzte, kam nach Hause, reiste ein zweites Mal nach dem Süden, wollte das auch ein drittes Mal. Auf die Vorstellung, daß das doch nicht so weiter ginge und er doch lieber wieder nach Stephansfeld gehen sollte, um Ruhe zu bekommen, erklärte er sich mit dem Vorschlag einverstanden. War zu Hause still, gedrückt, äußerte aber keine Suicidideen.

Verhält sich auch hier still, begrüßt mit indifferentem Lächeln den Arzt, nimmt ohne gemütliche Regungen von den Verwandten Abschied, geht ruhig mit auf die Abteilung. Nach seinen Verfolgungsideen befragt äußert er, das dürfe er doch nicht sagen, sonst halte man ihn für krank und das sei er doch nicht. Später geht er mehr aus sich heraus. In den Hotels habe er oft durch Blicke und anderes wahrgenommen, daß man auf ihn achte. Auch habe er oft das Gefühl gehabt, als ob in der Zeitung etwas über ihn stehe. Daß andere über ihn gesprochen, habe er nicht gehört. Verhält sich hier ruhig, darf außerhalb der Anstalt spazierengehen. Hier merke er nichts Besonderes. Hat aber allerlei hypochondrische Klagen und Befürchtungen. Verspürt Brennen beim Wasserlassen, glaubt, daß seine Krankheit vom Herzen ausgehe, wo er eigentümliche Gefühle verspüre. Beginnt nach Hause zu drängen, hier langweile er sich. Glaubte nicht, daß sein Nachbar krank ist, er sähe ja ganz gesund aus und habe dicke Backen. Er sei angestellt, um ihn zu stören und zu belästigen. Das gehe von seinen Feinden aus, in deren Solde auch die Ärzte stehen. Er werde hier beobachtet. Absichtlich hätten neulich zwei Wärter in seiner Nähe ein unanständiges Gespräch begonnen. Vermag über den Inhalt nichts anzugeben. Will nicht mehr spazierengehen, man treffe so viel Leute, das sei ihm unangenehm. Äußert, daß hinter den Verfolgungen wohl die Jesuiten ständen.

Leicht gespannt, gereizt, wird schwierig. Er sei ja zu stark auskultiert und eingegeben worden, sein Odol habe einen bestimmten Geruch, in der Suppe sei Pfeffer. Als man ihm das auszureden sucht, wird er ausfallend, nennt den Arzt einen Dummkopf, wird aggressiv. An seinen eingefallenen Augen sei entweder die Nahrung oder das Odol schuld. Ißt nur noch Eier und Brot. Sagt: „Seit ich auf der Welt bin, werde ich verfolgt, Sie wissen das sehr gut.“ Ist jetzt sehr herrisch in seinem Auftreten, wirft den Kopf zurück, mißt den Arzt mit stolzem Blick, erwidert ihm: „Schweigen Sie“ oder „Merken Sie sich's“. Äußert zum erstenmal Größenideen. Sein angeblicher Vater sei nicht der rechte, er werde verfolgt von der Regierung und diese sei dazu veranlaßt durch einen Fürsten. Auf einer Reise hätten die Bahnhofsbeamten einmal den Wartesaal zumachen lassen, sie wären vorher benachrichtigt worden. Äußert Verfolgungsideen, die bis in seine Gymnasialzeit zurückgehen in bezug auf Lehrer und Mitschüler. Glaubt, die Kranken seien alle seinetwegen da, man solle doch keine Komödie machen; lächelt überlegen, als ob er alles durchschaue. Auch Direktor und Ärzte geben sich nur für solche aus, ohne es zu sein. „Sie brauchen mich nicht für so dumm zu halten.“ Auf die Frage, ob er der Sohn eines Fürsten sei, sagt er: „Wahrscheinlich“, er weiß jedoch nicht von welchem, man lasse ihn ja über alles im unklaren. Man klopfe die Teppiche vor seinem Zimmer aus, damit Staub hereindringe, seinetwegen werde auch das Haus angestrichen, damit die Luft schlecht werde. „Sie müssen im Golde schwimmen, daß sie soviel Leute meinsetwegen hier halten.“ Spricht mit keinem Kranken. Sehr gereizt. Behauptet, in seiner Milch sei $\frac{3}{4}$ Wasser und gießt sie dem Arzt über den Kopf. Geht täglich spazieren, beschäftigt sich sehr wenig, liest hin und wieder etwas. Körperlich wohl. Straft seit einigen Wochen seine Umgebung mit Verachtung, spricht kein Wort zu den Ärzten, dreht sich weg, sobald einer das Zimmer betritt. Ist mißtrauisch, glaubt, daß man seine Eltern nicht zu ihm hereinlasse. Bleibt meist im Paletot ohne Kragen auf seinem Zimmer. Klagt, er sei herzleidend, er sei beim Treppensteigen blaß geworden. Übergibt dem Arzt einen Zettel folgenden Inhalts: „Bildlich wird mir das Treppensteigen nicht schwer, da ich prinzipiell kein politisches Amt annehme.“ Sagt, es sei ein Mann mit großen Stiefeln, „sogenannten Siebenmeilenstiefeln“, am Tor gewesen, ob das mit seiner Entlassung zu tun habe. Äußert ein andermal, es beständen viele Möglichkeiten für seine Abstammung aus rüstlichen Familien. „Es ist fast kein Staat in Europa, auf den keine Andeutungen gehen, da kann man ja verrückt werden.“ In einem Buch, das er neulich gelesen, habe z. B. gestanden: „es ist der König von Spanien“. Spricht meist in Andeutungen oder hört, nachdem er einen Anlauf genommen, mitten im Satz wiederauf. Der Gesichtsausdruck hat stets etwas Gespanntes, Erwartungsvolles. Die Stimmung scheint nicht gefärbt. Äußert nach dem Besuch des Bruders ganz unmotiviert: „Ich glaube die einfachste Lösung wäre, ich würde katholischer Pfarrer.“ Deutet an, daß sein Vater in Wirklichkeit katholisch sei. Glaubt, er solle heiraten. Sagt: „Ich bin der König von Spanien“ und verlangt demgemäß behandelt zu werden. Will Majestät angesprochen sein. Behauptet, schwanger zu sein, verlangt Frauenkleidung, bittet um ärztliche Hilfe, will den Wärter aus dem Zimmer entfernt haben, da es sich nicht schicke, daß er dabei sei. Schneidet sich den Bart kurz ab. Nimmt schon seit längerer Zeit kein Fleisch mehr zu sich. Verweigert jegliche Nahrung, muß mit der Sonde gefüttert werden. Sucht sich mit einem Tuch den Hals zuzuschnüren. Liegt vollkommen still, die Decke über den Kopf gezogen, zu Bett, spricht nichts, macht nur pantomimische Bewegungen. Nimmt ab und zu wieder etwas Nahrung zu sich. Liest und schreibt viel, ist meist abweisend. Tod durch Suicid. Stürzt sich von einem Balkon herunter.

Beobachtungszeit $3\frac{1}{2}$ Jahre.

Der zweite Bruder ist 3 Jahre jünger als der erste.

Es sind zwei Fälle von paranoider Demenz, beim ersten zuletzt mit katatonen Zügen. Beim ersten treten die Sinnestäuschungen, beim zweiten die paranoiden Ideen mehr in den Vordergrund; vielleicht könnte man das dadurch zum Ausdruck bringen, daß man den ersten als Sinnendemenz, den zweiten als Dementia paranoides bezeichnete. Auch in andern Fällen ließe sich dieser Unterschied geltend machen, je nachdem die paranoide Verarbeitung der Sinnestäuschungen mehr oder weniger hervortritt.

Fall 7. B., Wilhelm. 31 Jahre alt.

Der Vater war geisteskrank, starb durch Suicid.

Patient war stets ein stiller, in sich gekehrter, zum Grübeln geneigter Mensch. Las und studierte besonders in den letzten Jahren viel in der Bibel. War körperlich stets gesund. Vor einigen Wochen glaubte er sich gelegentlich einer Teilung aus Anlaß des Todes seines Schwiegervaters übervorteilt, rechnete alles nach und meinte, daß es nicht stimmen könne. Seitdem ist er verändert, arbeitete nur noch zeitweise, rechnete und grübelte viel. Vor 3 Tagen brach dann ziemlich plötzlich ein starker Erregungszustand mit totaler Verwirrtheit aus. Er faselte und predigte Tag und Nacht von seiner göttlichen Mission, vom Untergang der Welt, er müsse den Tod Christi auf sich nehmen, es müsse alles protestantisch werden. Äußerte die Absicht, sich umzubringen, wozu er den Auftrag Gottes hätte. Er aß nicht mehr, mußte sich auf den Tod vorbereiten.

Blasses, elendes Aussehen, tiefliegende Augen, exfoliierte Lippen. Befindet sich in lebhafter religiöser Exaltation. Schwatzt im Priesterton alles durcheinander, spricht von seinem Verkehr mit Gott, der zu ihm rede, von seinem demnächstigen Tod, deklamiert Bibelstellen und Psalmverse. In seinen Reden ist eine gewisse Ideenflucht nicht zu verkennen, ist dabei motorisch lebhaft, macht Gesten, mimische Bewegungen. Ist vorübergehend zu fixieren, schweift ab. Gibt Gehörshalluzinationen zu, während er solche des Gesichts nicht haben will. Spricht viel von Totengeruch, der aus ihm herauskomme. Foetor ex ore.

Ist seit dem 2. Tag der Aufnahme ziemlich gut. Ist orientiert. Gibt an, keinen Duft mehr auszuatmen. Der Foetor ex ore ist geschwunden. Verneint jetzt, Stimmen zu hören, habe aber zuweilen noch Kribbeln in den Ohren. Vom Tode will er nichts mehr wissen. Arbeitet bald fleißig im Garten, hält sich ruhig und gesetzt. Fühlt sich körperlich wohl. Wird entlassen nach 2 Monaten.

Zweite Aufnahme nach 12 Jahren. War seit der Entlassung gesund, hat fleißig gearbeitet. Erkrankte vor 3 Tagen durch Überanstrengung und vieles Nachwachen bei der Pflege einer kranken Schwiegermutter. Ist seitdem unruhig, lebhaft, spricht viel von religiösen Dingen, von der Erschaffung der ersten Menschen, dem Weltgericht. Es muß besser werden auf der Welt, die Sozialisten würden Meister, hätten das Haus verbrannt. Der Schwager habe mit seiner Frau verkehrt, während er selbst hier war. Die Kinder seien nicht von ihm.

Ist bei der Aufnahme zuerst ruhig und stumm, wird aber bald sehr lebhaft, fängt an mit den Armen zu gestikulieren, bläst um sich, als wenn er Tiere verschrecken wollte, dreht sich rund herum.

Zeigt große motorische Unruhe, liegt verkehrt im Bett, springt umher, tanzt, spricht in Reimen und Klangassoziationen, singt, klatscht in die Hände, stampft mit den Füßen. „Ich muß schweigen, ich muß singen, in der himmlischen Höhe . . . jetzt ist er ein Narr, jetzt ist er gescheit . . . bringe mich um, heut ist das himmlische Gericht, ich bin die Sünde . . . ei, ei, Sauerei . . . Teufel weg, Hölle weg“, schlägt sich dabei aus Leibeskräften mit der Faust gegen die Brust, singt, bläst und pustet

nach allen Richtungen, fuchelt mit den Händen herum. „Ich muß reden, ich muß reden, es kommt, es kommt, schlag mich tot, wenn du kommst. Gott ist ein Geist. Bibel ist Bibel.“ Wirft sich an den Boden, schlägt auf die Erde, wälzt sich umher, schlägt fortwährend Purzelbäume, greift um sich, sucht die Genitalien der Umstehenden zu erfassen. Ist nur mit Mühe zu einigen geordneten Antworten zu fixieren, erkennt den Arzt und weiß, wo er ist.

Ist nachts unruhig, schläft wenig, spricht ununterbrochen, ist in ständiger Bewegung, knüpft an äußere Dinge ohne weiteres an. Viel Klangassoziationen und Reime: „1, 2, 3, 4 ihr seid ein Stier, meine Frau ist 'ne Hür, Natur ist Natur, tot ist tot; 1, 2, 3, 4, 5 ihr habt zerrissene Strümpf“ usw. usw. Nahrungsaufnahme gut.

Erkrankt an Durchfall, ist psychisch wie umgewandelt, völlig ruhig, bringt seine Beschwerden in durchaus geordneter Weise vor. Nach Ablauf des Durchfalls zeigt er wieder das alte, unruhige Verhalten. „'s isch e Wand, 's isch e Schand, ihr sin e Doctor, gege Durchbruch isch e Schleimsupp güet. Ihr han e Büch in der Hand, do müß mer exakt alles nin schriewe“ usw. Jetzt ruhiger, aber zeitlich völlig unorientiert. Wieder mehr getrieben, schwatzt in der alten Weise: „Ich schlafe und schlafe nicht, wache und wache nicht, ich sehe die Uhr, ich habe mich versündigt, ich denke heim; (nach Vorzeigen von Schlüsseln); das sind zwei Schlüssel, das heißt, sie sind Meister über mich.“ Stimmung mehr depressiv. Er sei das Sündentier, habe sich verbürgt für die ganze Welt. Drückt aus Leibeskräften beide Fäuste gegen die Stirn, so daß er in Schweiß gerät, müsse das tun, damit draußen kein Unglück geschehe. Im ganzen ruhig, in sich gekehrt, spricht wenig. Liegt mit lächelnder Miene im Bett. Zeitlich noch nicht orientiert. Laufendes Jahr 2093. Ruhig und geordnet, geht mit zur Arbeit, hält sich meist für sich, spricht wenig, Nahrungsaufnahme gut. Mit seiner Krankheit gehe es ja nun besser, er könne doch auch zu Hause arbeiten, er habe immer so Angst, zu Hause sei nicht alles in Ordnung. Erinnt sich an seine erste Unterbringung hier, kann die Jahreszahl angeben, er sei damals verwirrt gewesen. Gibt als Grund seiner jetzigen Erkrankung die Pflege seiner kranken Schwiegermutter an. Er sei nach und nach erkrankt, er habe mit Schwindel angefangen. Gibt Auskunft über die letzten Vorkommnisse bis zum Tage der Erkrankung. Gibt das Datum richtig an, will nie Stimmen gehört oder Erscheinungen gehabt haben. Wird beurlaubt.

Wird nach 5 Tagen wieder gebracht in erneuter Erregung. Die Erregung klingt bald ab. Er ist wieder völlig ruhig und geordnet, geht fleißig seiner Arbeit nach. Hat nach 4 Monaten wiederum einen Anfall, an Intensität geringer als die vorigen, aber mit allen charakteristischen Merkmalen derselben. Die Erregung ist nach einem Monat allmählich und gleichmäßig abgeklungen. Wird beurlaubt.

Wird schon nach 5 Tagen wieder gebracht. Ist in den ersten Tagen ruhig gewesen, fing dann wieder an viel zu reden, zerschlug Türen und Bettladen usw. Zeigt jetzt ständigen Wechsel zwischen kürzer, etwa durchschnittlich 8 Tage dauernden Erregungen von immer gleichem Charakter und dazwischen eingeschobenen Remissionen von etwa 3—4 Wochen Dauer, in welchen er fleißig arbeitet. Hält Reden im Predigerton mit Belegen aus der Heiligen Schrift. Spricht und gestikuliert den ganzen Tag, will den Arzt küssen, „durch einen Kuß bin ich ja verraten worden“. Ist leicht ablenkbar, gehobener Stimmung. Gerötetes Gesicht mit ekstatischen Blicken. Wird wieder ruhiger, beurlaubt.

Muß nach 9 Tagen wiedergeholt werden. Es folgen noch eine ganze Reihe von Erregungszuständen von demselben Verlauf wie die früheren. Vier Jahre nach der zweiten Aufnahme ändert sich jedoch der Charakter. Der Kranke wird widerstrebend, drängt sinnlos zur Tür hinaus, entkleidet sich, stellt sich nackt ins Zimmer, verweigert hartnäckig jegliche Nahrung, steht in starrer Haltung vor der Tür

des Einzelzimmers. Geht körperlich sehr zurück, versucht unter den Ofen zu kriechen, versucht sich selbst zu verletzen. Wird immer elender, die Beine schwellen ödematös an. Stirbt an croupöser Pneumonie 5 $\frac{1}{2}$ Jahre nach der zweiten Aufnahme.

L., geb. B. 34 Jahre alt.

Kommt aus der Straßburger Nervenlinik, war dort ca. 3 Monate.

Patientin war von jeher auffällig, hat nie gut gelernt. War vor 2 Jahren 5 Wochen lang sehr ängstlich, teilweise verwirrt. Erkrankte von neuem vor 8 Monaten, querulierte, lachte oft unmotiviert, glaubte innerlich schlechte Stimmen zu hören. Verweigerte 4 Tage lang die Nahrung. Kann nicht mehr arbeiten, die Stimmung wechselt oft rasch, versuchte sich im Bad zu ertränken. Läppisch depressiv, gezierte Sprechweise, weinerlicher Tonfall. Man zieht ihr die Gedanken ab. Depressive Größenideen. „Ich möchte für alle in den Tod.“ Kann durch Spiegel ihre Heimat sehen. Physikalischer Verfolgungswahn. Muskelsinnhalluzinationen. „Es wird einem auf die Zunge gelegt, dann muß man es aussprechen.“ „Wenn ich spreche, dann hört alles auf, aber wenn ich still bin, dann kommen die Verfolgungen, vielleicht vom Pfarrer.“ Rechnet gut. „Wenn ich mit jemand spreche, habe ich keine Stimmen, dann ist gar nichts, wenn ich spreche, bin ich gesund, so glücklich.“

Tritt ruhig und äußerlich geordnet in das Aufnahmezimmer, zeigt sich in bezug auf die Überführung völlig gleichgültig. Ist örtlich und zeitlich orientiert, lacht oft albern. Gehörshalluzinationen bestehen seit 8 Monaten, seitdem sie in einer Missionspredigt war. Brachte Wahnideen religiöser Art vor. Sie hört Stimmen von Bekannten, die durch das Telephon zu ihr reden, will sie nicht näher präzisieren.

Kleine Frau in gutem Ernährungszustand. Heiterer Gesichtsausdruck. Keine Störung der Sensibilität.

Zeigt deprimiertes Wesen, weint oft, gibt keinen Grund für ihren Kummer an. Muß stets zum Essen angehalten werden, gespannte Züge, gibt ausweichende Antworten, beschäftigt sich mit leichter Handarbeit. Sieht hier oft ihren Mann. Hält den Kopf unter der Decke verborgen, bricht auf Anrede in Schluchzen aus, will nicht mehr länger leben, will von der Welt. Verlangt eine Hebamme, da sie im Kindbett sei. Stirbt an Lungen-, Darm- und Bauchfelltuberkulose nach 1 $\frac{1}{2}$ Jahren.

Die Schwester ist 10 $\frac{1}{2}$ Jahre jünger als der Bruder.

Der erste ist einer der Fälle, wo die Entscheidung zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox zu gewissen Zeiten schwergefallen sein dürfte.

Unter den Erregungszuständen finden sich typisch manische, der Ausgang der Psychose spricht jedoch gegen manisch-depressives Irresein. Es liegt eine Dementia paranoides, zuletzt mit katatonen Zügen, vor, während sich die Psychose der Schwester besser als Sinnen-
demenz charakterisieren ließe.

Fall 8. R., Josephine. 28 Jahre alt.

War früher gesund, hat in der Schule gut gelernt. Mit 14 Jahren menstruiert, regelmäßig. Hatte von jeher einen mißtrauischen Charakter, sprach wenig, betete viel. Vor einem Jahre wurde sie sehr aufgeregt durch die psychische Erkrankung ihrer Schwester, welche plötzlich von zu Hause weg lief. Glaubte, die Leute im Haus hätten ihr die Milch vergiftet, meinte, sie erhoben Anspruch auf ihre Wohnung und hätten einen zweiten Schlüssel dazu. Nach einem Wohnungswechsel trat anfänglich Beruhigung ein. Dann glaubte sie, der Hausherr hätte das Wasser im Brunnen vergiftet und käme nachts in ihre Wohnung. Sie hörte ihn zu seiner Frau sagen, er

habe die Patientin nachts chloroformiert und gemacht, daß ihre Regel fortbliebe. War vor einem halben Jahr einen Monat lang in der Klinik.

Nach der Entlassung äußerte Patientin wiederholt, sie sei in der Klinik geschwängert worden. Nach einer vom Hausarzt vorgenommenen gynäkologischen Untersuchung meinte sie, dieser habe sie geschädigt und körperlich ruiniert. Sie kaufte sich dann einen Revolver und gab nach tagelangem Auflauern auf den Arzt beim Aussteigen aus dem Wagen einen fehlgehenden Revolverschuß ab. Kam vor 4 Wochen zum zweitenmal in die Klinik, verhielt sich dort abweisend und zeitweise abstinierend.

Mäßig kleine, grazil gebaute Statur, reduzierter Ernährungszustand, blasse Hautfarbe. Rechte Gesichtshälfte weniger entwickelt als linke. Im Oberkiefer nur 2 Schneidezähne. Die im Unterkiefer stehen mit den Rändern übereinander. Starker Tremor der Zunge und der Hände. Linke Pupille weiter als rechte, beide von prompter Lichtreaktion. Sensibilität normal. Indifferenter Gesichtsausdruck, schlaffes Verhalten. Gibt die Wahnideen und Halluzinationen in apathischer Weise zu.

Äußert auch hier Beeinträchtigungsideen. Andere Kranke nehmen ihr die Kleider weg. Die Eltern kämen täglich hierher, ohne zugelassen zu werden. Gesichtsausdruck immer verdrießlich, Stirn stets in Falten gelegt, verschlossen, abweisend, ißt nur gewisse Speisen, sucht keinen Verkehr, liegt oft tagelang mit halbverdecktem Gesicht im Bett. Beklagt sich über die Sauerei, die man mit ihr mache. Gibt keine Erklärung, man wisse ja alles. Man gebe ihr Strychnin auf das Brot. Beschwerzt sich über die Qualen, die man ihr bereite, schlägt eine Scheibe ein. Geht der Visite immer aus dem Weg. Es sei eine Lüge, daß ihre Mutter gestorben, sie lebe und müsse draußen Hunger leiden ebenso wie die Geschwister. Man mache sie schlafen, die Hurerei solle aufhören. Der Oberarzt solle sich schämen, er habe ihr 3000 Frank gestohlen. Kein Spital sei in der Welt, wo so viel Sauerei mit ihr getrieben würde. Schimpft bei jeder Annäherung, wendet sich ab, zu keiner Beschäftigung zu bringen, sehr unordentlich in der Kleidung und auch beim Essen. Soll bei Besuch der Angehörigen freundlich sein und geordnet mit ihnen sprechen. Unterhält sich auf der Abteilung mit niemandem. Hat meist den Rock über den Kopf gezogen, hält ihn mit beiden Händen fest. Macht mit dem Rock oder der Schürze schlagende Bewegungen hinter sich. Bleibt oft den ganzen Tag auf einem Flecke stehen und schlägt mit ihrer Schürze den Rücken, schimpft auf ihre Verfolger, es seien Israeliten. Läuft mit aufgelöstem Haar und offenen Kleidern im Regen und Schnee umher, patscht in die Pfützen. Macht mit der Hand schlagende Bewegungen von oben nach unten. Im allgemeinen ruhiger, steht fast den ganzen Tag auf einem Fleck im Hof.

Beobachtungszeit 16 Jahre.

R., Emilie. 17 Jahre alt.

War wiederholt in der Straßburger Nervenklinik, das letztmal vor 2 Monaten 4 Wochen lang, halluzinierte lebhaft und äußerte Wahnideen.

Entwickelte sich geistig und körperlich normal, lernte in der Schule gut und arbeitete später mit der inzwischen geisteskrank gewordenen Schwester für ein Hutgeschäft in zufriedenstellender Weise. Vor 10 Jahren traten zum erstenmal für einige Tage die ersten Zeichen einer geistigen Erkrankung auf. Patientin meinte der Teufel wolle sie holen. Dann soll sie wieder ganz normal gewesen sein bis vor 2 Jahren, nur fiel ihr häufiger Kirchenbesuch auf. War damals 6 Wochen in der Nervenklinik, meinte, sie sei verloren, verzweifelte an sich. Wenn Katzen schrien, hielt sie das für Geisterspuk, wollte ins Wasser. Nach der Entlassung verhielt sie sich wieder wie früher bis vor 2 Monaten. Meinte da, sie hätte nicht mehr genug zu arbeiten, sie sei verloren, wollte in Märienthal Hilfe suchen. Sie kam in die Klinik und brannte

dort nach 10 Tagen durch. Nach ihrer Rückverbringung hatte sie massenhafte Selbstbeschuldigungen, aß und schlief schlecht, meinte, man wolle sie aus dem Weg räumen.

Unter Mittelgröße, menstruiert mit 14 Jahren, guter Ernährungszustand. Brachycephal, Stirn blasig vorgetrieben. Ohr läppchen rechts angewachsen, Zähne des Oberkiefers unregelmäßig gestellt. Kindlich, weinerlicher Gesichtsausdruck. Stimmungslage leicht depressiv. Folgt willig auf die Abteilung, ist damit einverstanden, daß sie hier untergebracht wird. Kümmert sich nicht um die Umgebung, hat nur für sich Interesse. Bewußtsein nicht getrübt. Weiß über ihr Leben gut Bescheid und verfügt über die gewöhnlichen Schulkenntnisse. Eine Unterhaltung ist schwer zu führen, da Patientin mißtrauisch ist und die an sie gestellten Fragen knapp beantwortet. Ihr ganzes Wesen trägt etwas kindisch Trotziges und Zerfahrenes an sich. Sie schwelgt in ihren Leiden und macht für alles nur sich verantwortlich. Weinerliche Sprache. Sie sei so geplagt gewesen, daß sie keine Ruhe hatte und fortlaufen mußte. In der Kirche wollte sie Ruhe suchen, fand sie aber nicht. Sie sei für immer und ewig verloren, weil die Hüte, die sie machte, aus der Hölle kamen. Sie habe es sich so eingebildet. Den Teufel habe sie gesehen und gehört. „Er war Tier und Mensch. Nachts kamen Schlangen. Ich muß für mich leiden, durch mich sind die andern so geworden.“ Sie hat Stimmen gehört und hat ihnen Antwort geben müssen. Es sei ihr alles gleichgültig, zu nichts mehr habe sie Lust. Sie sei schuld, daß ihre Mutter ins Grab kam. „Wenn ich nicht wäre, so wären meine Mutter und meine Schwester glücklich bei einander; die elenden Hüte, wenn ich sie nicht gesehen hätte.“ Sie sei immer traurig, habe Schmerzen in Leib und Brust. Die Augen seien wieder trüb, früher sei sie einmal blind gewesen, wann, wisse sie nicht mehr. Weint, weil sie Schmerzen habe; sie lebe nicht mehr lange. Will die Medizin nicht nehmen, weil sie meint, daran sterben zu müssen. Man solle sie leben lassen. Weint die ganze Nacht, weil man sie ihr Leben lang hier einsperren wolle. Sie möchte so gerne arbeiten. Seit ein paar Jahren habe sie „Manöver“ im Kopf, habe böse Geister gehört, welche schrieten. Erkundigt sich nach der Schwester. Spricht fast gar nichts mehr, sie sei immer gleichgültig gewesen, trägt die Haare aufgelöst. Im ganzen Wesen zerfahren und störrisch. Drängt sinnlos nach Hause. Wieder zugänglicher, klagt über Schwindel, Ohnmachtsgefühl, kalte Extremitäten, Herzklopfen ohne objektiven Befund. Wird beurlaubt nach 3 Monaten.

Zweite Aufnahme nach 7 Monaten. War die ganze Zeit ruhig und arbeitete. Seit 3 Wochen sprach sie weniger, hatte keine Ruhe mehr, wollte immer in die frische Luft. Sie machte nachts die Fenster auf, weil sie angeblich keine Luft bekam. Die Schwester, welche Angst hatte, sie könnte sich zum Fenster hinausstürzen, sah sich veranlasst, sie zu überwachen. Seit 3 Tagen ist sie mehr verstimmt, schlug die Hände über dem Kopf zusammen, jammerte laut, wollte fort in den Wald. Sagte, das sei kein Leben mehr, sie könne nicht dableiben. Sie wusch sich mehr als zwanzigmal Gesicht und Hände. Nahrungsaufnahme regelmäßig. Letztes Menses vor 14 Tagen.

Zeigt hier dasselbe indifferente Verhalten wie bei der Entlassung. Hat Lust gehabt zur Arbeit bis vor kurzem, da seien ihr so Gedanken gekommen, es werde ihr alles vergönnt. Sie habe nur aus Unruhe die Fenster aufgemacht, sich jedoch nicht hinausstürzen wollen, da würde man sich ja verletzen. Stimmen hört sie angeblich keine.

Schlaffes energieloses Wesen, einsichtslos. Einmal ruhig und gehalten, dann plötzlich ganz fassungslos, verzweifelt, habe Angst, könne es nicht mehr aushalten, nicht mehr hierbleiben. Abweisend. In hochgradiger Erregung. Eine Nachbarin sagte, sie wolle einen Mann haben, glaubte, man wolle ihr jetzt dieselbe Äußerung ent-

locken. So spreche man mit einer hergelaufenen Dirne. Später ist sie beschämt und deprimiert darüber, daß sie einen solchen Verdacht gehabt habe. Schlägt eine Scheibe ein, sie habe so Angst gehabt. „Ich bin ausgespottet genug, ich höre das Spötteln von allen. Ich habe noch immer geschafft, ich bin noch nie schlecht gewesen.“ Etwas gehaltener. Wird beurlaubt nach 2 Monaten.

Kommt nach 9 Tagen wieder. Es ging zu Hause nicht, sie habe sich immer verfolgt gewähnt und gejammert. Fragt ob man durch eine Wärme flasche einen Schlag verhindern könne. Sagt, sie sei beruhigt, als das verneint wird. Zu Hause habe sie immer so Angst gehabt. Stimmung dauernd deprimiert, ohne jede Initiative. „Ich habe es nicht nötig, einen solchen Spott anzunehmen, als ob ich zu Hause nichts zu essen hätte. Beim Besuch der Schwester Ohnmachtsanfall. Weint und schluchzt, man wolle sie verderben, sie werde immer schwächer, glaubt, man tue ihr etwas ins Essen. Ruft verzweifelt: „Laßt mich leben“, verkriecht sich unter die Bettdecke: „O helft mir doch.“ Verlangt Beruhigungsmittel, nimmt sie jedoch nicht ab. Bittet um Verzeihung, daß sie oft so unendlich und unhöflich sei man solle doch ja nicht glauben, daß sie früher so gewesen sei. Mißdeutet ganz harmlose Äußerungen. Will nach Straßburg, um dort durch die Polizei feststellen zu lassen, daß sie immer ihr Brot redlich verdient habe. Wird mit leichten Schwankungen munterer, beschäftigt sich eifriger, drängt weniger fort. Wird beurlaubt nach 6 Monaten, vom letzten 9tägigen Urlaub ab gerechnet.

Dritte Aufnahme nach 7 Jahren. Hat sich seit ihrer Entlassung bis vor kurzem gut gehalten. Seit 3 Wochen verändert, Beginn mit Kopfweh und Ohrensausen. Ging zum Ohrenarzt, der aber nichts Abnormes fand und Brom verordnete. Vor 8 Tagen Periode, seitdem sehr mürrisch, schlaflos, wollte fortlaufen, sich das Leben nehmen, aß nicht, jammerte, sie müsse verbrennen, sie sei ganz voll Feuer.

Bei der Aufnahme sehr gequält, gibt spontan an, sie müsse verbrennen. Ist indifferent für alle Vorgänge in ihrer Umgebung. Gespannte Gesichtszüge. Fragt ängstlich, ob sie auch hier bleiben dürfe. Bittet um Arbeit. Näht emsig im Bett ohne aufzublicken. Hat immer schmerzverzogenes Gesicht. Sitzt, wenn sie nicht arbeitet, in sich versunken im Bett, spricht nicht von selbst. Wird beurlaubt nach 6 Wochen.

Kommt schon nach einer Woche wieder. War zu Hause ruhelos, hatte keine Ausdauer bei der Arbeit, wollte in den Wald, lief nachts umher. Zeigt das gleiche Verhalten wie vor der Beurlaubung. Möchte am liebsten sterben, sie habe die Familie zugrunde gerichtet. Beschäftigt sich schließlich wieder regelmäßig und fleißig. Wird beurlaubt nach 4 Monaten seit der letzten Beurlaubung.

Vierte Aufnahme nach 3 Jahren. Kommt aus der Straßburger Nervenlinik. War zu Hause wiederum unstät, depressiv, äußerte Selbstmordgedanken, Beeinträchtigungs-, Verfolgungsideen. Hörte Stimmen. Sie solle verbrannt werden. Sehr schnell wechselnd in der Stimmung. Wird beurlaubt nach 3½ Monaten.

Die erste Schwester ist 5 Jahre älter als die zweite.

Diagnose: Dementia paranoides in beiden Fällen.

Es folgen 5 Fälle (9—13), bei denen sich die Geschwisterpsychosen zwar einer, aber nicht derselben Unterart subsumieren lassen.

Fall 9. R., geb. W., Salome. 41 Jahre alt.

Vater starb mit 60 Jahren, war Tagner, ein starker Mann, der sich in den Wirtschaftshäusern als Glasfresser produzierte, Glas zerbiß und die Scherben verschluckte. In seinen letzten Jahren war er menschen scheu. Eine Schwester heiratete mit 65 Jahren einen 30jährigen Mann, wollte vorher noch mehrere Männer heiraten. Ein Schwestersohn erhängte sich infolge von „Melancholie“.

Soll gut gelernt haben, erste Menses mit 16 Jahren, von da ab Fluor albus.

Lebte mit ihrem geisteskranken, trunksüchtigen Mann fortwährend in Zank und Streit. 2 Kinder totgeboren, 5 leben und sind gesund. Die letzte Schwangerschaft wurde infolge eines Fußtrittes von ihrem Mann im 6. Monate unterbrochen. In der Woche danach verlor sie plötzlich die Sprache, die sich allmählich aber wieder einstellte. Litt längere Zeit an Gebärmutterblutungen und Herzschwäche. Sie soll schon lange Zeit „hysterisch“ sein. Fuhr nach dem Tode ihres Mannes nach einem benachbarten Ort, um auf einen anonymen Brief hin einen Eisenbahnsekretär zu heiraten. Seither ist sie sehr aufgeregt, schläft nicht mehr, ist tobsüchtig, schlägt Scheiben ein, singt bald mit ihren Kindern, bald schreit und weint sie mit ihnen. Lärmt, tanzt, wirft Möbel und andere Sachen zum Fenster hinaus. Will das Haus in Brand stecken. Will den Kindern den Hals abschneiden. Hört viele Stimmen. Die Leute sagen, sie bekomme ihn nicht, sie telefonieren in Keller und Küche. Sie hört die Dampfwalze, auf der das Bild ihres Mannes ist. „Vierzig Personen wollen mich heiraten, von diesen zwei eigentlich, dann gibt es eine Mordtat.“ Sie lief nachts zu einem von diesen Männern, der schlug sie mit der Peitsche durch und trieb sie fort. Trotzdem kam sie in der nächsten Nacht wieder und sagte, daß sie die Musik bestellt habe auf 5 Uhr. Lief aus dem Ort weg, riß sich die Kleider auf und hängte die Brüste heraus. Manchmal deprimiert, meint, sie müsse sterben, man solle sie metzen, sie komme dann in den Himmel.

Kommt in lebhafter Unruhe und motorischer Erregung hier an. Verkennt alle Personen, gibt ihnen Namen, hört wie man ihr Schimpfworte zuruft, man wolle ihr etwas machen, wird aggressiv, muß isoliert werden. Macht verwirrte und sinnlose Angaben über ihre Familienverhältnisse, fängt immer wieder von vorn an. Ist örtlich nicht orientiert. Gibt abspringende, inkohärente, oft ganz beziehungslose Antworten. Wird aggressiv. Ist ängstlich widerstrebend bei der Untersuchung.

Dauernd in motorischer Unruhe, schreit, singt, mußte isoliert werden. Ist unrein, schmiert. Wird aber bald ruhig und geordnet, beschäftigt sich mit Stricken, gibt gute Auskunft über ihre Personalien. Wird angeblich mit Elektrizität bearbeitet, die zum Fenster hinein in den Kopf kommt, ist mehr weinerlich gestimmt. Immer ängstlich gespannter Gesichtsausdruck, hört viele Stimmen, präzisiert sie aber nicht näher, „sie pappeln allerhand Dings“. Zurzeit sehr redselig, steht auf ihren Wunsch auf, beschäftigt sich, hat teilweise Krankheitseinsicht. Später depressiv gestimmt, hat immer Angst, es geschähe ihr etwas, viele hypochondrische Klagen, fleht den Arzt an, er solle sie doch wieder gesund machen, beschäftigt sich fleißig mit Stricken. Zu schwererer Arbeit nicht zu gebrauchen, klagt über große Schwäche. Bald klagt sie, bald ist sie überaus heiter gestimmt. Hat Heimweh, bittet um Besuch. Zurzeit sehr störend, händelsüchtig, schlägt Scheiben ein. Später dauernd in alberner läppischer Erregung. Hilft wieder bei der Handarbeit mit. Schreibt Briefe an Bekannte, fragt nach den Kindern. Es wechseln auch ferner Erregungszustände, in welchen sie aggressiv wird, lärmt, zerstört, die Arbeit einstellt, mit ruhigen Zeiten, in welchen sie läppisch, heiter erregt ist und arbeitet. Querulviert viel wegen Entlassung, erinnert den Arzt an ihre Mutterpflichten, beklagt ihr eigenes Los und das ihrer Kinder, ist aber wenige Augenblicke nach solchen Klagen wieder ausgelassen lustig und lacht über die unbedeutendsten Dinge. Schimpft über Ärzte, Kost, Behandlung. Kümmert sich gar nicht um ihre in der Anstalt befindliche Schwester. Beschwerzt sich über den Direktor, der sie widerrechtlich festhält. Ist nicht mehr so „verhandelt“, wird dauernd ruhiger und zufriedener. Arbeitet fleißig, aber immer noch gesteigert, lacht viel, drängt auf Entlassung, aber nicht in der wüsten zornigen Weise wie früher. Kommt in Familienpflege.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

B., geb. W., Margaretha. 31 Jahre alt.

Soll seit $\frac{1}{2}$ Jahr krank sein, mit ihrem Manne händeln, auch gelegentlich trinken.

Frische Gesichtsfarbe, Bewußtsein nicht getrübt. Unwilliger Gesichtsausdruck, leicht erregtes, mißmutiges Wesen, örtlich orientiert, bringt der Umgebung wenig Teilnahme entgegen, ist mit sich selbst beschäftigt.

Sagt, es gehe ihr seit ihrer Verheiratung nicht mehr gut. Ihr Mann habe sie geschlagen, sie „wie gemordet“. Wollte fort nach Straßburg den Kaisersaal rüsten, damit der Kaiser einziehen könne. Sie hätte eine Bekanntschaft mit einem Mann, der in der Kaisergarde gedient hätte und wollte den Kaiser etwas fragen. Derselbe Mann soll der Vater ihres Knaben sein. Sie hat außerdem noch ein Kind, ein anderes ist gestorben. Will sich von ihrem Manne scheiden lassen, weil er den Knaben geschlagen habe. Gibt selbst an, sie sei seit $\frac{1}{2}$ Jahr krank, habe viel Kreuz und Kummer gehabt. Sie habe noch Kopfschmerzen von den Schlägen des Mannes. Die Lungenblätter wollten zugehen, sie mußte sie wieder aufmachen. Oft schwer verständlich, teilweise inkohärent. Verkennt die Schwester, nennt sie Tante. Sie weiß, daß sie deren Gesicht schon früher gesehen hat. Ist sehr geschwätzig, ist hier, um die Kranken zu bewachen. Will vom Manne, als er sie besucht, nichts wissen. Belästigt die anderen Kranken, beschädigt im Hof die Sträucher, zieht sich aus, schlägt Scheiben ein, zerreißt. Gehobener Stimmung. Verwirrt und unordentlich. Weicht jedem Gespräch aus. Arbeitet brauchbar in der Waschküche. Stets erregt, fängt bei der Unterhaltung sofort an zu schimpfen, produziert ganz unverständliches Geschwätz, lacht viel, ist erotisch, arbeitet nicht mehr. Entweicht aus der Anstalt. Stimmung wechselnd, bald leicht depressiv, dann wieder heiter. Meint, der Arzt müsse ihren Mann von früher her kennen. Wieder mit Hausarbeit beschäftigt. Keine Krankheitseinsicht. Läuft, wenn man sich mit ihr unterhalten will, weg, fängt an albern zu lachen. Die heitere Stimmungslage herrscht jetzt vor. Ziemlich vorgeschrittener Schwachsinn. Sie spricht laut für sich, gestikuliert dazu, lacht plötzlich auf. Legt viel Wert auf Haarfrisur und Kleidung. Ist jetzt leidlich ruhig, hat Krankheitseinsicht mäßigen Grades, wird beurlaubt nach 7 Monaten.

Zweite Aufnahme nach 8 Jahren. Kommt aus der Straßburger Nervenkllinik, 2 Jahre nach der Entlassung wurde sie eigensinnig, unlenkbar, verschwenderisch. Ist seit $1\frac{1}{2}$ Jahren stark reizbar. Vernachlässigte den Haushalt. War orientiert, ihre Kenntnisse ziemlich erhalten. Vollkommen interesselos. Anfallsweise motorische Erregung mit Gewalttätigkeiten.

Bei der Aufnahme ruhig, gleichgültig, lächelnder Miene. Später mißmutig, weinte abends. Befolgt Aufforderungen. Beschäftigt sich nach eigenem Gutdünken. Ist weniger zugänglich, läppische Unruhe, zerfahrener Rededrang. In den Aussagen verworren, nicht bestimmbar, lacht viel. Dauernd wüst und lärmend, unbeeinflussbar. Aggressiv. Beschäftigt sich nicht mehr. Arbeitet jetzt wieder fleißig in der Waschküche. Will nichts davon wissen, daß ihre Ehe geschieden werden soll. Zeitlich nicht orientiert, weiß nicht, wie lange sie zuhause war. Meint, sie habe gar kurze Gedanken. Glaubt, ihre Kinder seien hier geboren.

Beobachtungszeit 3 Jahre.

Die zweite Schwester ist 4 Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Dementia paranoides im ersten, Verstandesdemenz im zweiten Fall.

Fall 10. H., Joseph. 38 Jahre alt.

Kommt aus einer französischen Anstalt. Ist bei der Aufnahme in leicht gehobener Stimmung, in seinen Reden abschweifend, mitunter zerfahren. Er sei schon viel verfolgt worden, bringt dies mit lächelnder Miene vor. Stimmenhören

wird in Abrede gestellt. Ist über Monat und Ort orientiert. Als Jahreszahl gibt er die des folgenden Jahres an.

Stets leicht gesteigert, weitgehende Urteilsschwäche. Wird ohne Grund gewalttätig gegen einen Patienten. Spricht viel, häufig in recht groben Ausdrücken. Schwachsinniges Benehmen. Gibt bei der Vorstellung nur mit Widerstreben Auskunft. Man solle ihm keine Wippchen vormachen. Drängt sehr nach Hause, er sei nicht krank. Schreibt Briefe an alle möglichen Personen, in welchen er sich über die Zustände an der Anstalt beklagt und seine Entlassung verlangt. Auch die schriftlichen Äußerungen fließen über von unflätigen Ausdrücken, ja setzen sich zum Teil nur aus solchen zusammen. Die sprachlichen Äußerungen sind verworren, bei gut erhaltenem Satzgefüge. Wortneubildungen, geschraubte Redewendungen. Verschwommene gar nicht mehr affekt betonte Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung. Die Stimmung ist meist heiter, er witzelt, ist läppisch-humoristisch. Das äußere Verhalten ist jetzt meist immer korrekt. Haltung und Bewegung sind ziemlich gefällig, vielleicht etwas maniert.

Verlangt fast täglich seine Entlassung, bald in verbindlichem, bald in unfreundlichem Ton. Ist ruhig, geordnet, freundlich, mißbraucht gewährte Freiheiten nicht. Wird beurlaubt nach 4 Jahren.

H., Cäcilie. 19 Jahre alt.

Kam nach schwerer Geburt asphyktisch zur Welt, lernte spät laufen und machte als Kind mehrere schwere Krankheiten durch. War später kräftig und munter. Von Jugend auf wurde an ihr eine geistige Schwäche bemerkt. Sie lernte schwer in der Schule und später in der Lehre. Bei ihren Kameraden spielte sie immer die Rolle des Hanswursts. Menstruation seit dem 15 Jahre immer schwach, unregelmäßig und mit mancherlei Beschwerden verbunden. Es traten bei ihr plötzlich des Nachts Halluzinationen auf, sie hörte Geschrei und sah Gespenster. Sie wurde dadurch sehr erschreckt. Sie verließ deshalb ihren Dienst und ging zu ihren Eltern. Hier ging es anfangs gut, bald stellten sich aber die Sinnestäuschungen wieder ein bei Tag und bei Nacht.

Sie wurde in die Straßburger Nervenklinik verbracht, bot dort folgendes Bild: Psychisch leicht dement, keine Bewußtseinsstörung, halluziniert Tag und Nacht, steht lauschend, bald ängstlich, bald lächelnd umher. Sie gibt stets gute Auskunft über ihre Halluzinationen. Hat nachts heftige Erregungen, kriecht unter das Bett, wirft ihr Bettzeug ins Zimmer. Ist kindisch und launenhaft, bald fleißig, bald untätig. Zeigt zuweilen theatralisches Wesen. Neigung zum Fabulieren. Wird auf Wunsch der Eltern entlassen nach einem halben Jahr.

Äußerungen von Suizidideen führten zur zweiten Aufnahme in die Klinik nach 2 Monaten. Halluziniert diesmal nicht, zeigt aber albernes Wesen. Stimmung sehr wechselnd. Treibt allerlei Unfug, tanzt, singt, neckt die andern. Ermahnungen fruchten nichts, wird hierher verbracht nach 2 Monaten.

Benimmt sich zunächst ruhig und geordnet. Einfache Rechenexempel löst sie langsam und schwerfällig. Weiß nicht, daß das Elsaß im 70er Krieg deutsch geworden ist. Erzählt lachend von ihren früheren Halluzinationen. Sie habe Hunde gesehen, Gestalten; Gift im Essen geschmeckt, Gerüche nach Toten und welken Blumen gehabt. Gibt an, auch jetzt noch Flüsterstimmen zu hören, welche ihr zurufen: „Bring dich um, schneide dir den Hals ab, du wirst glücklicher.“ Gibt spontan an, früher viel an Krämpfen gelitten und viel Baldriantröpfen erhalten zu haben. Zur Zeit der alle 14 Tage auftretenden Menses habe sie Schmerzen im Leib, Zähneklappern gehabt, habe sich auf dem Boden herumgewälzt. Die Arme und Beine hätten sich zusammengezogen. Das Bewußtsein will sie nicht verloren haben.

Ist zeitweise ruhig, zeitweise vorlaut und anmaßend. Arbeitet. Springt

häufig wild im Hof herum, sucht sexuelle Kranke auf. War beim Zubettgehen sehr erregt, hielt zwei Mitkranke, welche viel von Hexen sprachen, für solche, geriet in große Angst, drohte, denselben den Hals zuzudrücken. Treibt mutuelle Onanie, hebt ihre Röcke auf, tobt im Hof herum. Verschluckt ein Streichholz. Verhält sich längere Zeit völlig ruhig, willig, fleißig. Äußert: „Die ganze Anstalt verspottet mich, man wirft Knöpfe über meinen Kopf, es kommt mir vor wie Physik ich kann es mir nicht erklären. Zeigt jetzt stuporöses Verhalten. Steht starr herum, immer denselben Punkt fixierend. Antwortet nichts, tut nichts spontan, zeitweise plötzlich ängstlich erregt, schreit laut auf, läuft unruhig umher. Sah ein Tier mit Flügeln auf der Brust sitzen, hörte rappeln im Zimmer. Man treibe Physik mit ihr. Negativismus. Der starre Gesichtsausdruck verzieht sich zuweilen zum Lächeln. Liegt dauernd zu Bett, ist unrein, spricht mit niemandem. Spricht zum erstenmal wieder, jedoch sinnlos. Sagt ein französisches Gedicht her, plaudert kurze Zeit vernünftig, ist dann wieder stumm. Steht wieder auf, arbeitet, ist reinlich. Es sei ihr alles wie ein Traum gewesen. Ein paar Stunden darauf verfällt sie in denselben Zustand. Wache Zustände wechseln auch ferner mit benommenen. Ist seit 2 Jahren zum erstenmal wieder menstruiert. Im allgemeinen geordnet, nur selten noch unzugänglich. Wird beurlaubt nach 2 Jahren.

Kommt nach 2 Monaten wieder, hörte von neuem Stimmen, war namentlich nachts sehr unruhig. Es wechseln Zeiten, in denen sie geordnet ist, mit Erregungs- oder stuporösen Zuständen in ähnlicher Weise wie früher. Kommt körperlich sehr herunter. Wird öfter aggressiv. Ist ganz apathisch, immer dieselbe Haltung mit gesenktem Kopf; muß gefüttert werden, läßt Stuhl und Urin unter sich. Gibt hin und wieder Antwort, bleibt dabei aber körperlich schwach, achtet auf alles. Sagt: „Ich war gestern tot, ich lebe nicht jeden Tag.“ Am Tag nach einem Besuche der Geschwister antwortet Patientin auf eine Frage nach denselben: „Ich möchte mich nicht mehr an den Traum erinnern, das macht nur Leid.“ Ist jetzt wieder geistig regsamer, hält sich sauber, achtet auf ihr Äußeres, gibt geordnete Auskunft. Sagt, sie habe deshalb nicht gesprochen, weil immer ein furchtbarer, schwarzer Mann an ihrem Bett stand und sie zu töten drohte; aus demselben Grunde habe sie oft nicht gegessen. Gibt auf Fragen, wenn auch mit leiser Stimme, geordnete Auskunft. Zwischen den einzelnen Fragen bewegt sie die Lippen und flüstert unverständlich. Hält sich von den andern Kranken fern. Nimmt reichlich Nahrung zu sich, sieht wohl aus. Ist seit 2 Jahren zum erstenmal wieder menstruiert. Hat Krankheitseinsicht. Hört auch jetzt noch des Nachts Stimmen, die sie rufen, die sie aber nicht unterscheiden kann. Es möchten wohl die Stimmen von Verblichenen sein. Auch sehe sie vielfach Gesichter und werde dadurch geängstigt. Auch fernerhin wechselnde Zustände wie bisher. Sagt bei der Visite, man solle sie töten, ihr den Hals abschneiden, sie sei lange genug gequält worden, könne ein solches Leben nicht länger aushalten. Sagt, sie habe deshalb alle Lust am Leben verloren, weil sie glaube, nicht mehr gesund zu werden; der Tod sei ihr eine Erlösung. Nachts sehe sie immer Totengesichter. Trotzdem ist Patientin sehr leicht zum Lachen zu bringen und oft in vergnügter Stimmung. Ist jetzt sogar ausgelassen heiter, fühlt sich zufrieden. Hat in kurzer Zeit um 12 Kilo zugenommen. Ihr Geist bestehe aus drei Personen, die eine sei ihr Körper, die andere ihre Hände und die dritte sei sie. Es klappere und rappele des Nachts in ihrem Kopf. Was sie sage, werde ihr nachgesprochen; oft sei es ihr, als wenn 1000 Trommeln in ihrem Ohr wären. Wird auf Wunsch der Mutter beurlaubt nach 4 Jahren.

Wird nach 6 Wochen von der Mutter wiedergebracht. Tagsüber konnte man mit der Patientin auskommen, sie war einigermaßen ruhig und beschäftigte sich, nachts aber schlief sie schlecht, hatte immer Angst, schrie laut auf, sah schwarze Gestalten, hörte Stimmen. Es mußte dann immer jemand aufstehen, bei der Patientin wachen.

Hat sich an ihrem Namenstage hier ein Tischchen mit Bildern und kleinen Geschenken hübsch arrangiert. Gibt an, es seien in der Nacht Hexen dagewesen. Sie habe eine Stimme gehört, sie solle 6 Glocken 6 Tritte geben. Binnen wenigen Tagen wechseln leichter, anscheinend noch willkürlicher Stupor mit läppischer, leicht manischer Erregung, dann wieder mit fast ganz normalem Verhalten. Bezieht den zurzeit bestehenden Durchfall auf das Paraldehyd; behauptet, jedes Schlafmittel verursache diese oder jene üble Nachwirkung. Ist oft, wenn auch nur für den Augenblick auf Ermahnung recht ordentlich und anscheinend nicht ohne Einsicht. Zieht sich Haare aus. Erhält Handschuhe. Sieht schöne, weiße, skelettierte Totenköpfe. Ihr Wesen ist fast in jedem Moment ein anderes. Schreibt einen langen Brief, auf dessen erster Seite sie den festen Entschluß faßt, zu sterben, auf dessen zweiter sie im Walde als Klausnerin in einem tiefen, finstern Loch von Baumwurzelsuppe leben will, auf dessen dritter sie um gute Schokolade und Straßburger Stadtnachrichten bittet. Schlag bei einem Besuch ihrer Mutter dieser ins Gesicht. Es macht keinen Eindruck auf sie, als sie von ihrer Schwester erfährt, daß der Vater gestorben. Schlägt mehrere Scheiben ein. Grimassiert. Kann einfache Rechenexempel nicht mehr lösen. Zerreißt, zerstört, greift an. Sagt, eine Mitkranke trachte ihr nach dem Leben, wolle ihr den Kopf abschneiden, sie habe aber doch nichts verschuldet, brauche auch nicht ins Gefängnis. Sie will sich aufhängen oder verbrannt werden. Ist dauernd unrein. Hat seit längerer Zeit geschwollene Beine. Im Urin kein Eiweiß, kein Zucker. Fast stets in Bewegung, zerstörungssüchtig, reißt die Vorhänge herunter, macht gern allerhand dumme Streiche, versteckt das Eßgeschirr, schlägt andere Kranke. Arbeitet nicht mehr, ist zerfahren. Haltlos. Liegt dauernd zu Bett. Erkrankt an Pleuritis exsudativa. Ascites. Ödematöse Augenlider. Kein Albumen. Der körperliche Zustand bessert sich wieder. Sitzt beschäftigungslos herum. Liegt wieder dauernd zu Bett. Unordentlich in der Kleidung. Putzt sich nicht selber die Nase. Geht körperlich immer mehr zurück, meist stumpf, zuweilen noch zornige Erregung, schimpft dann. Profuse Durchfälle. Erbricht. Exitus.

Sektionsbefund: Tuberkulose beider Lungen, eitrige Bauchfellentzündung.

Beobachtungszeit in der Anstalt 16 Jahre.

Die Schwester ist 7 Jahre jünger als der Bruder.

Die Psychose des Bruders ist eine Verstandesdemenz. Bei der der Schwester sind die Sinnestäuschungen das hervortretendste Moment, so daß sie als Sinnendemenz bezeichnet werden kann, wenn auch hebephrene und katatone Züge nicht zu verkennen sind, welche letztere aber zu gewissen Zeiten, wie dies aus den Äußerungen der Kranken selbst hervorgeht, durch Sinnestäuschungen bedingt sind.

Fall 11. L., Eugenie. 19 Jahre alt.

Ein Vetter des Vaters war geisteskrank.

Patientin war von jeher eigensinnig, arbeitete nur das, was ihr gefiel. Seit dem 16. Jahre veränderte sie sich auffallend, sie sprach viel, lief von zu Hause weg, aß unregelmäßig. Sie wollte Nonne werden und ging ohne Vorwissen der Eltern auf den Odilienberg. Im 17. Lebensjahre kam sie 3 Monate in die Straßburger Klinik. Sie wurde als Melancholie behandelt, gebessert entlassen, blieb aber in ihrem Wesen gestört. Trotzdem arbeitete sie bis vor 4 Monaten. Seitdem machte sie wieder, was sie wollte, blieb oft bis Mittag zu Bett, war unruhig, schimpfte unflätig. Seit 8 Tagen ist sie sehr erregt, schrie, zerriß, zertrümmerte die Möbel, sprang aus einer Höhe von etwa 3 Metern zum Fenster hinaus, sagte, sie wolle sich aufhängen. Unrein mit Stuhl und Urin. Seit dem 17. Jahre menstruiert.

Heiterer Gesichtsausdruck, übermütige, lustige Stimmung. In der Kleidung

vernachlässigt. Trotz einer Malleolusfraktur tanzt sie auf einem Bein, lacht in einem fort. Bleibt keine Minute ruhig, knöpft das Kleid auf und zu, kratzt sich am ganzen Körper. Die Mitteilung, daß sie in Stephansfeld sei, läßt sie ganz kalt. Im Bett hält die motorische Unruhe an. Ist zu keiner ordentlichen Antwort zu bewegen: Sie ist 11 Jahre alt, hat 8 weniger 6 Geschwister, $1 \times 1 = 0$ usw. Auf die Frage ob sie von Rosheim sei, gibt sie zur Antwort: „Es gibt Rosenkränze weit hinaus, lieber will ich saufen.“ Ist nachts laut. Einfältiges, läppisches Wesen, lacht albern, springt im Saal herum. Ist zerfahren und kindisch. Schreit, zerreißt. Wird zusehends ruhiger, arbeitet fleißig und gewissenhaft. Hat Krankheitseinsicht. Sieht ein, daß es gut ist, wenn sie noch einige Zeit hier bleibt. Hat an die Erlebnisse während der Krankheit nur summarische Erinnerung. Noch leicht gesteigert, springt viel umher, lacht überlaut, macht noch allerhand Scherze. Jetzt bedeutend ruhiger und bescheiden. Später wieder ausgelassen, grob, teilt Fußtritte aus, sprengt die Mitkranken mit Wasser, klagt über Klingen in den Ohren. Hält sich wieder besser, ist äußerlich geordnet. Stimmung bleibt etwas gehoben. Wird beurlaubt nach $1\frac{1}{2}$ Jahren.

Zweite Aufnahme nach $4\frac{1}{2}$ Jahren. Wechselte seit ihrer Entlassung oft den Platz. War seit einem Jahre daheim, war ruhig aber nicht normal, arbeitete nur, wenn sie wollte. Seit 2 Wochen erregt, zog sich nackt aus, wollte so fortlaufen. Sprach viel für sich. Lachte, fluchte, weinte ohne äußeren Grund. Unvermittelter Stimmungswechsel, starrte stundenlang in eine Ecke.

Ist in läppischer heiterer Erregung, tanzt herum, zieht sich nackt aus, legt sich auf den Boden, kriecht auf Händen und Füßen umher. Gibt keine einzige verständige Antwort. Sagt, sie sei 8 Jahre alt, der Arzt sei der Sohn Gottes, eine andere Patientin sei ihre Schwester. Erotischer Gesichtsausdruck. Läuft ohne Strümpfe und Schuhe herum, reißt Blumen ab, wirft Kleider der Mitkranken zum Fenster hinaus. Dauernd in albernem, heiterer Stimmung, z reißt, zerfahrener Wesen, lacht, grimassiert. Läßt alle Fragen unbeantwortet oder antwortet ohne jeden Zusammenhang. Hat keine gesunden Interessen. Kann zur Arbeit nicht verwendet werden wegen ihres Eigensinns. Wird ruhiger, geordnet. Arbeitet jetzt. Drängt auf Entlassung. Ist wieder toll, ausgelassen heiter, springt auf dem Hof herum. Jetzt ruhig und ziemlich fleißig, hält aber nirgends lange bei der Arbeit aus. Wird beurlaubt nach einem Jahr.

Dritte Aufnahme nach 5 Jahren. Ging nach ihrer Entlassung in Dienst, wechselte aber fast alle 8 Tage ihre Stellungen, ließ sich nichts sagen, war kindisch, mutwillig, ruhelos. Warf ihr Geld und ihre Kleider weg.

Kommt mit sehr verwildertem Aussehen hier an, die Haare aufgelöst, hat Kamm und Taschentuch auf die Eisenbahn geworfen, hat sich im Aufnahmezimmer halb ausgezogen, springt so herum, deckt sich bis über die Kniee auf, zertritt ein Stück Schokolade, das ihr zur Beruhigung gereicht wurde, mit den Füßen. Soll am Tag vorher völlig nackt zu Hause herumgelaufen sein, auf den Boden uriniert, alles zum Fenster hinausgeworfen haben.

Wandert hier beständig umher, lacht läppisch, ist erotisch. Folgt willig zur Abteilung, ohne sich von den Angehörigen zu verabschieden. Heiter gestimmt, bleibt im Bett. Ist nachts viel außer Bett, wandert umher. Spricht und lacht fortwährend, kommt ins Dauerbad. Zieht die Kleider aus und wirft sie weg. Lacht läppisch. Liegt im Hof auf dem Boden herum, wäscht sich mit Klosett-wasser, näßt die Kleider ein. Tritt und schlägt die Wärterin, die sie in den Klosett-raum nehmen will. Gewalttätig auch gegen Kranke, schlägt brutal zu. Sehr unrein, schmiert sich ein. Wechselte beständig zwischen Bett und Dauerbad.

Beobachtungszeit nach der dritten Aufnahme 1 Jahr.

L., Alphons. 29 Jahre alt.

Wurde vor 7 Jahren schon nach einigen Wochen vom Militär entlassen wegen geistiger Störung. Hat nach seiner Entlassung gearbeitet, war nur hin und wieder etwas erregbar, doch niemals so, daß eine Aufnahme in eine Anstalt sich als notwendig erwiesen hätte. Seit einigen Wochen in allmählicher Steigerung erregter als je. Ging, was er schon früher einmal vorgehabt hatte, in ein Kloster, wurde aber dort einige Tage später wieder entlassen, weil man seine Geistesstörung wohl gemerkt hatte. Während er früher ein scheu verschlossener Mensch war, habe er sich darauf unbeschäftigt herumgetrieben, allerhand dumme Streiche gemacht, Geld aus der Sparkasse erhoben, davon 200 Mark für wohltätige Zwecke nach Straßburg geschickt, das andere sonstwie verschleudert; habe Kuchen backen lassen und die Weisung gegeben, in denselben keine Butter zu tun; der, dem er ihn geben wolle, esse ihn auch ohne solche, habe dann das Gebäck in den Hof eines Nachbarn geworfen. Sei allmählich ans Trinken geraten. Selbstbeschuldigungsvorstellungen und Versündigungsideen habe er nie geäußert.

Steht mit lächelndem Gesicht im Aufnahmezimmer, beteiligt sich nicht am Gespräch, gibt aber prompte Auskunft, wenn er befragt wird. Meint, man wolle viel von ihm wissen. Ist klar, besonnen, orientiert, sagt, seine unsinnigen Geldausgaben seien gut angewendet gewesen. Ist freundlich, verhält sich ruhig und geordnet. Keine Gedächtnisstörungen. Erklärt mit lächelndem Gesicht, er sei gesund, ihm fehle nichts. Verlangt nach Arbeit. Ist wortkarg, spricht nicht spontan, lächelt meist, wenn er etwas gefragt wird. Träge Erweiterung der Pupillen auf Schmerzreize, die er ohne Abwehrbewegungen erträgt. Rechnet gut im Kopf. Schreibt einen inhaltsarmen, unsinnigen Brief an einen Verwandten. Er habe so viel gegessen, daß er fast geisteskrank geworden sei. Vorwürfe müßten sich andere dafür machen. Ist bei der Arbeit entlaufen. Verlangt seine Entlassung. Verfaßt ein Schreiben inkohärenten, unsinnigen Inhalts. Entkleidet sich bis aufs Hemd. Ist zu mutwilligen Albernheiten geneigt. Mündliche Äußerungen geordnet, schriftliche immer verworren.

Beobachtungszeit 1 Jahr.

Der Bruder ist 2 Jahre jünger als die Schwester.

Auffallend ist, daß beide Geschwister im Beginn ihrer Erkrankung ins Kloster wollen. Beim Bruder liegt offenbar eine Hebephrenie vor. Bei der Schwester sprechen die starken Erregungszustände, die melancholischen (Klinik), manischen sowie katatone Züge dafür, daß es sich bei ihr um krankhafte Vorgänge in den Gefühls- und Willenszentren handelt, so daß eine katatone Verblödung zu erwarten steht. Wir möchten die Psychose als Katatonie mit hebephrenen Zügen bezeichnen.

Fall 12. J., Emilie. 41 Jahre alt.

Der Vater soll ein „tiefsinniger“, zurückgezogener Mann gewesen sein.

Patientin war von Kindheit auf still, zurückgezogen, lernte spät reden, besuchte die Schule ohne viel Erfolg. Seit dem 25. Lebensjahre angeblich geisteskrank. Wird plötzlich trübsinnig und verstimmt, spricht wenig, sitzt fast immer am Boden mit den Fingern spielend. Gutmütiger Charakter, nur zeitweise etwas erregt. Seit Beginn der Krankheit blieb der Zustand ununterbrochen derselbe. Zu Anfang soll Patientin Stimmen gehört und an Ohrenklingen gelitten haben. Keine Suicidneigung.

Blödsinniges, stumpfes Verhalten. Reagiert nur langsam auf Aufforderungen, läßt sich willenlos zur Abteilung führen. Sehr korpulent, stupider Gesichtsaus-

druck. Spricht äußerst langsam und monoton. Beschäftigt sich mit Stricken, bringt aber nichts Brauchbares fertig. Auf Anrede lacht sie blöde. Stumpfsinniger, starrer Gesichtsausdruck. Ohrmuscheln plump und unförmlich. Kopf vornüber mit dem Kinn gegen die Brust gehalten. Hochgradige Muskelschwäche, herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit. Klatscht mit den Händen, als ihr der Arzt das vormacht. Muß an- und ausgekleidet, gewaschen und gekämmt werden. Stirbt an Lungen- und Darmtuberkulose, 4 Jahre nach der Aufnahme.

J., Emil. 30 Jahre alt.

Kommt aus der Klinik.

Patient war von jeher ein Sonderling. Las viel religiöse Bücher, war sehr reizbar. Wird plötzlich sehr erregt. Sieht den Teufel, geht beichten.

Apathischer, leerer Gesichtsausdruck, angewachsene Ohr läppchen. Die linke Pupille ist etwas größer, Reaktion der Pupillen auf Lichteinfall gering. Die ausgestreckte Zunge zittert ziemlich stark. Patellarsehnenreflexe nur wenig lebhafter. Kein Fußklonus. Hat über 1½ Jahren nach eigener Angabe an Kopfweh gelitten. Glaubt einen Krebs im Magen zu haben. Glaubt, seine Hand rieche nach Gift. Erkrankt an Tuberkulose, stirbt an Blutsturz 2 Jahre nach der Aufnahme.

Der Bruder ist 2 Jahre jünger als die Schwester.

Die Psychose der Schwester verläuft fast ohne Erregung von vorn herein stuporös, jedoch ohne Negativismus, Muskelstarre, Katalepsie, so daß man diesen Zustand als Gefühlsstupor im Gegensatz zu dem durch Spannungen verursachten Willensstupor bezeichnen könnte. Die vorübergehenden Gehörshalluzinationen zu Beginn der Erkrankung können reflektorisch bedingt gewesen sein. Immerhin könnte auch eine Sinnendemenz durch die Gefühlsdemenz verdeckt sein. Klinisch kann der Fall als Gefühlsdemenz gelten. Beim Bruder liegt eine Sinnendemenz vor. Daß der Kranke zu einer Zeit ruhig in einer Ecke stand, braucht nicht als katatonies Symptom aufgefaßt zu werden. Es konnte durch Halluzinationen bedingt sein.

Fall 13. H., Edmund. 20 Jahre alt.

Die Großmutter war wunderlich, auch andere Glieder der mütterlichen Familie haben es auf den Nerven.

Patient geriet durch einen Streit mit den „Feinden“ des Vaters in Zorn, trank in diesem Zustand Schnaps, lärmte dann, redete verkehrt über einen Prozeß, den der Vater führte, wollte den Advokaten umbringen, sowie die Feinde seines Vaters. Er kam gleich nach der Baseler Klinik, blieb dort 37 Tage. Seitdem war er daheim meist ruhig und arbeitsfähig, machte noch vor acht Tagen selbständig einen guten Handel mit einem Kalb. Wenn er von Zeit zu Zeit „in Hitze“ kam, gab man ihm gleich Arznei, und er beruhigte sich wieder. Auf ärztlichen Rat mied er im allgemeinen die geistigen Getränke, zeitweise trank er aber doch mit den Kameraden, was immer schlechte Folgen hatte. In der letzten Woche fing er an, viel umher zu laufen, sagte zu einer Frau, deren Tochter noch in der Baseler Klinik war: „Ihre Tochter ist jetzt geheilt, sie war nicht krank, sie war verhext.“ Sah auf der Straße Hunde herumlaufen, ohne daß welche da waren. Bedrohte Vater, Angehörige und andere Leute. Rief: „Die Pfarrer müssen weg, die Katholiken müssen verbrannt werden, der Teufel holt die Juden usw.“ Zerschlug und zerriß Gegenstände im Haus. Narkotica waren erfolglos.

Ist bei der Aufnahme sehr erregt, zankt, zerreißt, schlägt, tritt, beißt um sich. Erkennt die Umgebung, hält alle für Leute aus seiner Heimat. Meint, er

sei in Basel. Schreit: „Alles muß verrecken, alle Juden sollen leben bleiben, alle Christen müssen verbrennen.“ Meint, hier sei die Synagoge. „Ich habe einen Haß über die Juden, sie wollten mich umbringen.“ Befolgt keine Aufforderung, es habe ihm niemand zu befehlen. Hier sei keine Irrenanstalt, sondern die Israel-anstalt. Seine Geburtsdaten gibt Patient richtig an, sonst keine geordnete Auskunft. Singt und schreit.

Die Unruhe hält an, läßt sich nicht im Bad halten. Wirft ständig sein Bettzeug durcheinander, zerreißt, bekommt feste Sachen. Ist unrein mit Urin und Stuhl.

Ist nicht zu fixieren, inkohärent in seinen Äußerungen. Schmiert. Vierzehn Tage nach der Aufnahme vollkommen ruhig, liegt still im Bett, ist reinlich, vollkommen orientiert. Er habe viel Stimmen gehört: „Jud, Jud usw.“, darüber sei er zornig geworden. Auch: „Jesus will Meister sein“ haben die Stimmen gesagt. Am nächsten Tag wieder ganz verwirrt wie vorher, die Unruhe ist jedoch geringer. Sieht den Teufel, zerreißt. Nimmt kontinuierlich an Gewicht ab. Nach 3 Wochen wieder wesentlich ruhiger, gibt ordentliche Auskunft. Hat wieder Stimmen gehört: „Kain und Abel.“ Sagt: „Der Kaffee schmeckt nach Seife. Es hat Giftblätter als Gemüse gegeben.“ Hört Stimmen, die „Hoch“ rufen und „rechts um, links um.“ Wieder sehr unruhig, verworren, redet zusammenhanglos. Wird ruhiger. Es erfolgt jetzt rasche Besserung, ebensolche Zunahme des Körpergewichts. Spricht und gestikuliert zuweilen noch. Lobt in einem Brief die gute Behandlung, hält sich ruhig, geordnet, erinnert sich nur sehr undeutlich an seine Krankheit, weiß von seinen Halluzinationen nichts mehr. Hat um 10 Kilo zugenommen, wird beurlaubt nach 2 Jahren.

H., Abraham. 21 Jahre alt.

Hat in der Schule gut gelernt, half später dem Vater beim Viehhandel. Seit einigen Tagen ohne Anlaß plötzlich erkrankt. Ging mit Kameraden ins Wirtshaus, trank viel Bier, wurde sehr erregt, die Angehörigen hielten ihn für betrunken, blieb aber seit dieser Zeit andauernd erregt.

Ist auch bei der Aufnahme noch in heftiger Erregung, hat keinen Augenblick Ruhe. Spricht viel ohne Zusammenhang, läßt sich nur ganz vorübergehend fixieren. Die Stimmung ist ausgelassen heiter. Nimmt plötzlich ganz starre Haltung ein, springt dann ebenso plötzlich wieder auf, schlägt Purzelbäume, wälzt sich auf dem Boden.

Die Erregung hält an, er entkleidet sich, hat zeitweise Spannungszustände. Nahrungsaufnahme sehr mäßig, spuckt das Essen wieder aus, wird nach und nach allmählich wieder ruhiger, leicht gehemmt, liegt zu Bett, weint öfters, klagt über Heimweh. Zufriedener Stimmung, in seinem Benehmen etwas läppisch. Oft vorübergehend depressiv. Weint, zittert am ganzen Körper. Wird beurlaubt nach 2 Monaten.

H., Matthias. 17 Jahre alt.

Wurde plötzlich erregt, sprach unsinniges Zeug, beschuldigte Nachbarn, wurde drohend und laut.

Redet im Aufnahmezimmer fortwährend unzusammenhängend, ist motorisch erregt.

Kommt ins Einzelzimmer, läuft mit Decken malerisch umhangen, ohne etwas zu sprechen, an den Wänden entlang. Wird gegen den Wärter aggressiv. Abstinert. Gibt keine Antworten mehr. Kataleptisch. Liegt in den unmöglichsten Haltungen im Zimmer herum, absolut abweisend. Später zugänglicher, ängstlich gespannt, möchte zu Hause sterben, weint. Ist jetzt, bleibt ruhig zu Bett, schläft. Am nächsten Morgen wieder ängstlich gespannt, jammert, möchte Nachricht von zu Hause haben. Hat schreckliche Gehörshalluzinationen, die Stimmen sagten

ihm, er müsse sterben, er habe vieles verschuldet. Beteuert seine Unschuld. Sein Zustand bessert sich von Tag zu Tag. Wird wieder plötzlich erregt in derselben Weise wie früher, die Erregung klingt aber schneller ab. Ist wieder ruhig und geordnet, wird geheilt entlassen nach 3 Monaten.

Zweite Aufnahme nach 9 Monaten. Wurde wieder plötzlich erregt. Ist ausgelassen heiterer Stimmung. Lebhaftes Ideenflucht, große motorische Unruhe.

Läuft im Zimmer umher, singt; mitunter plötzlicher Stimmungswechsel, doch heitere Stimmung vorherrschend. Wird ruhiger. Wieder erregt, zittert am ganzen Körper, besonders am rechten Arm. Depressiv: Niemand bekümmere sich um ihn, er stehe ganz allein in der Welt. Kataleptischer Zustand. Bewegt die Lippen zum Sprechen, die Worte kommen jedoch nur stammelnd, undeutlich heraus. Sieht Feuer, glaubt, er müsse verbrennen. In den Wänden seien Gespenster erschienen, die ihn angestiert und ihm allerlei Anklagen über seine Schlechtigkeit zugerufen hätten: Er solle in der Zelle büßen. Es deuchte ihn, als hätten allerlei grinsende, höhnische Gesichter durchs Fenster hinein gelacht und sich mit Schadenfreude an seinem armseligen Zustande erfreut. Stimmungswechsel, heiter erregt, singt Gassenhauer. Zurzeit völlig affektlos, steht im Zimmer herum. Collaps, starkes und reichliches Trachealrasseln. Katatonischer Stupor mit *Flexibilitas cerea*. Wird gefüttert. Wieder frei und klar, aber Gesichtsausdruck immer noch starr. Nahrungsaufnahme genügend. Wird beurlaubt nach 4 Monaten.

Der zweite Bruder ist 2, der dritte 4 $\frac{1}{2}$ Jahre jünger als der erste.

Die Psychose des älteren Bruders kann als Sinnendemenz bezeichnet werden, die spärlichen paranoiden Ideen treten nur in der Erregung auf. Die des zweiten ist eine Katatonie; als solche kann auch die des dritten gelten, wenn man annimmt, daß die mehr in den Hintergrund tretenden Sinnestäuschungen reflektorisch bedingt waren.

Fall 14—21 sind solche, bei welchen sich einfache mit Mischfällen paaren. Bei allen mit Ausnahme des letzten ist der einfache Fall als Komponente im Mischfall enthalten.

Fall 14. W., Marie. 40 Jahre alt.

War schon als Kind von Charakter heftig und böse, soll aber in der Schule gut gelernt haben. Mit 17 Jahren menstruiert, regelmäßig bis zum 19.; um dieselbe Zeit stellte sich „Gemütskrankheit“ und „Tiefsinn“ ein. Sie ist seitdem krank. Ihr ganzes Wesen änderte sich, sie arbeitete nicht mehr, wurde heftig beim kleinsten Widerspruch oder wenn man sie zur Tätigkeit anhalten wollte, klagte über Kopfschmerzen und Magenbrennen, zeigte sich zeitweise erregt, schwatzte, sang und lärmte dann halbe Nächte hindurch und trieb sich am Tage planlos herum. Dabei schwatzte sie oft verkehrtes Zeug.

Zeigt ein einsichtsloses, unfreundliches Benehmen, nimmt keine Notiz davon, wenn man mit ihr redet oder fährt, wenn man ihr eindringlicher zusetzt, mit einer Bemerkung heftig und unwillig heraus.

Hat gedunsenes Aussehen, der Urin enthält jedoch kein Eiweiß. Läuft viel umher, wird beim geringsten Widerspruch aufgeregt. Ist jetzt meist heiter, lacht in einem fort, zeigt starken motorischen Drang, gibt auf keine Frage Antwort, jauchzt und johlt öfters, putzt sich in ihrem Anzug ganz abenteuerlich auf. Später häufig wechselnder Zustand, bald freundlich, ausgelassen lustig, bald finster, abweisend, gleich zum Schlagen geneigt. Wegen des gedunsenen Aussehens mit Thyreoidin-Tabletten behandelt, jedoch ohne Erfolg. Zur Zeit mutazistisch, zerreißt Kleider, zerfasert die Fetzen und stellt aus den Fetzen mit anerkennenswerter Geschicklichkeit allerhand Handarbeiten her. Wird nach einer anderen

Anstalt versetzt. Wird später wieder hierher übergeführt. War dort meist unruhig bei Tag und bei Nacht, sang und schrie, warf zuletzt eine Kranke zum Bett hinaus und versuchte sie zu würgen. Beschäftigt sich nie. Zeigt hier stumpfes und blödes Verhalten. Außer ihrem Vornamen ist nichts aus ihr heraus zu bringen. Beim Weggehen des Arztes ruft sie diesem aber nach: „Brusttee will ich.“ Aufforderungen aus dem Bett aufzustehen, sich wieder zu legen, kommt sie schnell nach, dagegen ist sie nicht zu bewegen, die Zunge zu zeigen, zeigt jedoch willig ihre Hände. Macht wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper, nestelt beständig an den Händen herum, reibt das Kinn in einem fort. Kopf meist nach vorn mit dem Kinn gegen die Brust gehalten. Sitzt stumpf und untätig auf den Bänken herum. Nahrungsaufnahme gut. Ist in der Nacht laut und störend. Haemoptoe, stirbt an Lungentuberkulose.

Beobachtungszeit 17 Jahre.

W., Eugen. 28 Jahre alt.

Patient ist ruhig, klar, orientiert, gibt über Personalien sehr prompte und sichere Auskunft. Hatte immer „schwache Nerven“, häufig Kopfschmerzen und Blutandrang nach dem Kopf, eigentümliche Gefühle in der Herzgegend. Konnte indes immer gut arbeiten.

War zu einer Militärübung eingezogen worden, konnte nachts nicht schlafen, zitterte, konnte nichts essen. Hat in den Ohren Rauschen verspürt auch Pfeifen, Musik, hörte seinen eigenen und andere Namen rufen, auch Hundebellen. Auch jetzt hört er noch Stimmen und erkennt sie; sie kommen vom Regiment III her; was sie sagen, kann er aber nicht verstehen. War von der Übung entlassen worden. Lief dann auf der Straße umher, bis er ins Spital gebracht wurde. Wurde noch ein zweites Mal zu einer Reserveübung eingezogen, hat dann nichts mehr bemerkt von solchen Sachen.

Verkennt den Untersuchenden, den er für einen Arzt aus einem andern Ort hält, glaubt im Oberwärter einen seiner Bekannten zu sehen. Äußert, wenn er jemanden beleidigt haben sollte, so bitte er um Verzeihung. Stimmung nicht besonders ausgeprägt. Linke Gesichtshälfte stärker entwickelt. Steiler Gaumen.

Hört über sich laufen, auch hat jemand an der Bettdecke gezogen. Zur Zeit mutazistisch. Schreibt, als er gefragt wird, warum er nicht spreche, auf ein Papier: „ich kann nicht.“ Spricht wieder, fängt an forciert zu atmen, wenn man sich mit ihm unterhält. Das Herz tue ihm weh, als ob jemand hineinsteche. Hält die Augen geschlossen, er könne sie nicht aufmachen. Ist ausgesprochen negativistisch. Abwechselnd bald gänzlich stumm, bald mit eintöniger Stimme, den Blick geradeaus gerichtet, ausführlich und weitschweifig Auskunft gebend. Das Gedächtnis für frühere Zeiten ist gut. Erzählt ausführlich Geschichten aus der Militärzeit, weiß noch, wieviel Ringe er geschossen, welches die Nummer seines Gewehrs war. Starre Haltung. Hypochondrische Klagen: das Herz höre auch zu schlagen, das Blut steige ihm zu Kopfe. Oft sei ihm, als ob jemand seinen Mund zuhalte. Jetzt heiter gestimmt, verlangt Lektüre, weil er sich langweile. Wird freier, verlangt nach Hause, seine ganze Krankheit sei nur Heimweh. Arbeitet im Garten. Manchmal noch abweisend und stumm. Wird entlassen nach 2 Monaten.

Der Bruder ist 13 Jahre jünger als die Schwester.

Diagnose: Im ersten Fall Katatonie, im zweiten katatone Sinnendemenz.

Fall 15. Sch., Joseph. 27 Jahre alt.

Eine Schwester der Mutter war hier und wurde geheilt entlassen.

Patient war kurze Zeit Soldat, wurde als Invalide entlassen. Ist schon lange geisteskrank. War seit 8 Tagen im Bürgerspital seines Wohnortes untergebracht. Verhielt sich da aufgeregt und lärmend.

Ist über Ort und Personalien orientiert, zeitlich über Jahr und Monat, kann aber den Wochentag nicht angeben. Er war in der Schule „keiner von den ge-seheitesten“, löst jedoch ein paar Rechenexempel richtig. Gibt an, daß er wegen Herznervosität vom Militär entlassen wurde. Seit April vorigen Jahres arbeitete er nicht mehr. Es wurde etwas getrieben mit ihm, der Arzt wollte ihn auf die Seite schmuggeln, man wollte ihm etwas antun. „Die Liebe Gottes fängt mit Verfolgung an, man hat mich zum Verfolgungswahn getrieben.“ Hat prophezeit, daß es am Tag nicht mehr hell werde, das sei kürzlich auch schon eingetreten. Jetzt prophezeit er: „Zuerst muß die Welt bekehrt werden zum Glauben an den Herrgott, dann wird Seine Majestät Wilhelm II. Herrscher über die ganze Welt werden.“ Der heilige Geist ist ihm erschienen in Gestalt eines Täubchenpärchens, und zwar wiederholt. Das bedeutet, daß er die Oberin des Spitals seines Wohnorts heiraten soll. Auch der Kaiser wolle das haben. Die Oberin ist dadurch krank geworden, sowie er selbst. Sein Gebetbuch erhielt Patient von Gott gesandt, wenn er es auch im Buchladen kaufte. Ein solches Gebetbuch existiere auf der ganzen Welt nicht mehr. Im Spital sei er in der Zelle gewesen, der Wärter habe ihn dort umbringen wollen. Zeigt zum Beweis einige Kratzer im Nacken. Ein falsches Gebiß hat er weggeworfen, denn alles, was Gott nicht geschaffen, solle untergehen. Wird bei seinen Erzählungen sehr lebhaft.

Rechter Facialis schwächer als linker. Defektes Gebiß. Patellarsehnenreflexe sehr gesteigert. Fußklonus. Herzaktion im Rhythmus wechselnd. Große Brustwarze links.

Zeigt einen zerrissenen Rosenkranz, fragt, ob dieses Wunder Gottes genüge, Er habe ihn nicht zerrissen, das bedeute, es sei der Welt Ende. Erzählt, er habe während einer Eisenbahnfahrt vor dem Ziel aussteigen müssen, weil der Zug sonst nicht hätte weiterfahren können. Von der Bahnstation sei er auf einen öffentlichen Platz der betreffenden Stadt gegangen und habe sich, trotzdem Schnee lag, nackt ausgezogen. Hier sei er festgenommen und nach seinem Wohnort ins Spital gebracht worden. Erzählt das alles ohne wesentlichen Affekt. Er wünsche das elektrische Licht nicht, man dürfe sich nicht künstlich beleuchten. Auch sei ihm heute der heilige Geist erschienen in Gestalt feuriger Zungen. Setzt das Essen aus, es sei für ihn Fasttag. „Der liebe Gott, die Mutter Gottes und die Oberin verlangen meine Entlassung.“ Er habe schwache Nerven und Nieren und sei krank an der Natur. Das Essen hier sei dafür schädlich, es schaffe so in ihm und die Natur wolle fort, dadurch könne er nicht schlafen und komme nur immer mehr zurück. Will Milch und Eier haben. Ist jetzt im ganzen ruhiger und zufriedener. Seine Wahnideen behält er bei. Wies Orangen zurück, sie seien schon ganz faul. Bei der Vorstellung äußerte er, er habe deshalb nicht mehr gearbeitet, weil er seit einem Jahr kopfkrank sei, weil das doch nicht richtig ging für seine Gesundheit. Stimmen habe er nicht gehört, er sei nur zu allem getrieben worden. Stellt jede Halluzination in Abrede. Hält mit seinen Wahnideen zurück. „Ich will nicht weiter darüber sprechen, ich will nicht in Verwicklung.“ Möchte nach Hause, um für sich zu arbeiten. Beschäftigt sich mit seltenen Unterbrechungen fleißig. Bittet ab und zu um Entlassung. Wird beurlaubt nach einem Jahr.

Wiederaufnahme nach 2 Jahren. Wird von einem Bruder und 3 Mann gebunden gebracht. Einer derselben hat beim „Einfangen“ einen Stich in den Unterarm erhalten. Hat zu Hause seine Mutter und viele andere Personen bedroht. Habe immer scharfe Instrumente bei sich gehabt. Einen Revolver hat ihm der Bruder heimlich entwendet. Er habe seit seiner Entlassung von Anfang an nicht gut getan, immer sporadisch, dann aber gut gearbeitet. Hat gleich wieder die Oberin des Spitals heiraten wollen und sich davon nicht abbringen lassen. Die Angehörigen hätten ihn nicht früher gebracht, weil sie Angst vor ihm hatten.

Benimmt sich seit der Aufnahme geordnet. Unterbricht den Arzt, als er an den Bruder eine Frage richtet, in selbstbewußtem Ton: „Fragen Sie mich, ich bin heller als der.“ Der Bruder zeigt sich in der Tat sehr ängstlich und gibt nur verworrene Auskunft.

Erkundigt sich auf der Abteilung gleich nach der Schwester Oberin seines Wohnorts. „Die arme Person hat schon mehr durch mich leiden müssen als recht ist.“ Orientierung und Erinnerungsfähigkeit sind ungestört. Sein ganzes Denken ist von seinen Wahnideen erfüllt, deren näherer Zusammenhang, wenn vorhanden, sich nicht feststellen läßt. Die Heirat mit der Schwester Oberin spielt jedoch eine große Rolle darin. Sagt, er dürfe das, weil er von Gott begnadet sei. Ist äußerlich ruhig und geordnet, arbeitet fleißig im Garten. Heute ohne bekannten Anlaß gereizt, bleibt von der Arbeit zurück. Arbeitet nach ein paar Tagen weiter. Setzte nach kurzer Zeit die Arbeit wieder aus. Verhält sich abweisend. Wurde plötzlich impulsiv. Suchte dem Wärter die Schlüssel zu entreißen, drängte sehr fort. Arbeitet wieder. Bleibt von der Schneiderwerkstatt zurück, weil er sich beeinträchtigt glaubt; man foppe ihn, mache sich über ihn lustig. Dauernd gespannt, finster und stumm. Macht eine heftige, zu Tätlichkeiten führende Erregung durch. Macht abweisenden, mürrischen Eindruck und ist auch sonst in seinem Gebahren sonderbar. Sitzt am Boden, sucht Steinchen oder zeichnet Linien in den Sand, äußert sich darüber nicht. Hält sich für sich, spricht wenig mit den andern.

Beobachtungszeit 5½ Jahre.

Sch., Marie. 20 Jahre alt.

Ist seit 14 Tagen erkrankt, machte großen Lärm, zerwarf das Geschirr, schlug die Mutter, hatte Versündigungsideen, der liebe Gott habe sie bedroht, zog sich aus, war Tag und Nacht unrein, sang viel.

Zeigt im Aufnahmezimmer gebundenes, gehemmttes Wesen ohne jeden Affekt. Weiß, wo sie ist, sagt mit ganz leiser Stimme, sie habe hier schon einmal ihren Bruder besucht. Kommt Aufforderungen langsam und zögernd nach. Gespannte Gesichtszüge, verfolgt aufmerksam die Vorgänge in der Umgebung. Mutazistisch.

Patellarsehnenreflexe lebhaft. Reagiert nicht auf Nadelstiche, bezeugt aber durch Kopfnicken, daß sie Schmerz empfindet.

Verhielt sich zunächst mutazistisch, ist jetzt in voller Ekstase. Zitiert Stellen aus der Bibel. Steht aufrecht im Bett, geht in großen Schritten im Saal auf und ab, weint, singt gleich nachher Kirchenlieder mit heller Stimme, deklamiert. Verkennt die Umgebung. Ausgesprochene Katalepsie. Ist ruhiger, aber gebunden, gehemmt.

Antwortet einsilbig: „Ja doch,“ muß zum Essen angehalten werden. Strickt etwas, die Arbeit ist jedoch unbrauchbar. Wieder erregt, sucht sich zu verstecken, singt viel, treibt allen möglichen Unfug. Stimmung immer läppisch heiter, klettert auf den Ofen, beschmiert die Stirn mit Erde, flicht das Haar in Zöpfen. Versuch, sie in der Waschküche zu beschäftigen, mißlingt, da sie stets fortzulaufen sucht. Ist Tag und Nacht störend. War einige Zeit ruhiger, ist jetzt wieder in voller Erregung, zerreißt, springt über Tische und Bänke, schlägt Scheiben ein. Sagt, sie habe das getan, weil sie den Kaminfeger spielen wollte, sie zerreißt, weil sie etwas zu schaffen haben will. Entblößt sich, fällt über Mitkranke her, schmiert, schlägt Purzelbaum. Ausgelassene Stimmung, erotisch, zudringlich, duzt die Ärzte, legt ihnen fremde Namen bei. Ist bei aller Unruhe freundlich und harmlos. Ist zu keiner Arbeit zu gebrauchen.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

Die Schwester ist 8½ Jahre jünger als der Bruder.

Diagnose: Hebephren-paranoide Dementia beim Bruder, Hebephrenie bei der Schwester.

Fall 16. S., Georg. 25 Jahre alt.

Patient soll vor einem Jahr, angeblich im Anschluß an einen Typhus erkrankt sein. Er lief plötzlich ins Bureau seines Arbeitgebers in einer französischen Stadt, verlangte seine Militärpapiere und brachte Hurrahrufe auf den deutschen Kaiser und das deutsche Reich aus. Er wurde zunächst in einer französischen Anstalt untergebracht. Seit etwa 7 Wochen war er daheim. Er brachte da in der Unterhaltung mit den Leuten dummes Zeug vor und sprang, als man ihn einmal im Zimmer zurückhalten wollte, zum Fenster hinaus, ohne sich jedoch Schaden zuzufügen.

Bei der Aufnahme ist er örtlich und zeitlich nicht orientiert, verhält sich ruhig, lächelt blöde vor sich hin, antwortet zögernd und langsam, zuweilen erst nach mehrmaligem Ansetzen.

Benimmt sich auch auf der Abteilung ruhig und geordnet, Stimmung läppisch heiter, zufrieden, fühlt sich wohl, es gehe ihm sehr gut, schwatzt viel und ganz zusammenhanglos von allem möglichen, kommt immer wieder auf den Militärdienst zu sprechen, zu dem er sich schon achtmal gemeldet habe. Spricht oft vor sich hin. Immer noch völlig desorientiert. Glaubt in Frankreich zu sein, will Soldat werden beim deutschen Kaiser. Völlig verwirrt, ohne jede Kritik für seine Lage. Fuchelt mit den Armen in der Luft herum, er mache es wie die Soldaten. Geht planlos im Hof umher. Sehr erregt, schreit laut und schimpft, gestikuliert, kümmert sich nicht um seine Umgebung, läßt sich nicht fixieren. Er sei rüdig, überhaupt sei er Soldat und wolle mit niemanden etwas zu tun haben. Verunreinigt das Bad. Leicht gereizt, wenig zugänglich, er sei der Präsident von Marseille. Gibt auf Anrede ganz beziehungslose Antworten, wobei er läppisch lacht und lebhaft gestikuliert. Hält sich jetzt im ganzen geordneter und ruhiger. Arbeitet mit Unterbrechungen einigermaßen brauchbar im Garten. Wieder andauernd erregt. Singt und spricht monoton vor sich hin, belästigt die Mitkranken. Hie und da unrein. Die ruhigeren Zeiten sind nur von kurzer Dauer. Lacht und schwatzt sinnlos. Aufforderungen einfacher Art versteht er und befolgt sie auch manchmal. Eine Unterhaltung ist aber unmöglich. Muß zeitweise wegen hochgradiger Erregung isoliert werden. In ruhigen Zeiten einigermaßen zugänglich und zu kleinen Beschäftigungen zu gebrauchen. Jetzt ruhiger, geht wieder mit zur Arbeit. Andauernd ruhig und geordnet. Arbeitet regelmäßig.

Beobachtungszeit 8 Jahre.

S., Cäcilie. 18 Jahre alt.

Erkrankte vor einem Jahre, fing an zustaunen, lachte und weinte, sprach wenig, arbeitete nicht mehr. Zeigte in der Straßburger Nervenklinik gebundenes Wesen, war jedoch zugänglich. Läppische Euphorie. Keine Sinnestäuschungen. Beschäftigt sich nicht, singt bisweilen, besonders wenn andere singen. In der letzten Zeit ablehnend, läßt sich zu Streichen verführen, schlägt auf andere Patienten los.

Beschäftigt sich etwas mit Handarbeit, ist jedoch in der Waschküche nicht zu gebrauchen. Läppisch abweisend. Will nicht arbeiten.

Gibt der Schwester schnippische Antworten. Wird mutazistisch, unrein, schmiert, zieht sich vor dem Spiegel nackend aus. Ist trotzig widerstrebend, sträubt sich beim Ankleiden und Kämmen, schlägt drein. Unbeeinflussbar. Zielt sich, grimassiert.

Beobachtungszeit in Klinik und Anstalt 1 Jahr.

Die Schwester ist 14 Jahre jünger als der Bruder.

Diagnose: Verstandesdemenz beim Bruder, Hebephren-katatone Demenz bei der Schwester.

Fall 17. M., Eugenie. 22 Jahre alt.

Kommt aus dem Bürgerspital zu Mülhausen, war dort in der Zelle untergebracht worden, hatte zerrissen, angegriffen, die Nahrung verweigert. Seit zwei Tagen wesentlich ruhiger.

Tritt hier ruhig und äußerlich geordnet ein, örtlich und zeitlich nicht orientiert, mangelhafte Schulkenntnisse. Hat keine Krankheitseinsicht. Hört seit 6 Wochen Stimmen. Die Leute sagen ihr Schande, sie gebe sich schon seit dem 13. Jahr mit den Buben ab, sie sei Judas; sah drei tote Jungfrauen.

Großes, anämisches Mädchen, weite Pupillen, schlechter Ernährungszustand. Katalepsie, Echopraxie.

Ist ängstlich, ratlos, fürchtet, die Pest regiere im Land. Redet ideenflüchtig, ist nicht zu fixieren. Nachts sehr laut, schreit, bleibt nicht im Bett, belästigt Mitkranke. Hat das Haar in viele Zöpfe geflochten, bringt das Bettzeug völlig durcheinander, läuft hin und her, ist abweisend. Nimmt wenig Nahrung zu sich. Fürchtet sich vor den Geistern, die immer zu ihr hereinkommen. Nennt sich selbst eine Heilige, weil sie nie gelogen habe. Die letzte Nacht hat sie den lieben Gott gesehen, er machte ihr ein Zeichen mit dem Finger, rief ihr zu, nimm dich in acht. Sah in der Nacht wieder den, „der zu oberst ist“, fleht, man solle sie doch nicht ermorden, ihr nicht die Augen eindrücken. Immer ängstlich zerfahrenes Wesen. Schlägt sich auf die Brust, läuft planlos hin und her, verkennt die Umgebung, völlig desorientiert. Hat beide Ohren verbunden, um sich gegen die Stimmen zu schützen. Dauernd unruhig, reißt die Gardinen ab, wirft den Nachtstuhl um. Später ruhiger, beschäftigt sich mit Stricken. Redet fortwährend vor sich hin, schimpft in die Ecken hinein, weint oft heftig, drängt heim. Ist bei der Vorstellung orientiert. Ist unzufrieden mit der Kost, man gebe ihr Bleiwasser zu trinken, man gebe ihr Fleisch von verreckten Tieren. Hört Stimmen von Leuten aus Mülhausen. Zerreißt, schimpft vor sich hin. War in Schrecken versetzt worden durch die Zeichnung der Tapete, in der sie Geister zu erblicken glaubte. Unveränderlich, abweisend, oft aggressiv. Jetzt dauernd ruhig, gemeinsam, drängt auf Entlassung. Äußerlich geordnet, fleißig. Wird entlassen.

Wird nach einem Monat wiedergebracht. Zornig gereiztes Wesen, unzugänglich, drohend. Dauernd erregt, lacht, schimpft, springt über Tisch und Bänke. Im Äußern sehr unordentlich, abweisend, mürrisch. Liegt jetzt dauernd ruhig zu Bett. Läuft später umher. Beschäftigt sich etwas mit Nähen, unstetes Wesen. Hebt die Kleider hoch, unzugänglich. Bei Bettbehandlung meist ruhig und ganz geordnet.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

M., Elisabeth. 20 Jahre alt.

Hat spät gezahnt, erst mit 3 Jahren laufen gelernt, ist in der Schule aber gut mitgekommen.

War seit dem 14. Lebensjahr in einer Fabrik beschäftigt. Beginn der Erkrankung vor 5 Monaten mit Depression; las damals viel, weinte, weil ihre Leistungen bei der Arbeit nicht genügten und ihr Vorwürfe des Aufsehers zuzogen. Hat eine Kneipkur durchgemacht ohne Erfolg. Seit 14 Tagen einsilbig, ißt nicht mehr, schläft wenig, dabei ruhig. Die Menses, welche erst im 18. Lebensjahr auftraten, haben vor einem Jahr aufgehört, waren immer spärlich.

Patientin, welche bisher ruhig im Bett gelegen, sprang heute plötzlich aus dem Bett, wollte einen Wandspiegel herunterreißen, schrie, sie wolle nicht in einem Spiegelsaal bleiben. Beständig außer Bett und auf die Tür achtend. Drängt heftig heraus, sowie dieselbe geöffnet wird. Hat wiederholt eingenäßt. Nicht im Bett zu halten, kommt ins Einzelzimmer, verkriecht sich unter der Bettdecke, absolut unzugänglich. Zurzeit ruhig, äußerlich geordnet aber mürrisch und abweisend,

wendet sich vom Arzt ab, antwortet nicht, strickt jedoch fleißig. Schlag später ohne äußeren Anlaß eine Scheibe aus. Kehrt sich ab, wenn sie angesprochen wird oder läuft weg; beschäftigt sich fleißig mit Handarbeiten. Gereizt, gewalttätig, arbeitet nicht, versteckt sich. Völlig zerfahren, läuft umher, strickt unbrauchbar. Inaktiv, stumpf, abweisend. Liegt meist am Boden, spricht wenig, ist ziemlich stumpf und scheu, manchmal unrein. Wieder erregt, schreit, schimpft, läuft umher, tanzt, schlägt auf andere Kranke los.

Beobachtungszeit 4 Jahre.

Die zweite Schwester ist 3 Jahre jünger als die erste.

Diagnose im ersten Fall Sinneskatatonie Demenz, im zweiten: Katatonie.

Fall 18. B., Leonie. 22 Jahre alt.

Die Schwester des Vaters ist geisteskrank. Patientin ging nach dem Verlassen der Schule im Alter von 15 Jahren nach Frankreich, um dort Nähen sowie Französisch sprechen zu lernen. Wurde nach einem Jahr Dienstmädchen. Wechselte oft ihre Stellung. War vom 20. Jahre an Fabrikarbeiterin, arbeitet nicht mehr seit 3 Monaten. Verändert seit einem Jahr. War in der letzten Zeit widerspenstig, wollte immer allein sein, duldet nicht, das ihre Mutter das Zimmer betrat, stieß sie brutal zurück. Nimmt seit 2 Tagen keine Nahrung mehr. Äußerte einmal, sie höre allerhand. Menses regelmäßig.

Im Aufnahmezimmer abweisend, sehr einfältiges Verhalten, folgt ohne Abschied von der Mutter zu nehmen zur Abteilung.

Gespannter Gesichtsausdruck, orientiert. Läßt einen Teil der Fragen unbeantwortet, fängt oft Sätze an, vollendet sie aber nicht. Lacht bisweilen ohne Grund auf, bestreitet ihr Verhalten gegen die Mutter, gibt Halluzinationen zu, präzisiert aber nicht. Gibt an, im Beginn ihrer Erkrankung heftige Angst gehabt zu haben. Den Zeitpunkt kann sie nicht genau angeben. Ruft plötzlich ohne jeden Zusammenhang aus: „es ist nicht wahr“.

Guter Ernährungszustand, keine Störung der Motilität oder Sensibilität.

Verläßt öfter das Bett, drängt zur Tür, hat einer Wärterin das Gesicht zerkratzt. Gibt auf alles immer die eine Antwort: „Ich will heim.“ Lacht oft ohne jeden Grund, äußert sich nicht. Unwillig, abweisend. Verlangt drohend von der Schwester ihre Kleider, versucht ihr die Schlüssel abzureißen, Steht auf, geht in den Tagraum, fängt an sich etwas zu beschäftigen. Immer leicht gereizt und abweisend. Gespannte Gesichtszüge. Fällt ohne erkennbaren Anlaß über Wärterinnen und Kranke her, schlägt, reißt ihnen Haare aus, wirft sie zu Boden, schreit dabei heftig, man solle sie nicht ansehen. Wird isoliert. Schreit und singt viel. Dauernd zu Bett, immer gespannte Züge. Lächelt herablassend beim Gruße des Arztes. Spricht kein Wort auf Anrede, schimpft oft mächtig. Ist plötzlich und in hinterlistiger Weise aggressiv, zumal nachts. Spricht und verkehrt mit niemandem.

Beobachtungszeit 3 Jahre.

B., Eugenie. 18 Jahre alt.

Nach Angabe der Familie schon längere Zeit erregt.

Vorbeantwortet, grimassieren, negativistisch. Gelegentlich depressive Affektausbrüche. Sprachliche Äußerungen ohne Zusammenhang. Hört Stimmen. Beinträchtigungsideen.

Klein, grazil gebaut, blasses Gesicht, stuporöser Ausdruck. Leistet leichten Widerstand bei der Überführung zur Abteilung. Beantwortet keine Frage. Sagt nureinmal „ja“ bei der Nennung ihres Namens. Bewegt sonst nur die Lippen. Streckt auf Aufforderung die Zunge ein wenig heraus. Andeutung von Negativismus. Später völlig negativistisch. Spricht nicht, wendet sich ab, wenn man sie anredet.

Mürrische, unzufriedene Miene. Schimpft vor sich hin, läßt alle Fragen unbeantwortet. Völlig unzugänglich. Stößt die in die Nähe Kommenden fort mit den Worten: „Mach dich fort.“ Sonst keine sprachlichen Äußerungen. Arbeitet völlig unbrauchbar. Gespannte Züge, gereiztes Wesen. Sie werde hier verfolgt, die Mutter sei schuld daran. Läßt sich nicht weiter über ihre Beeinträchtigungsideen aus. Wendet sich auf Anrede ab. Führt in Abständen von einigen Millimetern über dem Papier her, ohne dies zu berühren, als sie ihren Namen schreiben soll. Immer das gleiche, abweisende Verhalten, gespannte Gesichtszüge, mutazistisch. Im Äußern sehr unordentlich, sitzt herum, arbeitet nicht. Sitzt meist in starrer, steifer Haltung aufrecht im Bett. Beim Essen wenig manierlich. Stereotypien.

Beobachtungszeit 8 Monate.

Die zweite Schwester ist 3 Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Katatonie im ersten Fall, paranoid-katatone Demenz im zweiten.

Fall 19. B., Sarah. 35 Jahre alt.

Eine Base irr.

In der Lactationszeit nach der dritten Entbindung traten „Nervenanfälle“ auf, die nach dem Absetzen aufhörten.

Die jetzige Erkrankung trat plötzlich auf vor 4 Wochen im Anschluß an Verdauungsstörungen mit hartnäckigen Durchfällen. Verließ das Zimmer nicht mehr, hörte Stimmen, äußerte, sie müsse bald sterben, schlief nicht mehr. Wurde tob-süchtig und verwirrt, zerriß die Kleider, lief nachts herum, war nicht über die Umgebung orientiert, machte wiederholt Selbstmordversuche, verweigerte die Nahrung, wurde kleinlaut, kaum auf Anfragen reagierend.

Auf der Abteilung lächelt Patientin fortwährend, zeigt albernes, kindisches Gebaren, konfuse Wahnideen, Halluzinationen. Vergiftungsideen. Ist nicht orientiert. Gerötetes Gesicht. Wird aggressiv, muß isoliert werden. Später wieder kindisches Benehmen. Nahrungsaufnahme und Schlaf gut. Hört die Stimmen ihrer Kinder, weint, will heim zu ihnen. Wieder ruhig, indifferent, lächelt viel für sich, gibt ausweichende Antworten. Erregungszustand, inkohärente Reden, läppischer Charakter. Größenideen. Albernes, gezieltes, schwachsinniges Benehmen.

Hält sich allein, beschäftigt sich zeitweise mit Stricken. Tanzt, hebt die Röcke hoch, zieht sich nackt aus. Äußerlich ruhig, geordnet, aber absolut keine Krankheitseinsicht. Wird vom Manne nach Hause genommen nach 4 Monaten.

Wiederaufnahme nach 3 Jahren. Wurde aggressiv, zerstörungs-, tob-süchtig, schreit laut, suicidgefährlich. Gehörshalluzinationen, Nahrungsverweigerung.

Äußerlich geordnet, orientiert, in albern-heiterer Stimmung. Beeinträchtigungsideen. Hatte Angst, der Mann wolle sie töten. Lief deshalb im Hemd auf den Marktplatz. Öfteres Vorbeiantworten. Guter Ernährungszustand. Meist läppisch-heiter. Oft querulierend, abweisend, uneinsichtig. Macht noch mehrere Erregungszustände durch. In der Zwischenzeit meist stumpf, sitzt umher, spricht nicht, läuft vor dem Arzt fort, speichelt stark.

Beobachtungszeit nach der zweiten Aufnahme 4 Jahre.

B., Eduard. 24 Jahre alt.

Kommt aus der Straßburger Klinik. Zeigt wenig Interesse für die Umgebung, murmelt hin und wieder unverständliche Worte vor sich hin, folgt ohne weiteres auf die Abteilung. Indifferent, ohne jeden intensiveren Affekt. Hat Stimmen gehört. Häufig erfolgen auf Fragen völlig unzutreffende Antworten. Örtlich und zeitlich sehr gut orientiert, rechnet gut, kennt alle landläufigen Daten. Guter Ernährungszustand. Sitzt meist auf demselben Fleck. Will ein Zeugnis zur Ent-

lassung. Meist stumpf, einsichtslos. Zeitweise erregt. Arbeitet. Nachlässiges, ungeniertes Wesen, bleibt, wenn ihn der Arzt anredet, mit übergeschlagenen Beinen, den Hut auf dem Kopf im Stuhle sitzen. Ist mürrisch und anspruchsvoll. Kommt nach einer Siechenanstalt.

Beobachtungszeit $2\frac{1}{2}$ Jahre.

Der Bruder ist 12 Jahre jünger als die Schwester.

Diagnose: Bei der Schwester paranoide Verstandesdemenz, zuletzt mit katatonen Zügen, beim Bruder Hebephrenie.

Fall 20. G., Eugen. 25 Jahre alt.

Beginn der Erkrankung vor einem Jahre mit „Trübsinn“ und konstantem Umherlaufen. Allmähliche Steigerung. Dabei häufiger Wechsl, bald Tobsucht, bald Trübsinn. Sagt, er wolle sich aufhängen. Lief nachts mit dem Licht im Haus umher, gerät mit seinem Vater in Streit, mißhandelt seine Schwester.

Guter Ernährungszustand, frische Gesichtsfarbe. Rechtsseitige Facialispapare. Beschränkter Gesichtsausdruck, nachlässige, träge Körperhaltung. Gemütslage indifferent. Bewußtsein frei. Beeinträchtigungsideen. Es habe ihn jemand in einen Hund verwandelt. Er habe ein Hundegesicht gehabt und auf den Boden sehen müssen, sei als Hund auf den Kirchhof gelaufen. Die Leute haben auf ihn gespußt, er müsse weg von der Welt, ihn verbrennen wollen. Ist in seiner Ausdrucksweise äußerst unbeholfen und schwerfällig, begeht allerlei äußerlich unmotivierte Handlungen. Kommt nach einer Siechenanstalt. Wird dort entlassen nach 2 Jahren.

Beobachtungszeit hier 8 Monate.

Zweite Aufnahme 3 Jahre nach der ersten Entlassung hier. Zu Hause ging es etwa $\frac{3}{4}$ Jahr gut. Wurde dann tageweise sehr erregt. Geriet wiederum in Streit mit seinem Vater und seiner Schwester.

Kommt auch diesmal in gutem Ernährungszustand an. Wird bald ruhig, steht untätig im Hofe herum. Blödes Lächeln. Drängt immer zur Tür hinaus, sowie sie aufgeht. Verweigert ab und zu die Nahrung. Muß dann gefüttert werden. Zuweilen aggressiv, speit den Arzt an. Widerstrebend. Dauernd verwirrt und stumpf. Unrein. Steht in starrer Haltung neben dem Bett, Kopf vornüber gebeugt. Gespannte Muskulatur. Räumt einem Kranken, der in sein Bett will, dieses mehrereremal ohne weiteres ein und stellt sich neben demselben auf. Stirbt 14 Tage nach der zweiten Aufnahme an Lungen- und Darmtuberkulose.

G., Leo. 32 Jahre alt.

Kommt aus der Klinik.

Patient soll seit Jahren psychisch abnorm sein und wenig arbeiten. Gibt selbst an, er sei seit 9 Jahren krank, er habe eine ansteckende Krankheit von einem Frauenzimmer. (Tripper.) Jetzt leide er an der Auszehrung.

Geht den ganzen Tag, die Hände auf dem Rücken, umher, spricht spontan wenig. Monotone Sprache. Manirierte Handbewegungen, Beeinträchtigungsideen: „Meine Schwester hat mir zu leide gelebt . . . sie haben mich alle angelacht“ usw.

Örtlich und zeitlich orientiert. Indifferente Stimmung, schlaffes Wesen, lächelt häufig.

Zu Hause habe man ihm gesagt, die Hochzeit sei im Narrenhaus. Man hat die Schwester aufgestiftet. Äußert immer wieder dieselben Ideen. Erregungszustände. Stopft die Nasenlöcher mit Watte aus wegen der Schwindsucht. Schreibt an eine Frau aus seinem Ort: „Sie können jetzt einen andern Mann heiraten, oder Sie werden so gescheit gewesen sein und einen anderen geheiratet haben.“ Einer anderen Frau, deren Mann kürzlich gestorben ist: „Es reut mich, daß ich

in der Wirtschaft ungefähr für 3000 Mark Schand- und Spottnamen über euren lieben Mann gesagt habe . . . Ich rate ihnen, daß Sie bald wieder einen andern Mann oder „Wages“ (Vagabund) zu sich nehmen . . . Ich habe schon 16 Pfund an Fleisch und 150 an Verstand abgenommen . . . Von 2000 Leuten hier sind 1000 gesund, werden aber ohne Lösegeld nicht herausgegeben. Man sollte den Doktoren den Krieg erklären und eine Batterie Artillerie, ein Regiment Infanterie und ein Regiment Kavallerie Stephansfeld stürmen lassen.“

Rohes sexuelles Geschwätz. Fordert den Arzt auf, mit ihm nach Straßburg in den Puff zu gehen. Ziert seinen Hut mit Federn, heftet sich Orden auf die Brust. Völlig harmlos. Fleißiger Arbeiter. Entweicht zweimal. „Wenn die Frauen einen Ausflug nach Mariental machen, so kann ich auch spazierengehen.“ Schreibt seinem Onkel, er wolle dem König den Krieg erklären wegen der preußischen Grausamkeiten und Räubereien. Benutzt ein Rohr als Fernglas, ein Stück Holz als Pistole.

Beobachtungszeit 7 Jahre.

G., Hubert. 28 Jahre alt.

War stets geistig schwach, hat aber immer gearbeitet. Vor 8 Jahren soll er 4—5 Tage lang unruhig und erregt gewesen sein. Drei Tage vor der Aufnahme sprang der Patient plötzlich aus dem Bett, lief im Dorfe herum, beschuldigte seinen Vater und den Arzt, sie hätten ihm statt Nahrung oder Medizin Mistjauche gegeben, schlug auch ganz gegen sein sonstiges Wesen seinen Vater, wollte in ein Spital gehen, lärmte, wollte nicht essen.

Mikrocephaler, übermäßig stark entwickelter, prognather Unterkiefer, sehr steiler, schmaler Gaumen, unregelmäßige Zahnstellung. Ungleiche Gesichtshälften. Haarwirbel nach links verschoben. Kyphoskoliose angeblich infolge eines Traumas. Speichelfluß. Euphorisch gestimmt, kann nicht rechnen, kennt das Geld nur wenig. Sagt, man habe ihm zu Hause die Augen mit Dreck verschmiert, sein Vater habe ihn köpfen wollen. Ist schon am folgenden Tag ruhig, indifferent und zufrieden. Hält an seinen Wahnideen fest. Er wolle heiraten, habe sich in das Mariele verliebt und werde diese zur Frau nehmen, zumal sein Bruder doch nicht heiraten könne. Bezieht die Reden anderer harmloser Kranker auf seine Person. Wünscht nach einer Woche schon entlassen zu werden, er habe keine Lust, länger hierzu bleiben und sich als Affe behandeln zu lassen.

Stirbt 4 Monate nach der Aufnahme an Bronchopneumonie.

Der dritte Bruder ist $5\frac{1}{4}$, der zweite $3\frac{1}{2}$ Jahre jünger als der älteste.

Vater und Vaters Bruder waren gleichfalls in der Anstalt. Auffallend ist, daß auch bei diesen, wir hier bei den beiden jüngeren Brüdern. Heiratsgedanken im Beginne der Erkrankung eine Rolle spielten.

Diagnose im ersten Fall: Paranoid-katatone Demenz, im zweiten: Paranoide Verstandesdemenz, im dritten: Dementia paranoides bei Idiotie.

Fall 21. Sch., Eduard. 35 Jahre alt.

Ist seit einem Jahr krank. Seitdem er wegen eines Streites mit einem Nachbar, bei dem es zu Tätlichkeiten kam, zu 10 Mark Strafe verurteilt worden, hat er nichts mehr gearbeitet und wenig gegessen, „der Zorn ist ihm in den Kopf gefahren“. Machte danach verkehrte Sachen, verspritzte das Haus seines Vaters mit Straßendreck, in der Absicht es zu reparieren. Klagt seit 2 Monaten über Weh im Rücken, Kopf und Herzen.

Ist albern-heiterer Stimmung, lacht über alles, was auf der Abteilung vorgeht. Verhält sich ruhig, ist vollkommen gleichgültig und indifferent. Spricht

nachts öfter vor sich hin, sagt bei Befragung, er träume vom Gebet, lacht dabei läppisch. Keine spontane Äußerungen. Ist mit seiner Lage vollkommen zufrieden. Steht meist mit den Händen in der Tasche in der Nähe des Aborts. Gibt meist sinnlose oder nichtssagende Antworten. Auf die Frage, wann sind Sie geboren, erwidert er: „Sie haben einen Brunnen gebohrt am Berge droben.“ Als er mit zur Arbeit genommen wird, legt er sich in den Schatten und zählt die Grashalme. Wird beurlaubt nach 3½ Monaten.

Zweite Aufnahme nach einem Jahr. Hat in der ersten Zeit nach der Entlassung verschiedene alberne Streiche begangen, jedoch harmloser Natur. In der letzten Zeit hingegen ist er sehr anstößig geworden. Er entblößte seine Geschlechtsteile vor Frauenspersonen und Kindern und forderte jene zum Coitus auf. Trank äußerst unmäßig, brachte selbst die Nächte im Keller zu. War in den letzten Tagen in Polizeigewahrsam.

Verhält sich hier ruhig, ist völlig indifferenter Stimmung, lächelt blöde, wenn er angesprochen wird, und produziert sinnloses Gefasel. Meist freundlich heiter, zuweilen jedoch heftig erregt. War eine Zeit lang nicht reinlich. Arbeitet nichts. Raucht stumpf auf einem Fleck sitzend seine Pfeife. Erzählt zuweilen spontan völlig verkehrte und sinnlose Dinge und kehrt dann plötzlich auflachend den Rücken. Wird gelegentlich aggressiv.

Beobachtungszeit nach der zweiten Aufnahme 5½ Jahre.

Sch., Luise. 28 Jahre alt.

Erkrankte vor 14 Jahren zum erstenmal an Tobsucht. Soll nach 4 Monate Krankheitsdauer wieder ganz gesund gewesen sein. Jetzt von neuem erkrankt seit 8 Tagen. Ging am Sonntag ohne Vorwissen der Angehörigen zu einem mehrere Wegstunden entfernten Onkel, gab nach der Rückkehr an, sie habe ihren ältesten Vetter verheiraten wollen. Seitdem zeigte sie ein eigentümliches Verhalten, war bald traurig, bald ausgelassen heiter, schlief wenig. Wurde auf einmal nachts plötzlich sehr erregt, sprang aus dem Bett, sagte, sie könne nicht mehr dableiben, war ängstlich, riß die Fenster auf und rief: „Es brennt.“ Erhielt Schlafmittel, blieb zu Bett und weinte und lachte abwechselnd. Wurde bald wieder erregter, behauptete, sie würde an Händen und Füßen von Männern gefesselt, zu Boden geworfen und mit Ermorden bedroht.

Ist auf der Abteilung hochgradig erregt, reißt das Heu aus den Kissen, zieht sich nackt aus, wälzt sich am Boden. Gibt keine geordnete Auskunft, schimpft nur; „dummer Keib“ ist ihr drittes Wort. Ist auch sonst abweisend und unzugänglich, dabei sehr sexuell, sucht sich immer zu entblößen, küßt die sie haltende Wärterin. Bekommt plötzlich eine Art Anfall: wirft sich zurück, wird steif am ganzen Körper, gerät in starkes Zittern, atmet rasch, wirft sich herum, schaut starr auf einen Punkt. Ist unrein. Wird ruhiger, liegt oft steif da, äußert, sie glaube, sie sei nachts zum Fenster hinausgeflogen. Später wieder erregter, ängstlich verstört, jammert: „Verzeihe, verzeihe, es ist zu schrecklich, was da vorgeht.“ Sagt von einer Mitkranken, es sei eine Hebamme. Nimmt eigentümliche Stellungen ein, drängt zum Bett heraus. Schreit und lärmt nachts laut. Jetzt ruhiger, schläfrig, stumm, wie abwesend, ratlos, desorientiert. Bleibt anhaltend stuporös, bleibt sitzen, wohin man sie bringt, muß besorgt werden wie ein kleines Kind. Steckt Kot in den Mund. Auf ihre Unreinlichkeit aufmerksam gemacht, sagt sie, ihr Bett sei daran schuld, sie wolle ein anderes haben, in dem sie besser verdauen könne. Wird freier, zugänglicher, ladet den Arzt zum Mitessen ein, bedauert, wenn sie schon gegessen hat, daß er zu spät gekommen sei. Wird vom Vater nach Hause geholt, geht ungern mit, bricht beim Abschied in Tränen aus.

Wird schon nach 3 Wochen wiedergebracht. Hielt sich gut bis vor 3 Tagen und arbeitete. Wurde dann sehr erregt, schlug Scheiben aus, den Spiegel ein, griff

ihre Umgebung an. Macht hier ganz verstörten Eindruck, schaut ratlos um sich, gibt Antwort auf keine Frage, ist mutazistisch, negativistisch, schmiert. Ist jetzt dauernd stumpf, steckt andern Kranken Brotrinden in Ärmel, Hals und Taschen. Ist stets äußerst widerspenstig. Sucht den Arzt bei der Visite zu umklammern. Ist zu keiner Arbeit fähig. Stirbt an Miliartuberkulose der Lungen bei bestehender Bauchfelltuberkulose nach 2 Jahren.

Die Schwester ist zwei Jahre jünger als der Bruder.

Diagnose im ersten Fall: Verstandesdemenz, im zweiten: Paranoid - katatone Demenz.

Fall 22—28 sind Geschwisterpsychosen, bei welchen es sich bei den Erkrankungen aller Geschwister um Mischfälle handelt. Sie sind in sämtlichen Fällen gleichartig.

Fall 22. A. geb. H. 32 Jahre alt.

Kommt aus der Straßburger Nervenlinik. Beginn der Psychose mit Halluzinationen, Vergiftungs-, Verfolgungs-, Größenideen. Gibt gut über alles Auskunft aber im Sinne ihrer Wahnideen. Spricht affektiert hochdeutsch. Gegen die Umgebung abweisend. Hört Stimmen vom Himmel, macht über alles Erreichbare das Kreuz. Schmiert. Wiederholt Erregungszustände. Wird aggressiv. Verschluckt die Konsonanten, betont die Vokale umsomehr. Zerzupft Tuchstücke in kleine Fädchen. Hält das Gesicht fest an die Bank gepreßt, so daß dasselbe ganz rot wird. Bleibt dauernd in derselben Haltung liegen. Wird stuporös, unrein. Appetit sehr gut. Erkrankt an allgemeiner Tuberkulose. Exitus 13 Jahre nach der Aufnahme an Lungentuberkulose.

H., Sophie. 28 Jahre alt.

Kommt aus der Klinik. Beginn mit starker Erregung, wird aggressiv gegen ihre Umgebung. Verfolgungs-, Vergiftungs-ideen, unzusammenhängende Reden. Einfache Fragen werden aufgefaßt, teilweise beantwortet. Aus den spärlichen sprachlichen Produktionen lassen sich Reste früherer Halluzinationen und Wahnideen erkennen. Keinerlei Affekt. Irrt schweigsam im Zimmer umher. Vorübergehende Nahrungsverweigerung. Hat kein Verständnis für ihre Lage, läppisches, kindisches Wesen, arbeitet, magert sehr ab trotz genügender Nahrungsaufnahme. Wird stuporös, apathisch, abweisend, unrein. Erkrankt an allgemeiner Tuberkulose. Stirbt an käsiger Pneumonie nach 7 Jahren.

Ist 10½ Jahre jünger als ihre Schwester.

Diagnose in beiden Fällen: Paranoid - katatone Demenz. Die Gleichartigkeit der Psychosen ist eine ausgesprochene. Die Geschwister sollen sich auch äußerlich so ähnlich gesehen haben, daß es kaum möglich war, sie auseinander zu halten.

Fall 23. F., geb. W., Marie. 41 Jahre alt.

Machte die Prüfung als Lehrerin. Ging nach Amerika und heiratete dort. War daselbst zweimal in einer Irrenanstalt. Kehrt geisteskrank in ihre Heimat zurück. Erzählte, eine Familie, die sie in Paris besuchte, hätte ihr Gift ins Essen gemacht. Auch von ihrer Mutter glaubte sie das gleiche. Nahm nur Wasser und Brot zu sich. Wähnte selbst von ihren Eltern bestohlen zu werden. Wechselte oft ihre Wohnung, weil sie sich nirgends mit den Hausgenossen vertrug, die sie des Diebstahls bezichtigte. Konnte schließlich in Kolmar kein Logis mehr finden. Wollte auf der Straße übernachten.

Ist ruhig, geordnet, orientiert. Glaubt, daß sie von Gott die Gnade habe, ihre Geisteskrankheit und die der andern zu studieren. Sie fühlte Geister um sich herum.

Das, was man Stimmen nennt, seien Impressionen von Geistern, die man kurieren könne durch Gebet und Segen. „Man hat auch Imaginationen, sieht so etwas wie ein Gesicht, aber es ist keins.“ Glaubt sie könne ein Kind bekommen von ihrem Manne, ohne mit ihm zu verkehren. Macht psychisch-therapeutische Vorschläge. Weiß durch höhere Eingebung, daß sie jetzt gesund ist. Sie habe hier eine besondere Bestimmung und werde bis Neujahr bleiben. Betet viel, kniet auf den Boden, veranlaßt andere Kranke, dies auch zu tun. Hält oft Festtage. Will Kranke mitnehmen zur Beichte, mit ihnen Prozessionen veranstalten, will in der Kirche eine besondere Ordnung einführen, kritisiert den Pfarrer. Will keine Speisen genießen, die am Sonntag hergestellt werden. Verweigert neue Schuhe anzuziehen, weil vielleicht Sonntags an ihnen gearbeitet worden ist. Hat Zwetschensteine verschluckt, verklagt hinterher Schwester und Wärterinnen, daß sie es nicht beachtet und gemeldet haben. Wird aggressiv. Leert das Nachtgeschirr über das für Kranke bereit gestellte Dessert. Spricht und ißt nicht, liegt ruhig auf ihrem Lager. Wirft Geschirr weg, zerreißt. Drängt auf Entlassung. Äußert Lebensüberdruß. Glaubt, der Arzt komme nachts an ihr Bett. Schlägt Scheiben ein. Läppische Manieren bei der Visite. Hält schützend die Hand über das Essen. Starre Haltung, Augen halb geschlossen, einen Arm leicht vorgebeugt. Hält die Arme in die Höhe gestreckt. Gefragt, was das bedeute, erwidert sie: „So groß bin ich“. Weist dem Arzt das Hinterteil, geht in gebeugter Haltung rückwärts auf ihn zu.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

W., Karoline. 26 Jahre alt.

Kommt aus der Klinik.

Hatte als Kind viel Gichter. Hat gut gelernt. War immer etwas sonderbar, eigensinnig. Wollte Lehrerin werden, fiel aber im Examen durch. Stand wie versteinert da und antwortete nicht. War auch später nirgends zu gebrauchen. Wechselte alle zwei bis drei Wochen ihre Stellung. Versuchte es im Geschäft ihrer Schwester, war da widerspenstig, dann in einem Hotel, später als Erzieherin. Kam nach Straßburg ohne Geld, wurde polizeilich untergebracht. Meldete sich selbst in einer Anstalt und wurde aufgenommen. War dort lebensüberdrüssig, behauptete nachts eingeschláfert und mißbraucht worden zu sein. Schon ihr Schwager habe es so gemacht. Glaubte schwanger zu sein. War in der Nacht unruhig, schrie, schloß sich im Abort ein, so daß die Tür aufgesprengt werden mußte.

Glaubt auch in der Klinik von den Ärzten mißbraucht zu werden. Sie seien dafür bezahlt, daß sie interniert würde. Der abwesende Arzt ruft ihr schmutzige Dinge zu. Häufig, namentlich zur Zeit der menses stark erregt. Man wolle sie zur Hure machen. Wurde gegen andere Kranke aggressiv, zerriß Kleider, mußte gefüttert werden. Behauptet im Trichter sei Urin des Arztes und Milch einer Kranken. Hält sich in den ruhigen Zeiten viel die Hände vor das Gesicht.

Erzählt hier mit Vorliebe von sexuellen Dingen, wird erregt, zerreißt, muß isoliert werden. Spricht viel vor sich hin, ist untätig. Ißt gut. Nimmt an ihrer Umgebung keinen Anteil. Bald heiter erregt, hüpfte mit hoherhobenen Rücken und singend im Hof herum, bald äußerst abweisend, mit dem Kopf auf dem Tisch liegend. War bei Gelegenheit eines Besuches ihrer Angehörigen sehr nett und freundlich mit denselben. Schreibt zuweilen geordneten Brief. Antwortet wenig in läppischer, kindlicher Sprechweise. Ebenso schwachsinnig und kindisch sind ihre Ideen. Arbeitet jetzt, ist aber wenig selbständig. Wehrt sich bei der Untersuchung wie ein verzogenes Kind. Will die Zunge nur der Schwester zeigen. Wird nach 8 $\frac{1}{2}$ Jahren in eine Siechenanstalt überführt.

Zweite Aufnahme nach 3 Jahren. Konnte nicht mehr in der Siechenanstalt bleiben, weil sie gewalttätig gegen andere Kranke wurde. Ist jetzt völlig abweisend,

widerstrebend, schimpft unverständlich vor sich hin, kann nicht gemeinsam gehalten werden, da sie jede Gelegenheit benutzt, um Scheiben einzuschlagen. Schmiert, zerreißt, bringt kindische Entschuldigungen dafür vor. Stirbt an Lungentuberkulose 4 Jahre nach der zweiten Aufnahme.

Die zweite Schwester ist drei Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Paranoid - katatone Demenz in beiden Fällen.

Fall 24. K., Leo. 31 Jahre alt.

Patient hatte im dritten Lebensjahr angeblich eine Hirnentzündung. Machte mit Mühe sein Examen als Lehrer. Seit dem achtzehnten Lebensjahr ist er sinnig, widerspenstig, bösartig. Erster Anfall vor 10 Jahren. Er mußte damals vorübergehend seinen Dienst verlassen. Später hatte er noch mehrere Anfälle, den letzten ungefähr vor 2 Monaten. Glaubte man wolle ihn nicht mehr im Dienst lassen, namentlich der Pfarrer wirke gegen ihn. Er wurde nachdenklich, reizbar, zornig, unfähig zum Dienst.

Bleicher Mensch, träumerischer Blick. Will nicht krank sein. Hat ein Verzeichnis seiner Sünden mitgebracht, indes mit Abkürzungen. Auch sexuelle Dinge kommen darin vor. Er will nicht arbeiten, drängt nach Hause. Gehobenes Selbstgefühl. Hat eine eigene Art, Dinge, die ihm nicht behagen, nicht zu hören. Verfolgt seinen eigenen Ideengang, als ob man in den Wind rede. Geht jetzt mit zur Arbeit. Greift plötzlich Kranke und Wärter an. Stellt die Arbeit wieder ein. Hält den Mund und die Nase mit einem Taschentuch zu, weil es im Saale stinke. Beschuldigt einen andern Kranken, daß er Schuld an seinem Siechtum sei, behauptet, er müsse Christus sein, da er so ungerecht leide. Verkommt immer mehr. Faßt einen alten Kranken an die Genitalien. Wird aggressiv gegen den Arzt. Hat 6 Tage fast nichts gegessen. Arbeitet nie mehr. Sucht seine Entlassung zu erzwingen. Ist jetzt bisweilen erregt, meistens aber bescheiden und arbeitsam. Sitzt im Saal oft unter dem Tisch, zieht sich eine Jacke über den Kopf, drapiert sich abenteuerlich. Spricht viel vor sich hin, gibt aber, wenn gefragt, keine Antwort. Reißt sich seine Kopfhaare aus, gibt keinen Grund an, warum. Wird als fleißiger Arbeiter bezeichnet. Ist jetzt verträglich. Bleibt am liebsten für sich allein, antwortet wenig geordnet. Ist wenig orientiert in der Vergangenheit, nur halbwegs in der Umgebung. Spricht mit sich selber und gibt die Fortsetzung seines Gesprächs zur Antwort. Halluziniert. Zunehmende Verblödung. Stirbt an Lungen- und Darmtuberkulose nach 17½ Jahren.

K., Luise. 54 Jahre alt.

Die Eltern der Patientin starben in hohem Alter und waren gesund. Sie machte mit 14 Jahren einen Typhus durch, seitdem war sie geistig nicht mehr normal. Sie hatte periodische Anfälle von stets kurzer Dauer. Es traten Gesichtshalluzinationen auf, sie sah Flammen, hatte Angstzustände. Sie gebar 2 uneheliche Kinder, welche beide gestorben sind. Vor 3 Wochen zeigte sie große motorische Unruhe, lief Treppen auf und ab, schwatzte verworrenes Zeug, war nachts unruhig, grob gegen die Umgebung. Sie hatte Sinnestäuschungen erotischen Inhalts. Klagte über Ohrensausen. Nach den Anfällen war sie erschöpft und abgespannt. Sie geriet mit einer Schwester, als diese nach Hause zurückkehrte, in Streit. Übernachtete die letzten 2 Nächte im Hause des Nachbarn und sprach davon, sich umzubringen.

Glaubt, man habe ihr ihre beiden Kinder weggenommen. Eins sei sicher noch am Leben. Vor einem Jahre habe ein Mann zu ihr gesprochen, nachdem er ertrunken war, das sei eben sein Geist gewesen. Vor 3 Jahren sei ihr, als die Mutter gestorben war, „Notre dame de Lourdes“ erschienen, sie blieb 5 Minuten im Zimmer. Die Kranke ist örtlich und zeitlich orientiert. Sie faßt schwer auf, beantwortet

die Fragen mit einem großen Wortschwall. Angewachsene Ohrläppchen. Gewöhnt sich schnell ein, ist ruhig, geordnet und fleißig, versucht öfters andere Kranke zurechtzuweisen, schlägt dabei einen herrischen Ton an. Lächelt bei der Unterhaltung geheimnisvoll. Leidet an Vergiftungswahn. Fühlt sich körperlich wohl. Stirbt an Sepsis nach 2 Jahren.

Die Schwester ist 4 Jahre jünger als der Bruder.

Bezüglich Typhus und Hirnentzündung in der Anamnese verweise ich auf Urstein (l. c. 33), welcher da ausführt, daß es sich dabei in der Regel um einen ersten Schub der Erkrankung gehandelt habe.

Diagnose: Hebephren - paranoide Demenz in beiden Fällen.

Fall 25. V. geb. K., Marie. 34 Jahre alt.

Kommt aus der Klinik.

Großmutter und Tante väterlicherseits waren vorübergehend geisteskrank, Patientin selbst und ihre 4 Geschwister von jeher schreckhaft.

Seit einem Jahre unregelmäßig und sehr stark menstruiert. War von jeher abergläubisch, glaubte an Hexen, hörte klopfen und knüpfte bestimmte Vorstellungen daran. Aus Anlaß eines Brandes Verschlimmerung. Glaubt sich von Hexen besessen, wird geschlechtlich beeinflusst, bemerkt Veränderungen am Mann, hält ihn für krank, es ginge ihm ständig die Natur ab. Hört Leute ums Haus schleichen, wird aggressiv gegen die Schwägerin, die sie für eine Hexe hält.

Erzählt in der Klinik, der Teufel habe ans Fenster geklopft, hereingesehen und sei dann durchs Zimmer gefahren. Einige Tage ängstlich, dann Besserung. Erklärt ihre früheren Ideen für krankhaft. Dann wieder verstimmt, betet laut, glaubt der Böse komme, wird stuporös, liegt stundenlang in derselben Lage im Bett, die Hände krampfhaft gefaltet oder wie zum Schwur erhoben. Negativismus. Ist unrein. Es ist Religionskrieg ihretwegen ausgebrochen, sie wird von Kapuzinern bedroht, ihre Angehörigen sind draußen. Sondenfütterung. Eigentümliche Bewegungen mit den Händen. Halluziniert. Ißt ab und zu spontan, nachdem sie Zeichen über den Speisen gemacht hat. Zeitweise plötzlich aggressiv.

Guter Ernährungszustand, kongestioniertes Gesicht. Angewachsene Ohrläppchen. Liegt starr im Bett. Läßt die Beine erst schlaff werden, nachdem man sie auffordert fest zu spannen. Automatische Bewegungen. Ausgesprochene *flexibilitas cerea*. Nimmt die abenteuerlichsten Stellungen ein. Lläuft auf allen Vieren, grimassiert. Äußert Versündigungsideen. Sie sei die schlechteste unter den Geschwistern gewesen. Sie sei eine Büsserin, lasse sich zur Buße füttern. Sie sei krank durch eigene Schuld. Schiebt die Schuld dann auf den Mann. Er sei in den Wirtshäusern herumgelaufen, habe sie nur des Geldes wegen genommen, die Leute gegen sie und ihre Angehörigen aufgestiftet. Ißt wieder spontan, steht auf, beschäftigt sich. Verkennt die Umgebung. Macht absurde Äußerungen. Sie müsse Menschenfleisch essen. Sie will nicht verpuppt sein. In ihrer Heimat sei eine Flattermaschine aufgestellt gewesen, die habe sie krank gemacht. „Ihr seid ein Bär gewesen, die war ein Äffchen. Ihr seid auch schon gestorben gewesen.“ Ist jetzt ruhiger, gehaltener, gibt sinnentsprechende Antworten. Zum erstenmal nach einem halben Jahr wieder menstruiert. Nimmt Nahrung zu sich, sagt, sie komme sich so puppisch, so kindisch vor. Ist jetzt geordnet, hat sich beim Besuch des Mannes ruhig mit demselben unterhalten. Gibt jetzt auch Auskunft ohne ihre absurden Ideen gleich vorzubringen. Hat eine gewisse Einsicht für das Krankhafte ihres Zustandes. Will zu ihrem Mann zurückkehren, sich jedoch der Entscheidung der Ärzte fügen. Wieder mehr verstört. Wird aggressiv gegen eine Wärterin, die ihren Vater soll heiraten wollen. Wird ruhiger, freier, beschäftigt sich, äußert in verständiger Weise den Wunsch auf Entlassung. Wird beurlaubt,

kommt nach 5 Tagen freiwillig zurück. Befürchtete vergiftet zu werden, wollte das „Gemanövers“ vom Manne nicht mehr haben. Ist wieder ganz verkehrt oder stumm und durch nichts zur Antwort zu bewegen. Stereotypien in Haltung und Bewegung. Läuft oft um mehrere Kranke im Kreis herum. Muß wegen zunehmender Unruhe isoliert werden. Wird unrein. Kopraphagie. Wird aggressiv, zerreißt. Stirbt an Pneumonie nach 7 Jahren.

K., Amalie. 34 Jahre alt.

War früher somatisch und psychisch gesund. Erkrankte 4 Monate nach der Schwester, ohne die Psychose jener gesehen zu haben, plötzlich. War zwei Tage vorher menstruiert, die Blutung sistierte nach einem Tag. Lief ihrem Bruder ins Feld nach. War verwirrt, unzugänglich, gab keine verständige Antwort mehr, glaubte, der Vater gehe ihr nach. Wiederholt in einemfort die nämlichen Worte, vielfach religiösen Inhalts. Wollte davon gehen, nicht im Bett bleiben.

Bei der Aufnahme nicht zu fixieren, drängt zur Tür hinaus. Starrt in eine Ecke und wiederholt in einemfort „Kreuz“, dann „Gnade“, „Barmherzigkeit“. Ins Bad gebracht wird Patientin still, zugänglich, spricht ganz verständig, ißt. Gibt ihre Personalien richtig an, ist auch sonst über geographische und religiös-kirchliche Dinge orientiert. Erinnert sich an den Anfall. Sie habe plötzlich gemeint, ihr Bruder sei ins Wasser gesprungen, es war ihr, als höre sie ihn „uh“ machen. Sie lief dann eiligst an den Mühlgraben, fand aber niemanden. Eine innere Stimme sagte, man habe ihr den Namen Pfarrersheure gegeben. Um andere Gedanken zu bekommen rief sie: „Kreuz, Barmherzigkeit usw.“ Die Stimme habe ihr auch gesagt, daß die Schwester gestorben sei. Sie schreit in der Nacht plötzlich auf, wirft sich umher. Bei der Visite liegt sie am Boden auf dem Rücken in Kreuzfixstellung, wiederholt alle Worte und Sätze sechs- bis achtmal, oft spricht sie in rhythmischer Weise. Es „wußte“ (kröche) was in ihr. Im Saal sei Feuer. Ist unrein. Gurr wie eine Taube. Tobsüchtige Erregung. Überall Sugillationen. Alle Zehen sind wund. Die Lippen sind blutig. Ist von Schweiß bedeckt, aus dem Mund tritt Schaum. Masturbiert vor aller Augen, läßt Kot und Urin unter sich, beißt so stark in den Schlüssel, daß er nur mit Hilfe des Keils aus dem Mund entfernt werden kann. Reißt sich die Haare aus. Muß gefüttert werden. Vollführt ruhelos rhythmische Bewegungen, dreht sich in Knieellenbogenlage im Kreise umher mit dem Kopf auf den Boden schlagend. Sagt, sie könne nicht essen, weil es einen Geschmack habe nach Hurensaft. Wird ruhiger, freundlicher, reinlich. Ißt allein. Wieder erregt, muß gefüttert werden. Stuporös. Wird wieder freier. Hält sich für verhext. Erinnert sich sehr genau an die Vorgänge während ihrer Krankheit. Wird freier, beschäftigt sich. Sieht ein, daß alles ein Traum war. Wird beurlaubt nach 7 Monaten.

Zweite Aufnahme nach 2 Jahren. War zu Hause immer geordnet, nur übertrieben peinlich in religiösen Dingen. Seit 3 Wochen wieder verändert. Arbeitete nicht mehr, betete in einemfort. Zeitweise ganz stumm und steif, stand nächtelang im Hemd umher. Wollte davonlaufen. Sprach wieder davon, daß man sie unzüchtigen Umgangs mit dem Pfarrer bezichtige. Hartnäckige Obstipation.

Geht auf der Abteilung steif herum, das Gesicht verzerrt, die Arme an den Körper gepreßt, die Hände zu Fäusten geballt. Wehrt sich gegen jede Beruhigung. Schnauzkrampf. Mutazistisch. Muß gefüttert werden. Verbigeriert: „Du bist der Teufel“, „Felicita“. Wird wieder freier. Ißt spontan. Man habe sie verhext mit dem „Schlankri“ (Schlundsonde). Die Eisenbahn sei in ihrem Körper. Eigenartig kindlich schmallender Tonfall beim Sprechen. Wieder geordnet, heiter, zugänglich, zeigt Einsicht gegenüber ihren Wahnideen. Wird beurlaubt nach 2 Monaten.

Dritte Aufnahme nach einem Jahr. War nach der Entlassung völlig geordnet,

arbeitete. Seit einigen Tagen wieder gestört, wollte nicht recht essen, redete nicht mehr, machte eigentümliche Bewegungen oder ließ sich ganz gehen, alles hängen, besorgte sich nicht mehr. Ist immer obstipiert. Dieser und die folgenden Anfälle verlaufen ähnlich wie die übrigen. Beurlaubt nach 7 Monaten.

Vierte Aufnahme nach $2\frac{1}{2}$ Jahren. Beurlaubt nach $7\frac{1}{2}$ Monaten.

Fünfte Aufnahme nach einem Jahr. Befehlsautomatie. Speichelfluß. Entlassen nach 2 Monaten.

Sechste Aufnahme nach 2 Jahren. Entlassen nach 3 Monaten.

Siebente Aufnahme nach 7 Monaten. Entlassen nach 3 Monaten.

Achte Aufnahme nach $1\frac{1}{4}$ Jahren. Entlassen nach 2 Monaten.

Die zweite Schwester ist 14 Monate jünger als die erste.

Es sind 2 paranoid-katatone Demenzen, die zweite von periodischem Verlauf.

Periodisch verlaufende Katatonien sind schon von manchen Autoren zum manisch-depressiven Irresein gerechnet worden. Es ist daher interessant, hier eine solche mit einer nicht periodisch verlaufenden gleichartigen Frühdemenz in einer Geschwisterpsychose kombiniert zu finden.

Fall 26. Sch. geb. N., Marie. 35 Jahre alt.

Der Vater starb vor 16 Jahren an Schwindsucht.

Patientin lernte spät gehen und reden. War geistig schwach, sanft, gutmütig, still und stumpf. Hat keinerlei Unterricht genossen. Menses mit 16 Jahren. Übermäßiger Alkoholgenuß, unglückliche Ehe. Machte mit 24 Jahren einen Typhus durch. Erster Erregungszustand vor 16 Jahren. Sie schwatzte dummes Zeug, wurde bei Zurechtweisungen böse. In früheren Jahren hatte sie freie Intervalle, jetzt nicht mehr. Sie schwatzt beständig, ohne zu wissen, was sie spricht. Starkes Ohrensausen. Behauptet eine Uhr im Kopf zu haben. Sie ist in sich gekehrt, gefühllos, blödsinnig.

Zeigt für ihre neue Umgebung nicht das mindeste Interesse. Auf alle Fragen antwortet sie in gereiztem, abweisendem Ton. (Wie alt sind sie?) „Solange als die Welt steht“. Andere Fragen beantwortet sie kurz ausweichend mit: „Was weiß ich“.

Verhält sich auch wieder meist gereizt, mürrisch, abweisend. Spricht in polterndem Tone. Arbeitet aber fleißig in der Waschküche. Bringt unbegründete Klagen über ihre Umgebung vor. Will ihre eigenen Wege gehn. Beansprucht die Rechte und die Behandlung, die einer Gräfin zukommen. Sie sei eine Gräfin. Gibt an, sie sei der Heiland, ihr Körper sei über alles als König gesetzt seit 100 Jahren. Sie habe alle Uhren in der Welt. Spreche mit einer Uhr, die in ihrem Kopfe sei. Setzt jetzt öfter die Arbeit aus. Stört durch lautes Schimpfen und Schreien. Belästigt ihre Umgebung. Schimpft in den gewöhnlichsten Ausdrücken auf die Schwester, geht aggressiv gegen sie vor. Schnürte sich mit einem Tuch den Hals zu. Sie will sich das Leben nehmen, weil der Vater sie quält. Verkennt Personen, hat sexuelle Beeinträchtigungsideen. Hält die Schwester für die zweite Frau ihres Mannes. Schlägt Scheiben ein, wirft mit Steinen, muß öfter isoliert werden.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

N., Elisabeth. 31 Jahre alt.

War von Kindheit auf geistig schwach. Lernte spät gehen und reden. War widerspenstig und böse. Menses mit 16 Jahren. Machte vor 6 Jahren eine Entbindung durch. In den letzten 3 Jahren zeigten sich zeitweise, besonders vor der Menstruation, Spuren von Irresein. Vor etwa 6 Monaten schlug sie in der

Fabrik die Scheiben ein, griff im Spital die Krankenschwester an, tobte und schrie. Ist jetzt Tag und Nacht sehr aufgeregt, bekommt täglich richtige Wutanfälle ohne jeglichen Anlaß. Vorher hat sie starkes Zittern. Sie wird dann aggressiv, zerkratzt sich das Gesicht, zerbeißt sich die Arme. Diese Anfälle treten besonders morgens auf und dauern dann einige Stunden. Nachmittags verhält sich Patientin wieder ruhig, zeigt starke Ermüdung. Kümmert sich nicht um ihr Kind, das bei der Mutter untergebracht ist.

Zeigt hier stumpfes, schwachsinniges Wesen, nicht das mindeste Interesse für ihre Umgebung. Kann weder das laufende noch das Geburtsjahr angeben. Weiß jedoch, wie alt sie ist. Ist nicht imstande, einfache Rechenaufgaben zu lösen.

Verhält sich ruhig und äußerlich geordnet, arbeitet fleißig in der Waschküche. Nimmt an ihrer Umgebung keinen Anteil. Gerät oft in Streit mit ihrer Schwester, muß von dieser getrennt arbeiten. Weiß nicht von wem ihr Kind ist. Sie sei mit mehreren gegangen. Hört wüste Worte: „Priesterhure“ usw. Sie sucht nach den Leuten, von denen sie kommen, findet sie aber nicht. Macht zur Zeit der Menses eine heftige Erregung durch, versucht eine andere Kranke mehreremale zu würgen. Zerkratzt sich selbst sowie andere erheblich. Liegt längere Zeit zu Bett, zeigt gequälten Gesichtsausdruck, macht einen Strangulationsversuch. Ist jetzt wieder ruhiger, gleichmäßiger, geht zur Waschküche. Entkleidet sich. Muß öfter isoliert werden, weil sie aggressiv wird gegen ihre Umgebung.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

Die zweite Schwester ist 5 Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Paranoide Verstandesdemenz in beiden Fällen.

Fall 27. B., Georg. 40 Jahre alt.

Beide Eltern gesund.

Hat in der Schule nicht gelernt, kann weder schreiben noch lesen. Ist seit 3 Jahren verändert. Er mußte vor eben dieser Zeit wegen einer Verletzung im Leib, welche er sich an der Dreschmaschine zugezogen hatte, operiert werden. Er konnte nachher nicht mehr schaffen, fing an zu schwatzen, sprang nachts auf und schrie. Er verletzte und verrückte die Gegenstände in der Wohnung, suchte die Messer zusammen und versteckte sie, damit man ihn nicht in hundert Stücke schnitte. Gelegentlich eines Gewitters war er sehr erregt und schrie: „Der Himmelt tut sich auf, es ist ein Gericht.“ Er äußerte auch einmal, er wisse nicht, wie ihm sei, das beste wäre, sich zu ertränken. Er zitterte oft nachts so stark, daß die Bettlade bebte.

Ist zu keiner Antwort zu bewegen. Sitzt aufrecht, am ganzen Körper zitternd in betender Stellung im Bett. Leistet sinnlosen Widerstand. Wirft den Kopf rhythmisch in den Nacken. Läßt bei Nadelstichen keine Schmerzensäußerung laut werden. Nach seinem Befinden gefragt, äußert er: „Herr Doktor, sie dürfen mich nicht fahnenflüchtig werden lassen“. Negativismus. Aggressiv gegen die Wärter. Zerreißt seine Hosen, weil er keine Sträflingshosen anhaben will, er sei ein Mensch und Gotteswesen. Bezieht alles auf sich. Starrer verschlossener Gesichtsausdruck. Spielt sich als Aufseher auf. Jetzt meist heiter. Tageweise erregt, schimpft dann über alles in seiner wortkargen Sprache und schlägt drauf los. Arbeitet nicht ohne Geschick. Halluziniert. Sieht Leute, die Löcher in die Wand bohren, um ihn tot zu schießen, andere im Luftballon, die ihn mit einer Kugel totwerfen wollen. Erzählt endlos mit Hervorhebung jeder einzelnen gänzlich indifferenten Kleinigkeit. Sprache unbeholfen. Zeitlich nicht orientiert. Nach seinem Alter befragt, sagt er, er sei so alt wie der Mann im Mond. Sagt, er habe eine Saugflasche im Leibe. Nicht mehr zur Arbeit zu gebrauchen. Trinkt seinen Urin. Vergiftungsideen. Arbeitet wieder.

Beobachtungszeit 13 Jahre.

M., geb. R., Karoline. 36 Jahre alt.

Erste psychische Veränderung vor 5 Jahren nach dem Tode des Mannes. Sie war beschuldigt worden, den Tod des Mannes herbeigeführt zu haben, ohne daß etwas Belastendes bei der gerichtsärztlichen Untersuchung gefunden werden konnte. War seit der Zeit öfters unruhig, aggressiv gegen eine Schwester, schlug an die Fenster, lief einmal mit einer Geldkiste, in der sich 1800 Mark befanden, planlos auf der Straße herum, weil sie die Empfindung hatte, es wäre jemand im Zimmer, wenn sie nicht zugegen wäre. Arbeitet seit 3 Monaten nicht mehr, blieb im Bett liegen, heizte bei der größten Kälte nicht ein, zerschlug Sachen, verbrannte in der letzten Zeit Kleider und Wäsche. War ängstlich.

Zeigt nach der Aufnahme teilnahmsloses Verhalten. Indifferenten Gesichtsausdruck. Faßt schwer auf. Hat Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Sieht den Herrgott. Katalepsie. Dauernd deprimierte Stimmung. Weinte den ganzen Morgen. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. Mutazismus. Dauernd stuporös. Klagt in einem Brief, daß man ihr Geld und Sachen fortgenommen, Haare ausgerissen und sie herumgeworfen habe. Hat Sensationen im Körper. Oft widerstrebend, abweisend. Ist still für sich, arbeitet.

Beobachtungszeit 7 Jahre.

Die Schwester ist 12 Jahre jünger als der Bruder.

Diagnose: Paranoid-katatone Demenz in beiden Fällen.

Fall 28. R., Marie. 43 Jahre alt.

Kommt aus der Klinik. Soll von jeher schwachsinnig gewesen sein. Im 20. Lebensjahr trübsinnig. Seit 3 Wochen in erregtem, unsteten, zu Gewalttaten geneigtem Zustande. Dementer Gesichtsausdruck. Vergiftungsideen. Geht rückwärts. Zeitweise Nahrungsverweigerung. Keine Suggestibilität. Unreinlich. Stimmung gleichgültig, gelegentlich heiter. Gesunde Gesichtsfarbe. Gesteigerte mechanische Muskeleirregbarkeit, besonders des Brachioradialis. Füße ödematös. Stuporös, mutazistisch. Negativismus. Steht mit verhülltem Kopfe da. Wird blaß und elend. Verbigiriert. Hochgradig schwachsinnig. Stereotype Bewegungen. Arbeitet. Anfälle von Bewußtlosigkeit.

Beobachtungszeit 10 Jahre.

B., geb. R. 45 Jahre alt.

Leidet an hypochondrischen und Beeinträchtigungsideen. Wird aggressiv. Bedroht ihren Mann mit Vergiftung.

Örtlich und zeitlich gut orientiert. Schiebt die ganze Schuld auf ihren Mann, der ein Trunkenbold sei. Schreibt völlig geordneten Brief; gesunde Interessen, kehrt in durchaus natürlicher Weise mit der Umgebung. Freundlich, zugänglich, etwas lebhaft. Wird nach einem nochmaligen vorübergehenden Erregungszustand entlassen nach 2 Monaten.

Wiederaufnahme nach einem Monat. Kommt von selbst in die Anstalt, linke Backe stark geschwollen, Augenlider sugilliert. Keine Strümpfe, zerlumpt, schmutzig. Ist geflohen von ihrem Mann, der sie mißhandelt hat.

Verunreinigt absichtlich den Boden des Saals. Defäziert neben den Abort. Reißt die Ärmel aus den Hemden, die sie ausbessern soll. Ist ruhig, wortkarg aber zugänglich. Zeitweise läppisch erregt, dreht sich tanzend im Kreise mit ausgestreckten Armen. Wiederholt stundenlang das Wort „salope“.

Beobachtungszeit im zweiten Anfall 4½ Monate.

H. geb. R., Marianne. 39 Jahre alt.

Seit 4 Wochen religiöse Wahnideen, plötzlich sehr erregt, für sich und andere gefährlich, betet viel, äußert Versündigungsideen, läuft ängstlich erregt, planlos hin und her, schläft und ißt schlecht. Hört Stimmen, hat Visionen. Schlaflos. Hat sich auf

Befehl der Stimmen an der Brust Kratzwunden beigebracht. Stoßweises Sprechen. Verbigeration. Ab und zu Sondenfütterung. Läuft immer in einer Richtung um den Ofen herum. Ausgesprochene Befehlsautomatie. Nicht menstruiert. Sitzt, ohne ein Wort zu sprechen, tagsüber auf einem Fleck und strickt, affektlos. Hält sich, wenn sie angesprochen wird, die Bettdecke vor das Gesicht, antwortet nicht. Unrein.

Beobachtungszeit 3 Monate.

Die zweite Schwester ist 7, die dritte 11 Jahre jünger als die erste.

Diagnose in allen drei Fällen: Paranoid-katatone Demenz.

Unter den 28 Geschwisterpsychosen sind 15 gleichartige (1—8, 22—28), bei 14—20 liegt eine Gleichartigkeit bezüglich der einfachen Fälle mit einer Komponente des Mischfalls vor, und da es sich meist nicht um abgeschlossene Fälle handelt, ist bei den letzteren immer noch mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich die einfache Psychose im Sinne der anderen Komponente des Mischfalls entwickelt, außerdem wird in manchen Fällen der Unterschied der Diagnosen z. B. zwischen Katatonie und paranoid-katatoner Demenz nicht mehr als ein symptomatischer sein, da es doch oft nur eine Geschmacksache ist, ob man paranoide Symptome als ursprüngliche oder nur reflektorisch bedingte annehmen will.

Daß bei der Weiterentwicklung der einfachen Fälle zu Mischfällen, dies im Sinne der Geschwisterpsychosen erfolgen wird, dafür spricht sogar der Umstand, daß die Fälle, in welchen die Psychosen aller Geschwister gemischt sind (22—28), sich sämtlich gleichartig zeigen.

Dadurch sowie durch den Umstand, daß unter den 8 Fällen (14—21), wo sich eine einfache Psychose mit einem Mischfall paart, nur der letzte (21) auch bezüglich der Komponenten ungleichartig ist, wird ferner die Wahrscheinlichkeit, daß im Fall 9—12 bei der Weiterentwicklung der einfachen Fälle zu einem Mischfall dies im Sinne der Geschwisterpsychosen erfolgen wird, oder hätte erfolgen können, eine sehr große.

Unter 28 Geschwisterpsychosen, die sämtlich an Dementia praecox erkrankt sind, sind demnach nur 5 völlig ungleichartige (9—12, 21) zu verzeichnen. Da selbst bei diesen, wie wir gesehen haben, die Wahrscheinlichkeit, daß sie sich im Sinne der Gleichartigkeit entwickeln oder hätten entwickeln können, eine sehr große ist, so folgt daraus mit Evidenz, daß bei Geschwistern, die an Dementia praecox erkrankt sind, eine ausgesprochene Tendenz besteht auch bezüglich der Unterarten gleichartig zu erkranken.

Das spricht weiter dafür, daß die Ursache der Dementia praecox in einer ererbten Disposition irgendwelcher, wie auch immer lokalisierter Teile des Gehirns zu suchen ist.

Es folgen 6 Fälle von manisch-depressivem Irresein. (29—34.)

Fall 29. Sch., Ernestine. 33 Jahre alt.

Ein Vetter der Mutter ist unheilbar geisteskrank.

Patientin war als Kind gut beanlagt, entwickelte sich normal, hat keine schweren Erkrankungen durchgemacht. Die jetzige Krankheit begann vor einem Monat

infolge von Aufregungen über die Geisteskrankheit der Schwester. Sie machte sich deren Wahnideen zu eigen, daß über sie von den Psychiatern ein falsches Zeugnis ausgestellt worden wäre, wodurch die Behörden sich hätten täuschen lassen. Gleichzeitig traten Suicidideen bei ihr auf. Sie litt ferner an zunehmender Schlaf- und Appetitlosigkeit.

Bei der Aufnahme ist sie depressiv, macht sich Selbstvorwürfe; sie sei schuld daran, daß ihre Schwester krank sei.

Wirft sich in nervöser Unruhe im Bett hin und her, muß zum Essen genötigt werden, seufzt viel. Sie habe Schwester und Bruder gemordet durch schlechtes Sprechen. Sie müsse ins Gefängnis, sie habe der Schwester den Seelenfrieden genommen.

Nach 14 Tagen setzt ein plötzlicher Umschlag der Stimmung ein. Sie ist heiter, lacht, sitzt aufrecht im Bett, macht sich über alles lustig, bietet die Hand zum Gruß. Spricht selbst von ihrer Wandlung, sie sei jetzt nicht mehr schwermütig. „Jetzt ist es schön auf der Welt, die Juden gehen alle auf einem Schiff nach Japan. Durch die Familie Schwartz erfolgt die Erlösung der Juden.“ Sagt, sie sei verliebt in die Ärzte. „Ich bin ein Engel jetzt.“ Nach 3 Tagen erfolgt wiederum ein Umschlag in Depression, sie müsse vor Gericht. Alle seien Diebinnen, sie selbst auch. Sie habe viel Kaffeebrötchen gestohlen, das seien hier alle keine Kranke. Die Gesellschaft sei ihr zu gemein. Verlangt immer, daß man sie anhöre, bringt aber nichts Ordentliches vor und das auch gewöhnlich erst, wenn sich Referent schon zum Gehen wendet; ruft dann noch verzweifelt einige flehentliche Worte nach. Äußert viel Selbstanklagen, will Krankenpflegerin werden. Bittet, sie endlich doch vor Gericht zu führen. Sie will hinaus, will betteln oder in Dienst gehen, möchte hier noch die Krankenpflege erlernen. Wirft sich von Unruhe gequält im Bett hin und her, bittet bei jeder Visite: „Lassen Sie mich doch fort, wir sind ja arme Leute und können das Essen nicht bezahlen“. Unterbricht die Exploration an einer anderen Kranken: „Es ist ja doch alles Schwindel“. Schreibt eigenartige Briefe, apostrophiert darin alle möglichen fremden und bekannten Personen. Der Inhalt ist ideenflüchtig.

Ist später sehr unruhig; nimmt anderen Kranken die Arbeit weg, drängt durch die Tür, klammert sich fest, muß ins Einzelzimmer, kommt sofort in Konflikt, wenn man versucht, sie gemeinsam zu halten. Die Stimmung ist eine verzagte, leicht gereizte. Sie ist mit sich und der Welt unzufrieden, schreibt überschwengliche Briefe voller Selbstanklagen, Verkleinerungsideen: „Fräulein Ernestine ist ein widerwärtiges Ding, ein Scheusal, ein Monstrum, ich bekenne es.“ Will für andere Strafe leiden, man solle sie prügeln, „rausschmeißen“. Sie kümmert sich um alles, was um sie vorgeht. „Es wird hier verschwendet mit Bauten, Wäsche, Licht, Binden, was ich alles bezahlen muß.“ Schreibt in einem Brief, „meine Seele ist krank“. Hat sich bei der Visite ein Halstuch fest um den Hals geschnürt. Wurde auf die Wache gelegt. Ist hier störend, nicht im Bett zu halten, entreißt der Wärterin Geschirr, das sie zertrümmert, sucht das Füttern abstinierender Kranker zu verhindern. „Das Füttern und Stopfen ist ein großer Mißbrauch, der abgeschafft werden muß.“ Wurde ein paar Tage beurlaubt, nachdem sie ruhig und geordnet erschienen. Zu Hause ging es nicht lange. Sie belästigte fremde Personen durch Zudringlichkeiten, tätliche Angriffe. Riß einer Frau fast die Kleider vom Leib, warf einen Blumentopf aus dem Fenster. Trotz allem vermochte sie es zur Verwunderung ihrer Angehörigen, einem Knaben französische Stunden zu geben, wobei sie sich ganz geordnet benahm.

Verhält sich hier wieder ruhig, ist aber zerfahren, mit sich selbst unzufrieden. Sie ändert aber bald ihr Verhalten, geht auf den Arzt los, will ihn am Halse packen und schreit: „Ich muß fort.“ Klagt sich an, daß sie die Familie ins Elend gebracht

habe. Immer der gleiche ziel- und zwecklose Bewegungsdrang. Gebärdet sich verzweifelt, kann sich nicht konzentrieren, bringt nichts zustande. Schlägt Fenster-scheiben ein. Hat Besuch durch zwei unvernünftige Brüder, ist nachher hochgradig erregt, macht Suicidversuch, hat die Menses. Ein paar Tage darauf ist sie in heiterer Stimmung, lächelt, singt leise. Wird beurlaubt nach 3 Jahren.

Sch., Ida. 29 $\frac{1}{2}$ Jahre alt.

Des Vaters Mutter ist in hohem Alter an „Gehirnerweichung“ gestorben.

Patientin ist gut begabt, war früher gesund, bis etwa vor einem Jahr. Ist seitdem wegen Nervosität und Bleichsucht beurlaubt. War in einem Badeort, kam von dort schlimmer zurück. Die Gesellschaft habe sich von ihr zurückgezogen, man habe ihr vorgeworfen, sie habe Schmutz auf dem Kopf. Sie könne deshalb nicht länger Lehrerin bleiben. Sie habe sich versündigt dadurch, daß sie sich von einem Arzt habe untersuchen lassen. Der Badearzt habe eine Wanderniere konstatiert. Wollte dann Krankenschwester werden, doch sei der Plan nicht zur Ausführung gekommen, der Leiter des Lehrkurses habe ihr abgeraten. Seit einigen Tagen verschlimmerte sich der Zustand, sie wollte sich aus dem Fenster stürzen, sich erhängen. Nahrungsaufnahme gut, Schlaf schlecht.

Sie nimmt tränenreichen Abschied von den Brüdern. Geht willig mit zur Abteilung. Liegt in nervöser Unruhe im Bett. Verlangt bei der Visite, sofort entlassen zu werden, sie sei nicht krank, gehöre nicht hierher.

Mittelgroß, grazil gebaut, in dürrtigem Ernährungszustand, von etwas blassem Aussehen, intelligentem Gesichtsausdruck. Keine Hemmung. Beantwortet nicht alle Fragen, einige aber recht energisch. Ist völlig orientiert. Äußert Beschuldigungen unbestimmter Art gegen sich. Sie habe sogar Religionsunterricht erteilt, und jetzt sei gar keine Religion, überhaupt nichts mehr in ihr. Gibt Suicidversuche zu. Weigert sich aus religiösen Bedenken, die Kost zu nehmen. Hat nach dem Zubettgehen bis 10 Uhr abends leise gejammert, dann jedoch geschlafen. Hat anscheinend Nahrung genommen. Ist tags darauf zeitweise sehr unruhig, wälzt sich im Bett umher, gestikuliert, wird aber bei der Untersuchung ruhiger. Litt vor der psychischen Erkrankung an starker Menstruationsblutung ferner an „Muskelzerrung und Entzündung“. Nachher merkte sie etwas am Herzen wie einen Strom, hatte furchtbares Herzklopfen, wobei das Herz jedoch langsam schlug. Sie wurde sehr nervös, konnte nicht mehr sprechen hören, bekam Herzklopfen und Zittern, wenn ein Wagen vorbeifuhr. Die Leute waren anders zu ihr als früher. Sie habe im Bade nicht gehört, daß die Leute etwas über sie aussagten, sondern nur gemerkt, daß sie sich von ihr zurückzögen. Wird lebhaft beim Erzählen, spricht lächelnd davon, daß sie Krankenschwester werden wolle, sie habe soviel Talent zur Krankenpflege und oft Krankheiten an den Kindern in der Schule entdeckt. Nachdem man sie zurückgewiesen, sei sie immer mehr in Schwermut versunken. Später sagt sie, sie habe nicht aus Interesse Pflegerin werden wollen, sondern zur Buße, um etwas wieder gutzumachen, sie habe aber dann ein wahres Entsetzen vor dem Krankendienst gehabt. Spricht gern im Superlativ; sagt, das sei bei ihr immer so gewesen. Sie sei auch in einer Privatanstalt gewesen, habe aber dort so getollt, daß man sie nicht behalten konnte. Leicht erotisches Wesen nicht zu verkennen.

Ist meist mürrisch, gereizt, will in eine andere Anstalt, da sie hier nicht gesund werden könne, schläft schlecht. Ist uneinsichtig, will zurück zu ihren Angehörigen. Wird ungeheilt entlassen nach 12 Tagen.

Wiederaufnahme nach 4 Monaten. War zu Hause abwechselnd ruhig und erregt. War 2 Monate in einer Privatanstalt. Hatte immer noch den Gedanken, Krankenschwester zu werden; verzweifelt, weil sie das nicht hat werden können. Sie habe ihr Leben verfehlt. Sie beschäftigte sich etwas im Haus, lag aber meist zu Bett, äußerte in letzter Zeit wieder Suicidideen, drohte aus dem Fenster zu

springen, sich im Rhein zu ertränken. Wurde unter dem Vorwand ihre Schwester zu besuchen hierher gebracht. Ist nach der Aufnahme freundlich, scherzt über die Krankheit, sucht alles zu beschönigen und zu entschuldigen.

Hält ihre Schwester für sehr krank, sucht sie zum Essen zu bewegen, nötigt sie zum Briefschreiben an die Eltern. Mußte, weil sie ihrer Schwester zu sehr zusetzte, von ihr getrennt werden. Ist sehr empfindlich, ärgert sich über die unbedeutendsten Kleinigkeiten. Als ihre Zimmergenossin unwillig über ihr vieles Sprechen den Bettvorhang zuzieht, wirft sie sich plötzlich schreiend auf die Erde, stößt alles um, wirft das Bettzeug auf die Erde, sagt, man könne sie nicht leiden, man wolle sie forthaben. Droht, sich ins Wasser zu stürzen. Stöhnt und jammert in der Nacht wie ein ungezogenes Kind, ruft nach der Mama. Als man ihr Vorwürfe macht, sagt sie, man habe nicht genug Geduld mit ihr, sie hätte bei ihren Schulkindern viel langmütiger sein müssen. Kommt auf den Wachsaal. Bittet wieder verlegt zu werden, da sie sich vor dem Rabbiner schäme. Schmolzt wie ein verwöhntes Kind, ist äußerst empfindlich in der Unterhaltung, jedoch meist liebenswürdig und zu Scherzen aufgelegt. Fühlt sich durch jede noch so harmlose Bemerkung ihrer Umgebung getroffen. Das Geräusch von der Eisenbahn geht ihr durch die Nerven bis in die Fingerspitzen; sie habe das Gefühl, als ob ihre Nerven ganz oberflächlich, ja frei lägen. Bringt ihre Beschwerden lächelnd vor. Fängt an gesunde Interessen zu zeigen, verhält sich längere Zeit gleichmäßig. Wird beurlaubt nach 4 Monaten.

Die zweite Schwester ist $3\frac{1}{2}$ Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Motorisches Irresein im ersten Fall, melancholisches im zweiten.

Fall 30. H., geb. M. 59 Jahre alt.

Ein Bruder der Mutter soll geisteskrank gewesen sein.

Patientin war immer bössartig und heftig, soll aber in der Schule gut gelernt haben. Sie war zweimal verheiratet, hatte 2 Kinder, eine Fehlgeburt. Soll vor 17 Jahren schon einmal in einer Irrenanstalt gewesen sein. Wurde wegen „Tob-sucht“ in die Anstalt verbracht.

Wurde in der Zwangsjacke transportiert, kam nicht sonderlich unruhig hier an, sprach halblaut und unverständlich, nickte freundlich, grimassierte. Im Hof der unruhigen Abteilung wurde sie bald wild, sprang über Tische und Stühle, riß den andern Kranken die Arbeit aus der Hand, hockte auf die Erde nieder, sammelte Steinchen und Blätter, häufte Erde zusammen. Bei der Abendvisite befand sie sich in sehr gehobener Stimmung, gab schnippische Antworten im ausweichenden Sinne, bald auf deutsch, bald auf französisch, machte anzügliche Bemerkungen über Kneifer und Schlüssel des Arztes. Ihr Gesicht hatte sie beständig zu einem pffiffigen Blinzeln und Grinsen verzogen, sprach in kurz abgerissenen Sätzen. Ihre Stimmung war ausgelassen heiter. Während der Untersuchung sprang die Kranke auf einmal von der Bank auf und gab dem Arzt lachend einen Stoß. Am folgenden Tage sprach sie gelegentlich in Klangassoziationen. Wegen hochgradiger Unruhe kam sie am Tage ins Dauerbad. Läßt sich nicht fixieren, zeigt ideenflüchtige Verwirrtheit, gibt übermütig abschweifende Antworten und läßt sich durch Sinnes-eindrücke ablenken. In den Reden hat sie keine Zielvorstellungen. Die heitere Erregung hält an, sie ist zudringlich, zerreißt. Sie spielt mit Papierfetzen, singt bekannte Lieder, droht verschmitzt lächelnd mit dem Zeigefinger. Läßt sich aber nicht im Bett halten. Sie wird nach einer anderen Anstalt verbracht nach zwei Jahren.

Kommt dort in heiterer, gemütlich übermütiger Stimmung an, macht einen Knix vor dem Arzt, wirft ihm Handküsse zu, schwatzt, lacht viel, singt, dekoriert

sich mit Fetzen und Streifen, die sie von Bett- und Leibwäsche abreißt, geht nur ganz flüchtig auf die gestellten Fragen ein.

Ist klein, untersetzt, zeigt blühende Gesichtsfarbe, lebhaften Blick, glänzende Augen. Kitzelgefühl gesteigert. Ist gegen den Arzt freundlich, aber oft gereizt und herschüchtig gegenüber den Schwestern, den Pflegerinnen und Mitkranken. Schreckt auch nicht vor Gewalttaten zurück. Ihre Handarbeiten sind nicht zu gebrauchen. Zeigt starke Neigung zu Zerstörung und Sachbeschädigung. Ist jetzt seit 2 Wochen wesentlich ruhiger und geordneter, zerreißt nicht mehr, ist nicht mehr so schwatzhaft, schläft ohne Hypnotica und Dauerbad, ist aber leicht verwirrt, unorientiert, leicht in heitere Stimmung zu bringen. Steht täglich auf und macht Handarbeiten. Dies Verhalten ist jedoch nicht von langer Dauer. Sie wird wieder erregt, benimmt sich in derselben Weise wie früher, neckt die Kranken, stopft dem Arzt allerlei in die Taschen, zeigt sich auch sonst sehr albern und kindisch ihm gegenüber. Es folgt dann ein kurzes, ruhiges Zwischenstadium, um von einem Erregungszustand von gleichem Charakter wie früher abgelöst zu werden.

Beobachtungszeit an der zweiten Anstalt 1 Jahr.

J. geb. M., Pauline. 26 Jahre alt.

Soll ein aufgewecktes Kind, niemals krank gewesen sein. Heiratete vor 2 Monaten. Seitdem blieben die Menses aus. Wurde ohne Prodrome vor einer Woche erregt, zeigte sich schwach verwirrt, sang, lachte, schimpfte, wurde aggressiv. Sie nahm keine Nahrung zu sich und schlief nicht. Dieser Zustand hielt an bis zur Aufnahme.

Fängt auf der Abteilung sofort an zu schreien, zu schimpfen, die Kleider aus-zuziehen, die Haare zu verwirren. Scheint ziemlich hohen Grad von Bewußtseins-störung zu haben. Sie läuft planlos herum, ihr Blick ist wirr und abweisend. Läßt sich nach langem Zureden auf eine Unterredung ein. Über ihre jetzige Lage ist sie nicht orientiert. Sie weiß nicht, daß sie verheiratet ist, meint bald in Palästina im Tempel Gottes, bald in der Schule oder im Gefängnis zu sein. Den Arzt sieht sie für einen ihr bekannten Musiker an, eine Kranke für eine Freundin. Die Erinnerung an die jüngste Vergangenheit ist nur spärlich erhalten. Sie weiß nicht, wer sie gebracht, wo sie geschlafen hat. Über ferner liegende Dinge gibt sie besser Auskunft. Weiß, daß die Schwester in Stephansfeld war. Schwer zu fixieren, erzählt gern aus ihrer Vergangenheit. Ihre Angaben beruhen zum Teil wohl auf Halluzinationen. Sie habe gesehen, wie kleine Soldaten über Bäume sprangen und mit Zipfelmützen spielten. Nonnen seien zu ihr gekommen, um sie zu vergiften. Als ihr ein Schlafmittel in Oblaten gegeben wurde, meinte sie, man habe ihr zur Bekehrung eine Hostie gegeben. Manche ihrer Sätze sind vollkommen sinnlos. „Ich habe die Tochter des Südens angefangen, weil man mich verblenden will.“ Starke motorische Unruhe, zerreißt. Ist nicht zu fixieren, schwatzt ver-worrenes Zeug, wälzt sich im Bett herum, lacht viel, singt ganze Lieder richtig. Ist sehr viel. Ist nachts unruhig. Ist jetzt örtlich orientiert. Sieht blühend aus. Ist bedeutend klarer, hat aber noch keinen Begriff von dem Ernst der Situation. Lacht über alles, gibt witzelnde, spöttische Antworten, gibt ihre Personalien richtig an, weiß, was in letzter Zeit um sie vorging. Ist meist in kindisch heiterer Stim-mung. Schweift in ihren Antworten ab. Hat Durchfälle, klagt über Schmerzen im Leib. Ist sehr wehleidig, sie habe die Schwindsucht, liege auf dem Totenbett, alle Glieder täten ihr weh. Jetzt meist in weinerlicher Stimmung. Sie wolle ent-lassen sein, sie sei kein Narr. Ist sehr wenig. Sieht blaß und müde aus. Schläft sehr viel. Klagt über Müdigkeit und Kopfweh, lacht dazwischen auf. Wird ge-bessert entlassen nach 4 Monaten.

Zweite Aufnahme nach 12¹/₂ Jahren. Ist zum zweitenmal verheiratet; die erste Ehe blieb kinderlos, in der zweiten hat sie inzwischen 5 Geburten durch-

gemacht. Die letzte vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren. Ein Kind starb. Erzählt später, sie habe sich von ihrem ersten Mann scheiden lassen, er habe sie nicht mehr gewollt, als sie aus dem Krankenhaus kam.

Vor 14 Tagen wurde die Schwester überfallen. Patientin wurde dadurch sehr erregt, lief fast jeden Tag zu jener ins Spital, sprach unaufhörlich von der Sache, schlief nicht mehr. Vor 4 Tagen wollte sie einen Pack Ware abholen, den ihre Schwester bei einem Kunden hatte liegen lassen. Der Betreffende wollte die Ware nicht herausgeben, es kam zum Streit, Patientin bekam eine Ohrfeige. Seitdem ist sie angeblich verwirrt und verstört, hat nur selten lichte Augenblicke. Spricht von Räufern, die kommen das Geld zu holen, sie zu ermorden. Ist sehr ängstlich, wollte zum Fenster hinaus. Wickelte eine Haarnadel um einen Finger und tat, als ob ihr der Finger abgeschlagen wäre wie der Schwester, versetzte sich überhaupt ganz in den Zustand der verletzten Schwester. Lief durch das Dorf und rief: „Es gibt einen Mord, die Polizei kommt.“ In der letzten Nacht konnten kaum drei Männer sie festhalten, sie mußte schließlich gebunden werden. Sie wurde in einer Zwangsjacke hierher überführt, außerdem waren ihr die Beine zusammengebunden.

Ist örtlich gut, zeitlich über Jahr und Monat orientiert. Angaben über Familie zum Teil richtig, zum Teil falsch und widersprechend. Sagt, ihre Eltern hätten sie besucht. Auf den Einwand, daß ihre Eltern tot seien, erwidert sie: „Sie kommen jedes Jahr wieder wie die Blumen.“ Weiß, daß sie schon einmal hier war und wie lange und vor wieviel Jahren. Spricht viel von religiösen Dingen, ruft Gott an, sagt: „Ich bin Gott und nehme deshalb keine Verwechslung an, ich nehme nicht an, daß man dreimal den lieben Herrgott stiehlt.“ Wird drohend, wirft mit Brot nach der Umgebung. „Alle sind Betrüger, ich will mein Geld.“ „Gott kann alles, die schlechten Menschen machen die Insekten.“ Hat eine Struma geringen Grades.

Läuft fortwährend im Saal herum, spricht in einemfort vor sich hin. Gibt an, sie sei in einem Narrenhause, will aber selbst kein Narr sein. Stimmung meist gereizt. Sie könne nicht schlafen, weil sie so viel Stimmen höre, sah auch viel böse Juden, die ihr Schlechtes nachsagten. Läßt sich nur für kurze Zeit fixieren, ist abweisend, man solle sie gehen lassen, sie sei Gott der Herr. Nimmt nur wenig flüssige Nahrung zu sich. Ist dauernd unruhig, wirft das Bettzeug durcheinander, räumt den Strohsack aus, schlägt unaufhörlich gegen die Tür mit beiden Fäusten, trampelt auch mit den Füßen dagegen. Klagt über die vielen Stimmen im Kopf, die ihr keine Ruhe lassen. Bricht mitten im Satz ab; fängt an das Lied von der Glocke zu deklamieren, schimpft gleich hinterher auf ihre vermeintlichen Verfolger, die ihr das Lied gestohlen haben. Ist ruhiger, antwortet aber ganz beziehungslos. Erbricht mehreremals, wehrt sich heftig bei der körperlichen Untersuchung. Zerreißt, schmiert, erzählt ohne Affekt von ihren Halluzinationen, sah, wie man in der Nacht ihren Vater an den Beinen in die Luft zog. Bittet weinend, man solle sie zu ihren Kindern lassen, will aus dem Kerker heraus, wurde erregt, springt und tanzt. Ruft: „Wir alle müssen sterben, seid ihr jetzt bereit mit zu sterben.“ Schimpft beständig auf die vermeintlichen Verfolger. Stimmung vorherrschend gereizt, unzufrieden. Man gebe ihr Dreck zu fressen. Zerreißt. Bessert sich, wird nach 2 Monaten entlassen.

Dritte Aufnahme nach 5 Jahren. Den Anlaß zu der neuen Erkrankung soll ein Ärger über eine Nachbarin gegeben haben. Sie wurde schlaflos, zerstörungssüchtig und vielgeschäftig; riß Papier in Fetzen, machte sich Fingerringe aus Haarnadeln, spielte mit den Fetzen und mit Bohnen, zog die Kleider verkehrt an, zeigte starken Bewegungsdrang.

Ist bei der Aufnahme sehr erregt, sagt laut auf französisch die Zahlen her und streicht bei jeder Zahl mit dem Finger über eine Atlasschleife.

Ist auf der Abteilung äußerst gewalttätig, wird aggressiv gegen die Wärterin und die Kranken, schlug und trat eine der letzteren, riß sie an den Haaren. Zerriß ihr Zeug, schüttete Essen in ihr Bett. Wird ruhiger, arbeitet. Gesichtsausdruck heiter, lebhaft. Schreibt geordneten Brief nach Hause, erkundigt sich nach dem Stand der häuslichen Verhältnisse, nach dem Ergehen der Angehörigen. Wird beurlaubt nach 2 Monaten.

Wird nach 9 Tagen in starker Erregung zurückgebracht. Ist zudringlich, stellt sich bei der Visite in den Weg. Queruliert. Beschäftigt sich nicht. Ist jetzt ruhig, gibt Antwort, ist orientiert, verlangt eintönig heim, zeigt aber wenig Interesse für die Eröffnung der Vormundschaftsklage. Ist einsichtslos. Wieder schnell ansteigende Erregung, wird drohend, gewalttätig, überfällt die Frau eines Arztes, als diese über den Hof geht. Die Stimmung ist labil, aber keineswegs heiter, vielleicht zornig oder weinerlich. Produziert eine Reihe inkohärenter Wahnideen. Sie sei verkauft, sie solle das „Urschele“ (Aschenbrödel) sein, man habe sie schwarz und weiß gemacht. Sie habe sich versündigt dadurch, daß sie zu Hause 8 Nägel auf die Uhr gelegt habe. Dabei ist die persönliche und örtliche Orientierung erhalten, auch die zeitliche nur mäßig gestört. Wird auf Wunsch des Ehemannes entlassen nach $\frac{1}{2}$ Jahr.

Die zweite Schwester ist 15 Jahre jünger als die erste.

Diagnose im ersten Fall: Motorisches Irresein, im zweiten: Motorisch - paranoides Irresein.

Fall 31. S., Eugenie. 21 Jahre alt.

Soll über einer Heiratsangelegenheit den Verstand verloren haben. Sie wurde erregt, reiste von ihrer Herrschaft weg und kam vor einigen Tagen aus Frankreich an eine Ortschaft in der Nähe der Anstalt, von wo sie heirher gebracht wurde, da sie wegen anhaltenden Schwätzens und beständiger Agitation in privaten Verhältnissen nicht gehalten werden konnte.

Wird hier ruhiger, sitzt lächelnd an der Arbeit. Ist ab und zu wieder erregter, stets heiteres Aussehen. Nachts kommen Seelen zu ihr, bitten sie um Verzeihung, weil dieselben sie hätten verführen wollen. Zur Zeit Menses. Gibt ungezogene Antworten. Jetzt wieder tobsüchtige Erregung, verwirrt, springt, schreit, „muß die Religion ändern“. Verkennt Personen. Wird ungeheilt entlassen nach $2\frac{1}{2}$ Monaten.

W. geb. S. 47 Jahre alt.

Kommt aus der Straßburger Klinik. Cousine der Patientin geisteskrank.

Vor $3\frac{1}{2}$ Monaten bemerkten die Angehörigen eine Veränderung an der Patientin. Verschenkte Gemüse, Kleider und Geld an Arme. Errichtete an der Stelle, wo zwei von ihren Kindern gestorben sind, zu Hause einen Altar, forderte die Kinder zum Beten auf, betete auch in der Nacht. Machte zu Hause eine neuntägige Andacht; die Welt sei jetzt so schlecht, sie wolle den Armen helfen. Auf der Abteilung singt sie fromme Lieder, will eine Jüdin zum Christentum bekehren. Will allen Kranken helfen. Der liebe Gott hat mit ihr gesprochen.

Örtlich und zeitlich orientiert, gibt richtige Auskunft über ihre Person. In früher Jugend habe sie die Mutter Gottes gesehen, ob das Schein oder Wirklichkeit gewesen sei, wisse sie nicht. In letzter Zeit hat sie oft den lieben Gott gesehen. Sie höre viele gute Stimmen, „und eine gute Stimme ist immer eine Stimme Gottes“. Neulich habe sie auch einen Schlag verspürt wie von der Elektrizität, und dann sei plötzlich ein Soldat erschienen, der ihr zurief, sie solle ihm folgen, das könne sie nicht verstehen. Gesteigertes Selbstgefühl, keine Krankheitseinsicht. Hört jetzt keine Stimmen mehr. Lächelt oft ohne äußere Motivierung. Wenig Schlaf. Drängt nach Hause. Merkt, daß ihre Nerven wieder kräftiger werden. Denkt mit

Schrecken daran, daß man ihr nachsage, sie sei in Stephansfeld gewesen. Wird bekümmert, zeigt gekränkte Miene, wortkarg. Jetzt wieder sehr lustig, sang und sprang im Saal umher, will nicht mit zur Kirche. In der Vorstellung nach Stimmen gefragt sagt sie: „Bitte fragen Sie nicht, was vorbei ist, ist vorbei“, sie höre jetzt keine mehr. Lacht scheinbar ganz unmotiviert auf, die Stimmen könnten den Herrn Direktor nicht interessieren, die seien ja krankhaft. Hat eine Mitkranke bewogen, sich endlich an die Arbeit zu machen. Arbeitet selbst fleißig, bekümmert sich um alles, meint, vieles sei nicht in Ordnung auf der Abteilung. Zu Zeiten wieder gereizt und rechthaberisch. Ist sehr ungehalten, daß man sie nicht entläßt. Wird beurlaubt nach $1\frac{1}{2}$ Jahren.

Zweite Aufnahme. Kommt wiederum aus der Klinik, $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Entlassung von hier. War 5 Wochen in der Klinik. Soll ausgelassener Stimmung gewesen sein, habe viel gesungen.

Jetzt gehoben, spricht mit lebhaftem Mienenspiel, renommiert etwas mit ihrer Offenheit und Ehrlichkeit. Ist gut orientiert, gibt klare Auskunft. Äußerlich ruhig und geordnet, leicht heiter, strickt emsig. Kokettes Verhalten, verliebter Blick. Bei der Vorstellung unterbricht sie häufig die Vorlesung des Journals. Das sei alles falsch. Lebhafter Rededrang. Schweift dabei leicht ab. Gesteigertes Selbstgefühl. Wird nach 5 Monaten beurlaubt.

Dritte Aufnahme nach 9 Monaten. Ging von Hause fort. Kommt am zweiten Tag selbst hierher in eine Wirtschaft in unmittelbarer Nähe. Reiseziel kann sie nicht angeben. In gewöhnlicher Kleidung ohne Kopfbedeckung. Erklärt sich bereit, die Nacht als Gast in der Anstalt zu bleiben.

Am nächsten Tage recht lebhaft, spricht viel, gerät in Konflikt, läuft in unordentlicher Kleidung und mit aufgelöstem Haar herum. Gesteigertes Selbstgefühl, selbstbewußte Haltung, ausfällige Bemerkung gegen den Arzt, er sei nicht geschick im Kopf (zeigt auf die Stirn dabei), in ihren Augen ein unreifes Bürschchen. Trägt das Haar in zwei herabhängenden Zöpfen, mischt sich in alles, hetzt, schlägt andere Kranke. Führt stets das große Wort, mokiert, hält sich auf über hohen Stehkragen und Kneifer, hält Kneifertragen für furchtbar hochmütig, duzt den Arzt, läßt sich durch vorgehaltene Gegenstände zu Äußerungen veranlassen. Grobe Sprechweise, saftige Ausdrücke. Stimmung vorwiegend gereizt mit heiterer Färbung. Reißt im Garten Sträucher aus, läuft in den Strümpfen umher. Wird wieder ruhiger, strickt emsig. Weint bisweilen. Krankheitseinsicht, drängt auf Entlassung. Beurlaubt nach 8 Monaten.

S., Marie. 47 Jahre alt.

Frühere Schulschwester. Bei der Aufnahme äußerlich geordnet. Ist jahrelang in Amerika als Lehrerin tätig gewesen. Kehrt hierher in die Heimat zurück. Habe nicht mehr in das Kloster in Texas zurückkehren können, da man sie dort nicht mehr gewollt habe. Ist dann viel in Frankreich herumgereist, um sich eine Stelle zu suchen. Ist dort in einer Irrenanstalt gelandet, von wo sie mit der Diagnose: *Délire systématisé progressif* hierher überwiesen wurde.

Macht das Kreuz über anderen Kranken, sagt, sie müsse den Teufel austreiben. Wird von den Freimauern gequält. Sieht überall gute und böse Geister. Strickt fleißig, interessiert sich für ihre Umgebung, gerät oft mit den Mitkranken in Streit, kritisiert das Verhalten der Schwestern, ist oft derb, ja gemein in ihren Ausdrücken.

Bei der Vorstellung erzählt sie ihren Lebenslauf sehr ausführlich, ungestüm beredt mit gerötetem Gesicht, lebhaften Gesten und Mienenspiel, verliert öfter den Faden, worauf sie selbst und mit denselben Worten aufmerksam macht, um sich zu besinnen und ihn wieder aufzugreifen. Äußert Beeinträchtigungsideen in bezug auf die Verwandten, sie sei nicht verrückt, nur fromm. Intelligenter Ge-

sichtsausdruck. Gesteigertes Selbstgefühl. Äußert in einer zornigen Erregung, daß sie mehr Verstand im A . . . habe als der Arzt im Kopf. Drängt in die Kirche. Keine Krankheitseinsicht.

Beobachtungszeit $\frac{1}{2}$ Jahr.

Die zweite Schwester ist 7. die dritte 10 Jahre jünger als die erste.

Daß es sich bei den drei Geschwistern um gleichartige Psychosen handelt, ist unverkennbar. Bei allen dreien spielen religiöse Halluzinationen und Ideen, bei der zweiten im ersten Anfall, eine Rolle. Trotz der kürzeren Beobachtungszeit bei der ersten kann man daher mit Sicherheit annehmen, daß es sich bei ihr um die gleiche Psychose handelt wie bei den andern. Geschwisterpsychosen bieten in zweifelhaften Fällen eine Handhabe zur Stellung der Diagnose.

Bei der zweiten Psychose wurden der Reihe nach die Diagnosen: halluzinatorische Paranoia, Dementia paranoides während des ersten, manisch-depressives Irresein während des zweiten und dritten Anfalls gestellt.

Um eine Paranoia im Kraepelinschen Sinne kann es sich nicht handeln. Für Manie im ersten Anfall spricht entschieden der plötzliche Stimmungswechsel mit Krankheitseinsicht auch für die Halluzinationen, gegen Demenz das Verständnis und das rege Interesse für ihre Umgebung und die Mitkranken. Der zweite und dritte Anfall sind typisch manisch. Die letzte Diagnose: manisch-depressives Irresein, dürfte daher wohl das Richtige getroffen haben.

Die dritte Psychose gleicht der der zweiten Schwester im ersten Anfall durchaus. Das Auftreten in der Vorstellung weist genau dieselben Züge auf wie das der Schwester im zweiten. Die Selbstüberhebung den Ärzten gegenüber findet ihre Parallele im dritten Anfall. Selbst bezüglich der Diagnosenstellung haben die Psychosen das gleiche Schicksal. Auch bei der dritten sind die Diagnosen Paranoia, dann Dementia paranoides gestellt worden. Sie gehört aber offenbar dem manisch-depressiven Irresein zu.

Diagnose im ersten Fall: Motorisch-paranoide Manie, im zweiten: Paranoide (1) motorische (2, 3) Manie, im dritten: Paranoide Manie.

Fall 32. D., Karoline. 31 Jahre alt.

Ein Bruder des Großvaters mütterlicherseits geisteskrank. Die Mutter war vor der Verheiratung gestört, hatte später viel Kopfschmerz, starb an Hirnerscheinungen. Der Vater hatte eine schlaffe, rechte Gesichtshälfte und hat getrunken. Eine Schwester leidet an Tic convulsif mit zeitweisen Schmerzen im Gebiet des linken Trigeminus.

Patientin war von Jugend auf auffallender Charakter, stolz, eigensinnig, unfolgsam, verschlossen. Zeigte Abneigung gegen den Vater, von der Mutter verhätschelt. Leidet seit Jahren an Kopfschmerz, Magenbeschwerden und schlechtem Appetit. Verschlimmerung ihres Zustandes seit 2 Jahren, angeblich infolge zerschlagener Heiratspläne. Schloß sich fast vollständig von anderen ab, sprang

durchs Fenster, ohne sich schwerer zu verletzen. Wurde immer unangenehmer gegen ihre Umgebung, zertrümmerte Geschirr, Fensterscheiben, schimpfte, schlug auf die Umgebung los, spuckte ins Essen anderer, schlief, arbeitete nicht. In den letzten 3 Wochen nahm die Erregung noch zu. Sie suchte sich ein Rasiermesser zu verschaffen, verrammelte die Tür, wurde deshalb hierher gebracht.

Ist ganz still, kleinlaut, deprimiert. Sie sei immer gequält, wolle nimmer auf der Welt sein. Blaß, im Gesicht gedunsen, ungleiche Pupillen, etwas breite Nase, ziemlich starkes Barthaar. Puls beschleunigt. Muß zum Essen genötigt werden. Sieht den Tod am Fenster, hört ihre Schwester sprechen. Unzufrieden, schimpft, lärm, schlägt Fenster ein. Wird wieder umgänglicher und freundlicher. Zeigt ordentliches, natürliches Betragen, wird entlassen nach einem Jahr.

Wiederaufnahme nach $5\frac{1}{2}$ Jahren. Lebte nach der Entlassung allein für sich, benahm sich anfangs ordentlich und verständig, wurde aber bald wieder unträglich, reizbar, zeigte Neigung zu heftigen, zornigen Aufwallungen. Unregelmäßiges Leben und Ernährung. In letzter Zeit soll sie Wein und Schnaps getrunken haben. Seit 8 Tagen stärkere Erregung, belästigt die Vorübergehenden durch Zuruf und Schreien, zerschlug Fensterscheiben und Mobiliar.

Ist verwirrt, läuft im Zimmer herum, löst Fasern von ihrem Kleide ab, hält dieselben für Vögelchen, lacht dazu. Es wechseln Erregungszustände, in welchen sie zerreißt, Fensterscheiben einschlägt, Geschirr und Essen wegwirft, aggressiv wird gegen das Personal, in den gemeinsten Ausdrücken auf die Schwestern, die Pfarrer, die Ärzte schimpft und sie verdächtigt, mit ruhigeren Zeiten, in welchen sie gelassener, zugänglicher, heiter, redselig ist. Die zornigen Erregungszustände dauern aber länger als diese Zwischenzeiten. Keine Krankheitseinsicht. Personenverkenkung. Oft sehr erotisch. Drängt nach Hause. Erregung nimmt während der Menses zu. Schreit, singt, tanzt den ganzen Tag. In ihren Erzählungen ist sie weitläufig bis verwirrt, abschweifend. Gesteigertes Selbstbewußtsein. Später ängstlich verstimmt, will nicht mehr leben, man solle ihr Gift geben oder eine Pistole, es sei ihr ernst ums Sterben. Sie habe kein Blut mehr, sei zugewachsen. Abstiniert. Sondenfütterung. Es wechseln jetzt Erregungszustände, in denen sie aggressiv, zerstörungswütig wird, der Umgebung ins Gesicht spuckt usw., mit stuporösen Depressionen, Nahrungsverweigerung, Suicidneigung, Nichtigkeitkeitsideen. Schimpft auf die Fütterung, die Brühe sei Dreck, sie bekomme lauter Steine in den Magen, der Wein sei Urin. Zur Zeit ausgesprochen manisch, klatscht in die Hände, tanzt, heiterer Stimmung. Will den Direktor heiraten. Starkes Mitteilungsbedürfnis. Rededrang. Ist in letzter Zeit stark abgemagert, muß meist mit der Sonde gefüttert werden. Jetzt 63 Jahre alt.

Beobachtungszeit im zweiten Anfall 25 Jahre.

D., Julie. 25 Jahre alt.

Mutter war nach der Verheiratung tobsüchtig. Sonstige Angaben wie bei der Schwester.

Patientin hat sich normal entwickelt. Verlobte sich vor 2—3 Wochen angeblich aus Neigung. Seit 8 Tagen ohne merkbare Ursache erregt, will große Einkäufe machen, schläft wenig, spricht viel durcheinander, läuft herum. Klagt über Schmerzen in der Herzgegend. Heitere Stimmung. Hier und da Angstanfälle. Springt in ihren Reden von einem auf das andere. Geringe Nahrungsaufnahme, schlägt Scheiben ein. Bald ruhiger, bald sehr erregt. Wird dauernd ruhig, es besteht Krankheitseinsicht, arbeitet. Scheinbarer Übergang in Genesung. Es folgt jedoch ein Umschlag. Sie empfindet Angst, Unruhe, ist gequält. Sucht sich auf jede Weise ums Leben zu bringen, mit einer Haarnadel die Augen auszusteichen. Hat Gehörshalluzinationen, schlägt Fensterscheiben ein. Öfter Herzklopfen mit Dyspnoe, frequenter Puls, sonst objektiv nichts nachzuweisen. Selbstanklagen.

Unregelmäßige Periode. Wird ruhiger. Schlaf, Nahrungsaufnahme werden besser, hat aber noch keine Krankheitseinsicht, drängt nach Hause. Arbeitet fleißig, wird einsichtiger. Genesen entlassen nach 7 Monaten.

Zweite Aufnahme nach $3\frac{1}{2}$ Monaten. War zu Hause ganz normal bis vor 14 Tagen. Fing dann an zu singen, zu schwatzen, zu schreien, tobsüchtig zu werden. Bei der Aufnahme erkennt sie das Personal wieder, ist heiter erregt, geht lustig, ohne von den Ihren Abschied zu nehmen, mit auf die Abteilung. Verkennt jetzt die Personen. Wird ruhiger. Es wechseln Depressionszustände mit leichteren maniakalischen Erregungen. Schüttet das Frühstück aus, weil Gift darin sei. Habe kein Herz mehr; wenn man sie steche, fließe kein Blut. Sie sei von Gott verlassen. Besserung. Genesen entlassen nach 7 Monaten.

Dritte Aufnahme nach 5 Jahren. Beginnt wie die zweite. Ist erotisch, reimt, alliteriert. Es kommen Intervalle, in denen sie ruhiger, einsichtiger wird. Dann folgen Depressionen. Wird beurlaubt nach 8 Monaten.

Vierte Aufnahme nach 2 Jahren 4 Monaten. Der Anfall verläuft ähnlich wie die vorigen. Maniakalische Erregung. Fühlt sich dann besser. Darauf folgen tiefe Depressionen mit Hemmung, Versündigungsideen. Entlassen nach einem Jahr.

Fünfte Aufnahme nach 3 Jahren. Verläuft wie die vorigen. Auch hier zwischen dem Umschlag Zeiten, in welchen sie ruhiger, geordnet und freier ist. Die Depression hält an. Suicidneigung. Verweigert dauernd die Nahrung. Magert stark ab. Sondenfütterung. Stirbt nach 3 Jahren.

Die zweite Schwester ist 3 Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Motorisch depressives Irresein in beiden Fällen.

Fall 33. B., Augustine. 26 Jahre alt.

Soll früher schon im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung mit Gliederschmerzen einen Erregungszustand mit kürzeren, freieren Zeiten, in welchen sie auch melancholisch war, durchgemacht haben.

Hat in den letzten Wochen beständig verkehrtes Zeug geredet, sich oft eine schlechte Person genannt, die sich schämen müsse, von Geistern gesprochen, die mit ihr verkehren.

Bei der Aufnahme große, motorische Unruhe, erotisch. In den Nächten unruhig, drängt nach Hause. Führt bei jedem Geräusch ängstlich zusammen. Personenverkennung. Gequält. Genesen entlassen nach $2\frac{1}{2}$ Monaten.

Wiedererkrankung nach $7\frac{1}{2}$ Jahren mit starkem anhaltenden Kopfschmerz. Ist seit 5 Jahren Ordensschwester. Sehr erregt, schlägt Fenster ein, aggressiv. Größenideen religiöser Art. Verfolgungs-, Vergiftungsideen. Beständig Angst, besonders im Dunkeln. Nachts schlaflos, singt Soldatenlieder. Suicidversuch. Entweicht, macht Skandal in Kirche und Dorf. Kommt nach der Irrenanstalt in Saargemünd. Ist da anfangs etwas manisch, gehobener Stimmung, zuweilen erotisch. Der Erzengel Gabriel stellt ihr den Antrag, durch Mutterwerden die Welt zu erlösen. Erzählt viel von im Kloster erlittenen Mißhandlungen und Verfolgungen. Allmählich ganz geordnet, fleißig, ruhig, jedoch anscheinend viel mit ihren Ideen beschäftigt. Scheues, sonderbares, reizbares Wesen. Wird nach hier überführt nach 5 Monaten.

Bewußtsein nicht getrübt. „Habe eigentlich Stimmen nicht gehört, sie habe sich in ihren Gedanken lebhaft beschäftigt, es sei ihr so vorgekommen, als wenn man sie fragte, sie habe so zwingende Gedanken gehabt.“ Äußerlich ruhig, klagt über schlechten Schlaf, träumt viel. Sucht stets die Hand des Arztes zu berühren. Jetzt wieder erregt. Beklagt sich über ihre früheren Kolleginnen, sie hätten sie eingesperrt, ihr zu wenig zu essen gegeben. Wieder ruhig, leicht depressiv, „hat so schwere Gedanken.“ Beschäftigt sich, schläft gut, glaubt, daß ihre Krankheit vorüber sei. Wieder erregt. Gegen die Schwestern hier aufgebracht, welche sich verbündet

haben, um die Doktoren zu hintergehen. Sie sei von einer derselben angestiftet worden, dem Arzt die Meinung zu sagen. Schreibt in einem Brief, daß sie von Freimaurern verfolgt wird. Fühlt sich beeinträchtigt von der Umgebung; die Wärterin nehme ihr die Kleider weg, man führe üble Nachrede über sie. Keine Krankheitseinsicht zurzeit. Es wechseln auch ferner Erregungszustände mit ruhigeren Zeiten. Ist mißgestimmt. Klagt über körperliche Beschwerden. Massenhafte Sensationen im Bereich der Hautnerven. Gequält, findet überall Beziehungen, wird oft recht ausfällig. Hat immer ein Tuch um den Kopf wegen Gesichtsschmerzen. Meint selbst, daß es keine Zahnschmerzen, sondern neuralgische seien. Arbeitet ziemlich ordentlich. Zurückhaltend. Äußert, ihre Krankheit sei eine „Bluterkältung“ gewesen. Schimpft wüst und gestikuliert drohend. Öfters deprimiert. Sie habe so furchtbare Angst, sie habe keine Seele und keinen Leib mehr, nach Hause dürfe sie nicht mehr schreiben, weil sie ihre Ostern nicht gemacht habe. Geht gern in die Kirche und ist dann kaum mehr wegzubringen. Wird elend. Stirbt an Lungen- und Darmtuberkulose 5 Jahre nach der letzten Aufnahme. Auch die Eltern sind an Lungenschwindsucht gestorben.

R. geb. B., Karoline. 34 Jahre alt.

Erste Erkrankung vor 7 Jahren als Patientin mit dem zweiten Kinde schwanger war. Sie warf sich damals unter die Eisenbahn. Vor 3 Jahren wegen Erregung 2 Monate in der Klinik. In den letzten Jahren eifersüchtig auf ihren Mann.

Jetzt seit 1 Woche Erregung, breitet die Arme aus, tut ganz verzückt und verklärt, spricht pathetisch. Erotisch. Verkennt die Umgebung, alle um sie herum sind Mütterle, Schwesterle, Luisle usw. Fängt mit allen sich zu unterhalten an. Wird durch alle Vorgänge abgelenkt. Sie sieht den Himmel offen durch eine Spalte am Firmament, aber innen ist nichts. Derbe, gemeine Äußerungen. Klangassoziationen. (Sind sie aus Wangen?) „Hier sind die Wangen.“ Stimmung rasch wechselnd: ängstlich, heiter, schwärmerisch, zornig. Redet ideenflüchtig alles durcheinander. Größenideen. Leicht ablenkbar. Wird etwas ruhiger. Spricht von ihren Kindern, drängt heim, hat Krankheitseinsicht. Zeigt natürliche, gesunde Interessen, schläft gut. Ist im vierten Monat schwanger. Beurlaubt nach 3 Monaten.

Wiederaufnahme nach 10 Monaten. Hat sich nach Entlassung mit ihrem Manne vertragen, nach $5\frac{1}{2}$ Monaten geboren. Seit 6 Wochen wieder sehr gegen ihren Mann eingenommen, glaubt sich von ihm verfolgt. Man konnte ihr das jüngste Kind nicht lassen, sie drückte es fast zu Tode, warf es in die Höhe und fing es wieder auf, hielt es zum Fenster hinaus. In den letzten 2 Tagen wollte sie alles zerschlagen, davonlaufen, schimpfte und schrie.

Patientin erkennt die alten Bekannten sofort wieder, verwechselt sie im nächsten Augenblick mit anderen Personen. Erotisch. Bezieht alles, was im Saal vorgeht und gesprochen wird, auf sich, redet in alles drein. Hört Stimmen, äußert sich aber nicht weiter darüber. Stimmung abwechselnd gehoben und zornig erregt. Blasser Hautfarbe, anämischer Aussehen. Ist bald wehmütig gestimmt, bald ausgelassen heiter, pfeift und singt. Hat wieder Heimweh nach den Kindern. Beurlaubt nach $\frac{1}{2}$ Jahr.

Dritte Aufnahme nach $\frac{1}{2}$ Jahr. War nach der Entlassung nur wenige Tage gut. Äußert wieder Beschuldigungen gegen ihren Mann, war mißtrauisch, wenn er nur mit einer weiblichen Person sprach. Nach 4 Monaten Verschlimmerung. Kam eine Frau in ihren Laden, so sprach sie gleich von Kuppelei und Hurerei. Die letzten Tage lief sie viel von daheim fort, zertrümmerte Mobiliar und Geschirr. Ist in gutem Ernährungszustand, sieht jünger aus.

Ausgesprochen heiterer Affekt. Völlig orientiert auch über ihre früheren Erkrankungen. Zeigt für letztere eine gewisse Einsicht. Diesmal sei sie aber nicht

krank. Verkennt Personen der Umgebung. Keine zusammenhängende Auskunft zu erhalten wegen der Ideenflucht. Klangassoziationen: „Lucien, Lucian, Lucius, Lucebock, Lucifer. — Otto, Odilie, die heilige Odilie ist Schwester auf dem Odilienberg. — Sie sei von St. Nabor vom Berge Tabor. — Ihr Mann sei krank an der Freßbank.“ Stimmungswechsel. Erotisch. Jetzt deprimierte Stimmung vorherrschend, fragt weinend nach ihren Kindern. Schlaf schlecht. Abwechselnd Erregungs- und Depressionszustände. Verfällt in tiefe Depression, dann wieder einen halben Tag manisch. Ängstlicher Gesichtsausdruck. Fragt den Arzt, ob es keine Gnade mehr für sie gebe. Wiederum einige Tage leicht manisch, dann anhaltende Depression. Selbstbeschuldigungen. Es wechseln wieder manische Erregungen mit Depressionen. Ißt wenig, geht körperlich zurück. Hat jetzt Zeiten, wo sie völlig stuporös ist und 8—14 Tage regungslos mit zusammengepreßten Lippen und geschlossenen Augen im Bett liegt. Wenn sie wach wird, ist sie meist sehr unangenehm, fängt mit den Nachbarinnen Streit an, schimpft auf Wärterinnen und Schwestern, ist oft sehr unflätig in ihren Ausdrücken. Nimmt keine Schlafmittel an oder nur vom Arzt. Gibt dem letzteren bald geordnete, sachgemäße, bald ablehnende, witzelnde Antworten. Stimmung gereizt.

Beobachtungszeit im dritten (fünftens) Anfall 6 Jahre.

B., Luise. 38 Jahre alt.

Ist Ordensschwester in einer Taubstummenanstalt.

Soll seit etwa einem Jahr krank sein und im Bett liegen. Auch vorher schon war ihr eigentümliches Wesen aufgefallen. Hat öfters Größenideen geäußert. Sie sei zu höherem geboren, von königlichem Geblüt. Einmal habe sie geäußert, sie habe eine Maus im Kopf. Patientin, welche bei dieser Mitteilung zugegen ist, fällt lebhaft ins Wort und meint lächelnd, das habe sie nur zum Spaß gesagt. Hatte Halluzinationen. Oft sei sie in einer Ecke gestanden und habe mit der einen Hand solange auf der anderen getrommelt, daß sich auf dieser eine Schwellung bemerkbar machte. Sei zuweilen sehr eigensinnig gewesen und habe Nahrung verweigert. War vor 9 Jahren in der Straßburger Nervenlinik. Sie habe damals immer fort gewollt, weit fort ohne ein bestimmtes Ziel anzugeben. Zur Zeit ist Krankheitseinsicht vorhanden. Sie habe einmal eine große „Mühe“ gehabt, und da sei ihr alles lästig geworden. Referiert bei der Visite öfter über die Vorgänge im Krankensaal während der Nacht. Ist stets zugänglich, wird lebhafter, drängt auf Entlassung. Keine Ausdauer bei der Arbeit. Verlangt alle Tage eine andere. Die meisten Bemerkungen betreffen ihren Zustand. Ist unentschlossen, planlos. Interessiert sich für ihre Umgebung, berichtet über den Zustand der Mitkranken. Ist still, gern allein, aber stets freundlich. Stets lächelndes Gesicht beim Sprechen. Packt eine Mitkranke, die zum Fenster hinausspringen will, noch rechtzeitig und hindert sie daran. Beurlaubt nach 5 Monaten.

Zweite Aufnahme nach $1\frac{1}{4}$ Jahren. Sie sei seit der Entlassung nie ganz gut gewesen, sie habe nicht gearbeitet, sich mit hochfliegenden Plänen getragen, habe sich nicht in die Hausordnung fügen können, sei öfter weggelaufen. Bei Nacht habe sie wenig geschlafen. Sie habe erzählt, daß sie Erscheinungen gehabt habe und zu etwas Besserem auserkoren sei.

Bei der Aufnahme ruhig und geordnet, gut orientiert, erkennt das Personal sofort wieder, erinnert sich an Vorgänge während des letzten Aufenthalts.

Benahmen reserviert, selbstbewußt. Will erster Klasse gepflegt sein. Glaubt, daß sie früher krank war, jetzt sei sie aber gesund. Sehr eitel. Hat viele Wünsche. Jetzt immer freundlich, verliebt lächelnd, entgegenkommend. Erkrankt an Tuberkulose.

Beobachtungszeit im zweiten Anfall 3 Monate.

Die zweite Schwester ist 5, die dritte 8 Jahre jünger als die erste.

Bei der ersten Schwester ist zuerst die Diagnose Paranoia hallucinatoria und dann Dementia praecox gestellt worden. Aber die Psychose ist wohl dem manisch-depressiven Irresein zuzurechnen. Sie gleicht der dritten unter 31 beschriebenen. Gleicher Beruf, dieselbe Diagnosenstellung, bei beiden religiöse Wahnideen, werden beide von den Freimaurem verfolgt. Ähnliches kritisches Verhalten den Schwestern gegenüber. „Scheues, sonderbares, reizbares Wesen würde auch das Verhalten der Psychose unter 31, welche noch in der Anstalt ist, treffend charakterisieren. Sie haben beide eine typisch manisch-depressive Schwester, hier die zweite. Es liegt daher nahe, die Zugehörigkeit solcher und ähnlicher Fälle zum manisch-depressiven Irresein anzunehmen.

Diagnose im ersten Fall: Motorisch paranoides Irresein, im zweiten: Motorisch depressiv-paranoides Irresein, im dritten: Paranoide Manie.

Fall 34. B. geb. S., Sophie. 29½ Jahre alt.

Hatte bereits vor 6 und vor 11 Jahren schnell vorübergehende „nervöse Anfälle“, war in der Zwischenzeit völlig frei. Hat vor 7 Wochen zum sechsten Male geboren und bis jetzt gestillt. Die Erkrankung brach plötzlich vor 3 Tagen morgens um 7 Uhr aus. Patientin setzte sich hin, schaute starr um sich und fing gleich darauf an zu toben und zu schreien. Seitdem das gleiche Verhalten. Verweigert die Nahrung. Gesicht leicht kongestioniert. Intensiver Bewegungstrieb. Reiht ununterbrochen völlig unverständliche, zusammenhanglose Worte aneinander, häufig alliterierend, reimend. Bewußtsein getrübt, nicht zu fixieren. Läuft planlos in der Zelle umher, schwatzt fast anhaltend. Verwirrter, etwas ängstlicher Gesichtsausdruck. Wird ruhiger, jammert nach ihren Kindern. Depressive Stimmung. Meint, ihre Kinder werden umgebracht. Wird klarer, bedauert ihren Mann, verlangt nach Hause. Wollte nachts aus dem Bett, weil sie ihre Kinder und ihren Mann gehört hätte. Wird genesen entlassen nach 4½ Monaten.

Zweite Aufnahme nach 4 Jahren.

War nach der Entlassung durchaus geordnet, eine tüchtige Hausfrau wie zuvor. Hat in der Zeit zweimal geboren. Hat ihr jüngstes Kind bis vor 3 Tagen gestillt. Da wurde sie plötzlich verstört und lief von Hause fort. Zurückgeholt brachte sie alles durcheinander, redete meist verwirrt. Nahrungsaufnahme und Schlaf schlecht. Bei der Überbringung hierher sang sie in einemfort.

Kongestioniertes Gesicht, gespannter Ausdruck, gebundene Haltung. Leidet an chronischer Obstipation. Verhält sich in den ersten vier Stunden ihres Hierseins ruhig, gibt zögernd aber ganz verständig Antwort; weiß, daß sie seit 5 Tagen krank ist, ist auch sonst orientiert. Erkennt die frühere Umgebung samt Personen wieder. Starres Wesen. Von Zeit zu Zeit stößt Patientin laute Schreie aus. Hört ihren Mann sprechen. Wird freier. Hat Heimweh nach demselben und ihren Kindern. Jetzt depressiv. Entlassen nach 2½ Monaten.

Dritte Aufnahme nach 3 Jahren. War wieder ganz gut. Ist in der Zeit zweimal entbunden worden. Bei der letzten Geburt erlitt sie großen Blutverlust, die Placenta mußte manuell entfernt werden. Nach 8 Tagen wurde sie wiederum tob-süchtig und verwirrt.

Ängstlich verstörter Gesichtsausdruck. Benommen. Jammert bald leise, bald laut, unzusammenhängend, reimend mit Klangassoziationen. Ist sonst ruhig dabei. Später ist sie in fortwährender Bewegung, nimmt von der Außenwelt keine Notiz. Spricht in einemfort inkohärent. Nachts laut, schreit und schlägt an die

Tür. Jammert nach ihren Kindern, erinnert sich wieder an die Geburt, sonst besteht noch Amnesie. Ängstlich gespannter Gesichtsausdruck. Amnesie für die ersten zehn Tage ihres Hierseins. Ist jetzt heiter, es besteht Krankheitsbewußtsein. Wird beurlaubt nach 4 Wochen.

Vierte Aufnahme nach 5 Jahren. War nach ihrer Entlassung völlig gesund. Ist vor 14 Tagen an Influenza erkrankt, im Anschluß daran seit 5 Tagen deliranter Zustand mit Nahrungsverweigerung und Schlaflosigkeit.

Patientin singt in monotoner Weise in einem gewissen Rhythmus unaufhörlich vor sich hin, produziert Reime, Gleichklänge, selten ein paar zusammenhängende Worte. Läßt sich durch vorgehaltene Gegenstände beeinflussen, erkennt sie, erkennt den Arzt, die Schwester, läßt sich aber nicht länger fixieren. Aufforderungen kommt sie nicht nach. Singt und gestikuliert gleichzeitig mit den Händen. Ratloser Gesichtsausdruck. Jammert: „Jesus nimm die Sünder an“. Zieht sich Haare aus. Erzählt auf Nachfrage von ihren Kindern. Unterbricht plötzlich den angefangenen Satz und fängt an zu singen: „Schifflein auf blauer Flut treiben der Heimat zu.“ Hört ihren Mann rufen, bittet, man solle ihn zu ihr lassen. Wiederholt in einemfort: „Die Großmutter ist sein, die Großmutter ist mein, die Großmutter ist klein“, läßt sich aber ablenken. Dauernd depressiv, spricht nicht, schluchzt öfter auf, hat Sehnsucht nach ihrem Gatten. Ist jetzt freier, unterhält sich mit ihrer Umgebung. Fragt, ob sie wirklich krank sei. Hat große Sehnsucht nach Mann und Kind. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. Wird beurlaubt nach 2 Monaten.

Fünfte Aufnahme nach 6 $\frac{1}{2}$ Monaten. Ist seit 2 Tagen an „akutem Delirium“ erkrankt. Soll sich bei der Pflege zweier kranker Kinder überanstrengt haben. Sie weinte ohne jede äußere Veranlassung, sprach ganz verworren vor sich hin, schlug auf ihren Mann los. Hat seit zwei Tagen nichts mehr gegessen. Menopause seit 5 Jahren.

Schlägt im Aufnahmezimmer brutal auf ihren Mann los, kann nur mit Mühe zur Abteilung gebracht werden. Ängstlich verstörter Gesichtsausdruck, lispelt leise mit monotoner Stimme vor sich hin, ist nicht zu fixieren, kommt keiner Aufforderung nach, kümmert sich um nichts. Kongestioniertes Gesicht. Handteller-große Blutextravasate auf der linken Seite des Rückens und an der linken Schulter. Rededrang. Reime. Klangassoziationen. Muß gefüttert werden. Singt den Brief von ihrem Mann vor. Gestikuliert mit den Händen. Gehobene Stimmung. Unmotivierter Stimmungswechsel, singt morgens Soldatenlieder, abends ist sie deprimiert. Ein andermal umgekehrt morgens weinerlich gestimmt, abends lustig ausgelassen. Es besteht jetzt Krankheitseinsicht, aber nur geringe Erinnerung an die Vorgänge während der Erregung. Sie wird ruhig und verständig. Glaubt im Hofe ihren Vater zu hören, der nach seinem Kind fragt. Sagt am nächsten Tag, sie habe unten eine Stimme gehört, die der ihres Vaters ähnlich war. Wird beurlaubt nach 6 Wochen.

S., Magdalena. 35 Jahre alt.

Der Vater war beschränkt. Der Bruder des Großvaters väterlicherseits litt an Geistesstörung.

Patientin war schon in zwei französischen Anstalten. Die ärztlichen Zeugnisse bezeichnen die Krankheit anfangs als melancholische Depression mit schreckhaften Halluzinationen, Verfolgungsideen, Neigung zu Suicid, Nahrungsverweigerung, Mutazismus, abwechselnde Erregung und Depression, die in einen dem Stupor nahen (voisin de la stupeur) Zustand übergeht. Vom dritten Jahr ab wird der Beginn der psychischen Schwäche datiert. Letzte Diagnose: *Débilité mentale avec délire mélancolique*.

Angewachsene Ohrläppchen. Wiederholt beim Sprechen häufig eine Silbe

mehrmals, namentlich am Anfang eines Wortes. Schlaffe energielose Haltung. Geht ohne Widerstand zu leisten mit auf die Abteilung. Zeigt für ihre neue Umgebung fast kein Interesse. Es macht keinen Eindruck auf sie, als ihr mitgeteilt wird, daß ihre beiden Schwestern im Saal sind. Die Antworten erfolgen träge und mit monotoner Stimme, sind unbestimmt und abweisend. Ist zeitlich nicht orientiert. Weiß ihr Geburtsjahr nicht, „das steht ja in den Papieren“. Leidet an Verfolgungsideen. Ihr früher blühendes Gesicht hat man mit Wasser und „Dreckseife“ fleckig gemacht. Ist mißtrauisch, arbeitet etwas. Ist sehr eitel. Hat ihre Schürze mit Spitzen garniert. Arbeitet jetzt fleißig, verhält sich ruhig, ist aber zeitweise sehr launisch, eigensinnig. Plötzlich auftretende Erregung mit Halluzinationen. Klagt mit weinerlicher Stimme, lacht und weint abwechselnd; hört zwei alte Frauen im Kopfkissen miteinander zanken. Beruhigt sich bald, ist fleißig, willig, leugnet Halluzinationen. Weint und klagt wiederum, man lasse ihr Tag und Nacht keine Ruhe, zanke beständig mit ihr, sie könne sich das gar nicht erklären. Wird haltlos, laut, aggressiv. Leidet an Vergiftungswahn. Schluchzt, weint, lacht durcheinander, ist nicht zu fixieren. Hält sich seit einiger Zeit ordentlich, schreibt völlig geordnete Briefe an die Eltern. Wird beurlaubt nach 7 Jahren.

Wiederaufnahme nach $1\frac{1}{2}$ Jahre. Hat sich zu Hause anfangs geordnet verhalten, zur Zeit der menses jedoch immer leichte Verstimmung und Erregung gezeigt. Vor 14 Tagen wurde die Erregung stärker. Ist seit mehreren Tagen ganz verstört, sprach durcheinander, wurde aggressiv gegen die kranke Mutter.

Erkennt hier die Umgebung wieder, spricht in zerfahrener Weise, die einzelnen Sätze haben keinen erkennbaren Zusammenhang. Auf Fragen gibt sie geordnete Auskunft. Wird bald ruhig, beschäftigt sich. Unterhält sich geordnet mit ihrer Schwester. Schreibt inkohärenten Brief. Ist wieder unruhiger, zerfahren, vollkommen desorientiert, verwirrt, läppisch heiter, erregt. Jetzt längere Zeit geordnet. Wird beurlaubt nach 5 Monaten.

S., Karoline. 17 Jahre alt.

War gut beanlagt. Machte im vorletzten wie im letzten Jahre Erregungen von kurzer Dauer durch; war in den Zwischenzeiten normal. Seit wenigen Tagen neue Erregung. Leuchtender Gesichtsausdruck. Schwer zu fixieren. Faßt ein Wort, der an sie gerichteten Fragen auf, spinnt an dieses anknüpfend den Faden ideenflüchtig weiter. Ist auch sexuell erregt, gebraucht gemeine Redensarten, nimmt sich aber auf Vorhaltungen zusammen. Die Erregung hält an, wenn Patientin mit anderen unruhigen Kranken zusammen ist. In der Zelle bleibt sie meist ruhig zu Bett. Gehobene Stimmung, lacht viel, freut sich über alles. Verkennt Personen. Ist jetzt vollkommen ruhig und äußerlich geordnet. Kann außer Bett sein, arbeitet fleißig. Affektwechsel; jammert über das Unglück der Schwester, kurz darauf lacht sie wieder. Jetzt in starker maniakalischer Erregung. Spricht, singt und lacht beständig. Wieder ruhig. Sieht blaß und verfallen aus. Gesichtsausdruck später wieder heiter, starke Erregung, Ideenablauf beschleunigt. Es folgt eine ruhige und dann eine erregte Periode. Ist jetzt dauernd geordnet. Wird entlassen nach $1\frac{1}{2}$ Jahre.

Wiederaufnahme nach $1\frac{1}{2}$ Jahren. Zeigte normales Verhalten bis vor 3 Tagen. Wurde plötzlich erregt; lacht, schwatzt, singt fast beständig. Verkennt Personen. Der Erregungszustand legt sich bald. Bei Eintreten der Menses wieder erregt. Läuft im Hof umher mit aufgelöstem Haar eine Feder in demselben, einen Besen in der Hand, lacht, spricht laut, jöhlt. Will im Unterrock in die Kirche. Wird ruhiger. Ist jetzt meist für sich, hesitierende, stockende Sprache. Wird nach 5 Monaten entlassen.

Dritte Aufnahme nach 6 Jahren. War in der Zeit völlig normal, immer in derselben Stellung. Mußte am Tage zuvor ihren Dienst verlassen, war erregt, heiter, sprach viel und sang, schlief nicht mehr und aß wenig.

Gerötetes Gesicht, lebhaftes Mienenspiel, glänzende Augen. In Kleidung und Haltung noch geordnet. Spricht viel. Gibt zusammenhängende Auskunft, fährt aber dann in ideenflüchtiger Weise fort. Gut orientiert. Keine Wahnideen. Gewisse Krankheitseinsicht. Schlägt „zu ihrem Vergnügen, da sie etwas zu tun haben muß,“ Scheiben ein. Wird ruhiger. Schreibt einen ganz geordneten, wenn auch sehr lebhaft gehaltenen Brief an die Eltern. Wieder erregter, schwatzt anhaltend, beschreibt jeden Fetzen Papier, mit ideenflüchtigem Gefasel. Tanzt, wird zornig und aggressiv. Entkleidet sich. Wird dauernd geordnet, einsichtig, auch zur Zeit der Menses. Wird beurlaubt nach 4 Monaten.

Vierte Aufnahme nach 9 $\frac{1}{2}$ Jahren. War seither im Dienst. Ist vor 3 Monaten wieder erkrankt. War 6 Wochen in der psychiatrischen Klinik. Wurde von da gebessert entlassen. Der Zustand besserte sich zu Hause noch weiter, so daß die Angehörigen sie für gesund hielten. Ist seit einigen Tagen wieder zunehmend erregter. Ist in heiter ausgelassener Stimmung. Spricht fortwährend, vorübergehend zu fixieren, schweift meist ab. Erkennt das Personal wieder. Folgt willig auf die Abteilung.

Örtlich und zeitlich gut orientiert, zeitweise zornig gereizt. Bleibt nicht im Bad, spritzt mit dem Wasser nach allen Seiten, zerreißt Hemd und Bettlaken, droht mit Gewalttätigkeiten, leert ihren Strohsack. Wird ruhiger, beschäftigt sich. Stimmung sehr wechselnd, bald ruhig und zufrieden, fleißig arbeitend, dann wieder sehr gereizt, laut schimpfend. Wird beurlaubt nach 4 Wochen.

Die zweite Schwester ist 3, die dritte 12 Jahre jünger als die älteste.

Bei dem angeblich der Verblödung nahen Zustände der zweiten Schwester kann es sich nur um einen durch Hemmung verursachten Stupor gehandelt haben, da sie noch 7 Jahre nach dieser Diagnosenstellung einen völlig geordneten Brief an die Eltern schreibt, sich ordentlich hält und zu Hause geordnet benimmt und da ferner nirgends von katatonen Zügen die Rede ist.

Diagnose im ersten Fall: Motorisch - depressives Verstandesirresein, im zweiten: Depressiv-paranoides Irresein, im dritten: Motorisches Irresein.

Die Fälle von manisch-depressivem Irresein zeigen gleichfalls die Tendenz, sich bezüglich der Unterarten gleichartig zu entwickeln. Eine Ausnahme hiervon macht nur der erste (29). Das ist aber gerade d. h. nicht zufällig der einzige, bei welchem bei keiner der Geschwister ein Mischfall vorliegt, ähnlich wie bei den entsprechenden Fällen von Dementia praecox. Es ist daher auch hier mit der größten Wahrscheinlichkeit zu erwarten, daß bei weiteren Anfällen die Psychosen gleichartiger werden, oder hätten werden können.

Wenn Vorster¹⁾ aus der Gleichartigkeit der Vererbung beim manisch-depressiven Irresein und der Dementia praecox den Schluß zieht, daß beide trotz der Mannigfaltigkeit der Zustandsformen als einheitliche Krankheitsformen aufzufassen sind, so wird diese Schluß-

¹⁾ l. c., S. 392.

folgerung durch die Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen vollauf bestätigt. Der Umstand, daß wenigstens in unseren Fällen kein manisch-depressives Irresein sich in einer Geschwisterpsychose mit einer Dementia praecox paart, spricht ferner dafür, daß es zwei von Grund aus verschiedene Erkrankungsformen sind; ja man könnte diese Tatsache noch schärfer formulieren und geradezu behaupten: die erbliche Disposition zum manisch-depressiven Irresein schließt die zu Dementia praecox aus und umgekehrt.

Als letzte Gruppe folgen die Geschwisterpsychosen des Rückbildungsalters. (35—40.)

Fall 35. R. geb. K., Katharina. 55 Jahre.

Vor 10—12 Jahren, also im Alter von 43—45 Jahren, geisteskrank geworden. Sie litt damals an Eifersuchtswahn und glaubte, ihr Mann halte es mit einer ganzen Reihe anderer Frauen, auch mit der Frau ihres Bruders. Der Bruder, der in derselben Weise erkrankte, hatte aber seinen Schwager nicht in Verdacht, sondern einen andern im Hause wohnenden Mann. Der Bruder erfährt es erst, nachdem er schon selbst krank ist, von seiner Frau, daß seine Schwester an der gleichen Eifersucht leide wie er.

Nach der Aufnahme stilles, teilnahmsloses Wesen, ißt schlecht, hört Stimmen, halluziniert, wurde angeblich krank durch die Sorge um ihre Kinder. Oft gereizt, ablehnend und mürrisch. Will Beschäftigung haben, zeigt aber keine Ausdauer. Oft hypochondrische Klagen. Ist ängstlich, mißtrauisch, hält sich allein, spricht nicht spontan. Äußerlich geordnet. Im ganzen orientiert. Strickt fleißig. Weiß auch jetzt nach mehr als 17 Jahren noch von ihren früheren Eifersuchtsideen, über die sie sich aber nur ungern äußert, die sie aber immer noch für berechtigt hält: „Wo keine Eifersucht ist, ist auch keine Liebe“. Macht einen zurückhaltenden aber keinen verblödeten Eindruck. Hat auch jetzt noch ab und zu Depressionszustände, in welchen sie unwillkürlich weinen muß. Wird um so zugänglicher, je mehr Zutrauen sie gewinnt.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

K., Georg. 44 Jahre.

Keine Heredität. Patient erkrankt plötzlich aus voller Gesundheit heraus. Wirft seiner Frau Untreue vor, ging morgens ungern in den Dienst, erschien ständig deprimiert. Will seine Frau ermorden und sich selbst das Leben nehmen. Versucht sich zu erhängen, zum Fenster hinaus zu stürzen. Deshalb Aufnahme in die Klinik. Hält an seinen Wahnideen fest; dissimuliert sie jedoch, um entlassen zu werden. Alkoholmißbrauch von seiner Frau negiert. Wird als allgemeingefährlich nach der Anstalt verbracht. Auch hier dissimuliert er sein Wahnideen und gibt Potus zu. Dieser wird auch von seiner Tochter negiert, der gegenüber er äußert, daß er durch dies Zugeständnis am ehesten loszukommen hoffe, um sich an seiner Frau zu rächen. Gibt an, früher Halluzinationen gehabt zu haben, gibt seiner Tochter gegenüber zu, daß er solche auch jetzt noch habe. Seine Frau und sein Rivale erscheinen ihm in der Nacht und lachen ihn aus. Patient ist besonnen, orientiert, geordnet, arbeitet im Garten, wird mit der Zeit ruhiger aber auch zurückhaltender. Hält an seinen Wahnideen fest, macht aber keine spontanen Äußerungen darüber mehr. Stirbt an Lungentuberkose 4 $\frac{1}{2}$ Jahre nach der Aufnahme.

Die Schwester ist 7 Jahre älter als der Bruder.

Die Psychosen verlaufen fast genau in derselben Weise. Sie beginnen beide in demselben Lebensalter mit derselben Wahnidee. Da

der Bruder erst nachdem er selbst schon krank ist, von dem Eifersuchtswahn seiner Schwester hört und auch eine andere Person verdächtigt als sie, ist ein induziertes Irresein nicht anzunehmen. Bei beiden treten die Wahnideen mit der Zeit mehr in den Hintergrund, werden aber dennoch unerschütterlich festgehalten.

Diagnose: Paranoides Spätirresein. (Praeseniler Beeinträchtigungswahn.)

Fall 36. D., Dorothea. 56 Jahre alt.

Der Vater war als Siebziger drei Jahre lang hier in der Anstalt.

Patientin ist seit ihrer ersten Menstruation im vierzehnten Lebensjahre nervenkrank. Anfangs hatte sie immer Beschwerden während der Periode, später, und zwar seit ihrem dreißigsten Lebensjahre etwa, auch in der übrigen Zeit. War deshalb damals 3 Monate in einem Krankenhause, vier Jahre später 4 Monate in einer Wasserheilanstalt. Sie ist seit zwei Jahren nicht mehr fähig zu arbeiten, meist zu Bett. Hat Krämpfe ohne Bewußtseinsverlust, Schmerzen im Kopf und in der Herzgegend. Seit 8—9 Monaten leidet sie an Schwermut und hat Suicidideen. War mehrfach in der Straßburger Nervenklinik. Appetit mäßig. Schlaf nur bei Anwendung von Schlafmitteln. Sie wohnte mit ihrer Schwester zusammen und verlangte selbst in die Anstalt, da diese die Pflege nicht mehr durchführen konnte.

Leidender Gesichtsausdruck, müde Stimme, verhält sich ruhig. Klagt, sie sei nervös geboren und seit ihrem 15. Jahre in Behandlung von Ärzten. Während der Periode hatte sie heftige Krämpfe, 12—14 Stunden lang, mußte sich erbrechen. Hatte früher einseitigen Kopfschmerz, seit 2 Jahren sei er überall, so daß sie es nicht mehr aushalten könne. Klagt über Aufstoßen und Gähnen.

Von Zeit zu Zeit schreit Patientin auf, aber ohne daß vorher etwas Krampfartiges an ihr zu bemerken wäre. Sie sagt: „Jetzt geht das Herz zu, ich bekomme keinen Atem, dann geht es wieder auf und stößt einen Schrei aus.“ Sie bekommt Angst dabei und meint, sie müsse sich das Leben nehmen. Später hat sie nur noch „stille Krämpfe, das Herz schreit nicht mehr“.

Finden sehr wechselnd; hat Tage, an denen sie sich ganz wohl fühlt, um dann wieder plötzlich von ihren trüben Gedanken, den Kopfschmerzen und allen ihren unangenehmen Sensationen befallen zu werden. Später wieder fühlt sie sich stets müde und matt, steht nur ab und zu einmal einige Stunden auf, ist stets depressiv gestimmt, äußerlich aber ruhig und geordnet. Es folgen Zeiten, in denen sie sich sehr wohl fühlt, keine Sensationen hat und glaubt, noch einmal ganz gesund zu werden. Liegt jetzt meist zu Bett, ist mürrisch, gereizt, unzufrieden, hoffnungslos in bezug auf Besserung. Bedarf dauernd Schlafmittel, leidet wieder an „Herzkrämpfen“. Erkrankt an Bronchitis und Pleuritis sicca und geht an Herzschwäche zugrunde.

Beobachtungszeit 4 Jahre.

D., Barbara. 52 Jahre alt.

Patientin bleibt, nachdem sie ihre Schwester besucht hat, aus freien Stücken in der Anstalt. Hält sich ruhig und geordnet. Will immer gesund gewesen sein, wurde aber angegriffen durch die lange Pflege ihrer seit 2 Jahren arbeitsunfähigen Schwester. Auch führten die Leute üble Nachrede über sie, sprachen immer davon, daß ihre Schwester toll sei. Seit 3 Wochen hat sie alle möglichen Beschwerden: Heftiges Kopfweh, die Zunge hängt im Gaumen fest, brennt furchtbar, ebenso brennt es im Leibe, es kommt die Brust herauf bis in den Hals hinein, der Rücken, die Beine sind ebenfalls schmerzhaft. Die Kranke zeigt völlig schlaffes, affektloses Wesen, bringt fortwährend neue Klagen vor, sobald sie nach irgend einem

Übel gefragt wird. Patellarsehnenreflex gesteigert. Beiderseits Fußklonus. Besserung. Entlassen nach 6 Wochen.

Zweite Aufnahme nach 2 Monaten. Zu Hause stellten sich die alten Beschwerden sofort wieder ein. Seit 3 Wochen wurden sie unerträglich. Fühlt sich hier am ersten Tage schon so wohl wie seit Wochen nicht mehr. Leichte Hyperästhesie für Nadelstiche am ganzen Körper. Stimmung sehr labil, bald lustig bald deprimiert. Wird entlassen nach 3 Monaten.

Dritte Aufnahme nach einem Monat. Begann 8 Tage nach der Entlassung schon wieder zu weinen und zu jammern. Die Erregung nahm zu, sie wälzte sich am Boden. War auch zeitweise ängstlich, hatte tagelang heftiges Zittern und machte sich Sorgen wegen des Vermögens. Der Bruder schüttete angeblich seinen ganzen Zorn über die beiden kranken Schwestern aus, daß sie der Familie solche Schande machten und in Stephansfeld seien. Sie konnte kein Messer mehr sehen aus Angst, daß sie doch einmal nicht widerstände und sich ein Leid antäte. Schlafen konnte sie gar nicht mehr. Das Bromsalz, das sie in der Apotheke holte, wirkte nicht wie das hier. Patientin wird durch ihre Erzählung sichtlich erleichtert, ist froh, daß sie wieder hier ist.

Lobt schon nach einigen Tagen Schlaf und Appetit, klagt aber noch über Schmerzen und Brennen im Kopfe, in der Zunge und im Halse. Ist äußerst labiler Gemütslage. Kommt durch Kleinigkeiten aus dem Gleichgewicht. Ist jetzt zufrieden und heiter. Klagt später wieder über leichtere körperliche Beschwerden, bleibt darum längere Zeit im Bett. Wenn es ihr Zustand erlaubt, ist sie hilfreich bei der Pflege ihrer Schwester. Geht gern ihre eigenen Wege. Wird besonders durch Besuch und Briefe der wenig einsichtigen Angehörigen leicht aus dem Gleichgewicht gebracht, ist dabei doch stets freundlich und fleißig. Macht einen mehrere Wochen dauernden Zustand von allgemeiner Abgeschlagenheit, Müdigkeit, depressiver Verstimmung durch. Ist jetzt wieder wie vorher lebhaft, fleißig, nur leicht ängstlich und erregbar. Wird beurlaubt, kommt aber schon nach 14 Tagen zurück. Man habe ihr das Leben so sauer gemacht, daß sie es nicht mehr aushalten konnte. Ihr Zustand ist denselben Schwankungen unterworfen wie früher. Klagt über „Totenfinger“. Weint oft bitterlich. Wird zum zweitenmal beurlaubt. Kehrt nach 4 Wochen freiwillig zurück. Gleiches Verhalten wie vorher. Klagt über Druck im Kopf und Schmerzen in den Augen beim Nähen, hilft daher im Haushalt mit. Ist außerordentlich empfindlich gegen den leisesten Tadel, weint dann oft tagelang.

Krankheitsdauer seit der ersten Anstaltsbehandlung 7 Jahre.

Die zweite Schwester ist 5 Jahre jünger als die erste.

Die erste Schwester ist von Haus aus schwer degenerativ veranlagt und nervenkrank seit früher Jugend. Die eigentliche Psychose setzt jedoch erst in den 50er Jahren ein, als sie zum ersten Mal in die Nervenklinik kommt. Die Psychose ihrer vorher gesunden Schwester beginnt im gleichen Lebensalter.

Diagnose: Spätmelancholie in beiden Fällen.

Fall 37. E., Marie. 52 Jahre alt.

Soll stets gesund gewesen sein bis etwa vor 4 Wochen. Leidet an Schlaflosigkeit, hört nachts Glocken läuten, hat „Eingebungen“, läuft nachts im Hause umher, nimmt nicht genügend Nahrung zu sich.

Gibt an, daß sie Angst habe, spricht sehr viel, aber unzusammenhängend. Bewußtsein der Störung der Denkfähigkeit vorhanden. Schließt beim Sprechen die Augen. Wird nachts plötzlich erregt, lief an die Betten der Mitkranken, schrie

mit überlauter Stimme. Gespannter Gesichtsausdruck. Verbigeriert: „Tote zum Leben erweckt“. Hält den Finger fest auf den Mund gepreßt. Läßt alle Fragen unbeantwortet, kommt keiner Aufforderung nach. Wehrt sich bei der Untersuchung. Wiederholt stundenlang: „Salzsäule“, „die Karre ist geblitzt“, „es werde Licht“. Liegt an der Erde, schlägt anhaltend mit dem Kopf auf den Boden. „Was wollt ihr für den Kopf, den Kopf kann ich nicht geben“. Unrein. Zerreißt Leintücher und Matratze. Spricht fortwährend zusammenhanglose Sätze, bald deutsch, bald französisch. Zerraut sich die Haare. Läppische Ausgelassenheit. Reiht sinnlos zum Teil sich reimende Worte aneinander: „Still, still, still, wer Gott recht erkennen will. Halli, hallo die Peitsche knallt (macht dazu die Geste des Peitschenknallens). Allez-vous-en maintenant“. Echopraxie. Will heim „die Nacht noch“. Schmiert mit Urin und Essen. Leert den Stroh sack und füllt ihn wieder. Vorübergehend einige Stunden klar, spricht von ihrer Krankheit. In vereinzelt Augenblicken zeigt sie leicht depressive Stimmung: „Ich bin nicht brav gewesen, verzeihen Sie mir“. Heitere Stimmung. Zu einer Beschäftigung wegen ihrer Albernheit nicht zu bringen. Wird ruhig und geordnet, arbeitet. Wird wieder läppisch, nicht zur Arbeit zu gebrauchen. Wäscht sich im Spülwasser Hände und Gesicht. Ist jetzt wochenlang ruhiger, beschäftigt sich im Haushalt und mit Nähen. Kommt in Familienpflege nach 4 Jahren.

M. geb. E., Katharina. 49 Jahre alt.

Ist krank seit 5 Tagen, angeblich im Anschluß an einen Besuch bei ihrer kranken Schwester. Sprach nicht mehr, schlief nicht. Arbeitete jedoch. Sagte, sie hätte nichts mehr, käme um alles. Die Angehörigen seien alle tot. Hörte Stimmen von der Decke, zog sich 5 Röcke an. Gelegentlich Selbstvorwürfe. Keine Suicidideen. Zeitlich und örtlich nicht genügend orientiert. Krankheitsgefühl. Gibt mit flüsternder Stimme Auskunft. Sitzt unbeweglich auf ihrem Platz.

Angewachsene Ohr läppchen. Nasolabialfalte bei mimischen Bewegungen, rechts ausgeprägter als links. Lebhaftes Kniephänomene. Schlägt beständig auf die Bettdecke, strampelt mit den Füßen, streckt die Beine hoch. „Es wird geschossen.“ Schreit nachts laut. Jetzt mutazistisch. Schlag der Schwester plötzlich ohne jede Veranlassung ins Gesicht. Spricht anfallsweise mit Flüsterstimme. Stößt singend unartikulierte Laute aus: „Bö-dö, çi-ça, ä-öb“. Grimassiert stark. Muß mit der Sonde gefüttert werden. Rutscht auf dem Rücken liegend auf dem Boden herum, stiert vor sich hin, macht sich steif, befolgt keine Aufforderung. Zieht sich nackt aus, trommelt stundenlang mit Händen und Füßen auf dem Boden, zerreißt die Kleider. Unrein. Dann Umschlag zum Bessern, ist klar, über die Umgebung orientiert, schreibt geordneten Brief nach Hause. Begehrt kleinlaut ihre Entlassung. Entlassen nach 3 Wochen.

E., Rosine. 41 Jahre alt.

Erkrankte vor 2 Wochen „infolge“ von Handel mit Verwandten einer Frau, die sie pflegte. Ist ängstlich, unruhig, redet verkehrt, meint es brenne, man komme um sie zu holen. Will nicht essen. Keine Selbstmordäußerungen.

Gibt keine einzige verständige Antwort, sagt, sie sei die Hexe und 100, 20 000 Jahre alt. Blickt stier um sich, fängt auf einmal im Bette zu hupsen an, macht dann stereotype Bewegungen mit dem Kopf, schlägt sich andauernd ohne Kraft mit den Händen ins Gesicht, bekommt starke Schüttelkrämpfe am ganzen Körper. Dabei zuweilen stumpfes Lächeln, unartikulierte Laute. Andeutung von Katalepsie. Schlaffes, stumpfes Verhalten. Steht untätig umher, spricht kaum einen Ton, weder spontan noch auf Anrede. Steife Haltung. Unrein. Schlägt in der Nacht eine neben ihr liegende Kranke mit dem Schuh ins Gesicht. Schlägt plötzlich ohne jede Veranlassung eine Fensterscheibe ein. Verhält sich jetzt ruhig,

arbeitet fleißig. Nach einer Verlegung meint sie, es sei zu herrisch auf der neuen Abteilung, möchte es lieber einfacher haben. Heiter erregt. Äußerst schwach-sinniges, albernes Gebaren. Lacht ohne Grund, ziert sich. Keine Krankheits-einsicht. Kann sich der einzelnen Vorkommnisse während der Krankheit nicht erinnern. Wird beurlaubt nach $3\frac{1}{2}$ Monaten.

Die zweite Schwester ist 2, die dritte Schwester 7 Jahre jünger als die älteste.

Es sind 3 Spätdemenzen katatoner Färbung.

Fall 38. R. geb. H., Katharina. 55 Jahre alt.

Kommt aus dem Bürgerspital Mülhausen.

Hat viermal geboren in Intervallen von mehreren Jahren. Sie konnte alle Kinder, ohne Schaden zu nehmen, stillen. Die jetzige Krankheit begann vor einem Jahr. Patientin behauptet, man habe ihr nachgesagt, sie habe Eier und Kleider gestohlen. An ihrer Erkrankung soll der Kummer wegen der Geisteskrankheit ihrer Schwester schuld sein. Vor ca. 6 Wochen trat eine Verschlimmerung auf. Psychische Depressionen, später Erregung, Halluzinationen, Schlaflosigkeit, religiöse Exaltation, Angstzustände. In der Nacht ist die Erregung meist heftiger, sie sieht Geister, betet laut, schreit, hat Angst. Tagsüber ruhiger. Zeitweise Nahrungsverweigerung.

Große harte Struma, Thorax rachitisch verbildet.

Liegt hier zu Bett, spricht nicht, zeigt keine Spontaneität, beständig mit dem Rosenkranz beschäftigt, betet halblaut, verlangt ihre Entlassung. Zeitlich und örtlich orientiert. Hat kein Verlangen, ihre geistesranke Schwester zu sehen. Stimmenhören wird in Abrede gestellt. Hält sich nicht für krank.

Äußerlich geordnetes Verhalten, nachts oft außer Bett, stört durch halblautes Sprechen, ist immer am Beten. Queruliert wegen Entlassung, beschäftigt sich im Bett mit Stricken. Wird entlassen nach 3 Monaten.

W. geb. H., Rosalie. 48 Jahre alt.

Kommt aus der Straßburger Psychiatrischen Klinik. Nach Angabe einer Nachbarin soll Patientin schon einige Zeit vor der Einlieferung dorthin ihrer Umgebung sehr bedrohlich geworden sein, weil sie glaubte, man schädige sie, man verfolge sie, man wolle ihre Kinder schlagen. Sie verrammelte nachts ihre Wohnung, sprang zum Fenster hinaus, weil sie glaubte, man sei hinter ihr her, wollte fortlaufen.

Bei der Einlieferung äußert sie allerlei Verfolgungsideen, ist orientiert, depressiv, halluziniert nicht, versteht Fragen, gibt aber nur selten und sehr unwillig Antwort. Behauptet, zwei im Saal befindliche Kranke seien ihre Kinder, wurde gewalttätig, wenn man sich denselben zu irgendwelchen Dienstleistungen näherte. Sie warf in der Klinik eine Kranke zu Boden, so daß sie eine schwere Verletzung der rechten Schulter davontrug.

Liegt hier ruhig zu Bett, hat den Kopf fest in die Kissen hineingebohrt, wendet sich auf Anrede vom Arzt ab, auch sonst abweisend, antwortet auf alle Fragen: „Weiß nicht, weiß gar nichts“. Bejaht jedoch, Angst zu haben, gibt auch zu, Stimmen zu hören, präzisiert nicht näher.

Bei dem Versuche, eine körperliche Untersuchung vorzunehmen, zieht Patientin die Decken über den Kopf, tritt, schlägt auf den Arzt los.

Liegt zu Bett, hat stets die Decken über die Ohren gezogen, reagiert auf keine Anrede, kommt keiner Aufforderung nach, schlägt plötzlich auf die in ihre Nähe Kommenden unvermutet los. Reißt einer anderen Kranken Haare aus, schlug einer zweiten ins Gesicht. Oft in läppisch heiterer Erregung, springt und tanzt herum, zum Arzt plump vertraulich, gleich hinterher abweisend. Meist lärmend, schimpft, flucht, unzugänglich, sehr unreinlich, uriniert in die Schuhe, beschmiert sich mit

Erde. Meist in katatonischer Haltung, mutazistisch, zerreißt und spuckt. Zerreißt fast jeden Tag einen Rock, erhält feste Kleider. Schimpft wüst bei Anrede, schlägt, wirft mit dem Löffel; immer für sich. Schlägt einer anderen Kranken heftig mit dem Schuh auf die Stirn und bringt ihr eine blutende Wunde bei. Verfiel hinterher, wie stets nach solchen Attacken, sofort wieder in ihre stumpfe katatonische Haltung. Steht oder sitzt untätig in steifer Haltung herum, läuft weg, sowie man sie anredet, grimassiert. Hat einen großen Kropf, der noch zusehends zunimmt.

Beobachtungszeit 6 Jahre.

Die zweite Schwester ist 5 Jahre jünger als die erste.

Diagnose: Paranoide Spätdemenz im ersten Fall, paranoid-katatonische Spätdemenz im zweiten.

Fall 39. R., Philipp. 48 Jahre alt.

Ist seit einem Jahre krank. Klagt über Herzklopfen, Rückenschmerzen. Wurde nach 2 Monaten bettlägerig, hatte Angstzustände. Kam in die Psychiatrische Klinik nach Straßburg. Wurde von der Frau wieder gebessert nach Hause genommen. Nach 8—10 Tagen hatte sich jedoch sein Zustand wieder verschlimmert. Klagte über Magenbeschwerden, betrachtete sich häufig im Spiegel, äußerte, er sei paralysiert. Die Seele sei vom Körper geschieden. Hatte häufig Alpdrcken, schrie dabei laut auf. Selbstanschuldigungen. Habe sich in der Jugend ruiniert. Sei nicht aufrichtig gegen seine Frau gewesen. Suchte sich den Hals zuzuziehen. Versuchte sich im Spital, in das er zunächst verbracht wurde, mit seinem Brillenglase die Pulsader zu ffnen.

Zeigt bei der Aufnahme große Angst, weint sehr beim Abschied. Beruhigt sich auf der Abteilung bald. Fragt, ob er wieder gesund werden könne.

Rechtsseitige Leistenhernie. Orientierung örtlich und zeitlich gut. Kein Gedchtnisdefekt. Er sei seit einem Jahr nervenkrank.

Bittet bei der Visite, man solle ihn doch hier lassen. Geht häufig aus dem Bett, läuft dem Arzt händeringend nach. Zeigt große Angst. Fleht, man möge ihm nichts tun. Der Schlaf ist schlecht. Hört viele Stimmen, die ihm Schlechtigkeit vorwerfen. Bittet mit gefalteten Händen um Verzeihung. In der letzten Zeit weniger gequält, steht untertags auf. Jammert wieder mehr in derselben Weise wie früher. Jetzt freier, weniger ängstlich. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. Besserung anhaltend. Verlangt selbst nach Beschäftigung. Arbeitet meist auf dem Bureau, ist aber immer noch zaghaft und etwas ängstlich in seinem Wesen. Sieht wieder schlecht aus. Hört Stimmen, die ihm sagen, er solle nicht so viel essen, hört die Namen eines Bekannten und seiner eigenen Frau, hat daraufhin Bedenken, ob ihm letztere treu sei. Steht ganz unter dem Einfluß seiner Halluzinationen, ist gedrückt, zaghaft, spricht mit leiser Stimme. Sagt, es komme ihm alles so wunderlich vor. Macht ratlosen Eindruck, wird wieder zu Bett gelegt. Beruhigt sich bald und erhält sich bei regelmäßiger Nahrungsaufnahme auch körperlich rasch. Arbeitet wieder. Ist ruhiger, gleichmäßiger, zufrieden. Wird beurlaubt nach 1½ Jahren.

Kommt nach 4 Wochen wieder allein in die Anstalt. Hielt sich einige Zeit gut zu Hause, dann kam ein fremder Wille zwischen ihn und seine Frau. Deprimierte Stimmung. Gequält, ratlos. Weint und schluchzt, fürchtet, er werde nicht mehr lange leben. Macht den Arzt auf ein an der rechten Seite der Oberlippe befindliches kleines „Carcinom“ aufmerksam. Erkrankt fieberhaft mit Cyanose und Dyspnoe. Stirbt an Miliartuberkulose nach 6 Wochen.

Sch. geb. R., Magdalena. 41 Jahre alt.

Kommt aus der Straßburger Nervenklinik. Vater Potator, Geschwister nervös.

Patientin war von jeher nervös. Seit einem Jahr macht sie sich viel Gedanken, hat kein Interesse an der Arbeit, ein Gefühl von Leere in dem Kopfe, meint, sie werde blödsinnig werden, die Nerven seien erschlaft, sie werde gelähmt werden. Menses in letzter Zeit schwach. Stimmung beständig leicht deprimiert. Glaubt, der Mann komme ihretwegen ins Gefängnis, er sei ganz gewiß unschuldig, sie allein sei schuld. Die anderen Kranken sollen ihr vorgeworfen haben, sie habe mit einer Tasse schwarzem Kaffee ein Kind abgetrieben. Ob es nicht genug sei, daß sie das Leben im Irrenhause beschließen müsse, ob man sie noch gar ins Gefängnis sperren wolle. Man rufe ihr zu, sie sei eine Kindesmörderin. Im Laufe der nächsten Monate wurde Patientin immer stiller. „Was redet man denn wieder, ich verstehe die Welt nicht mehr.“ Schaut einen mit großen Augen an. Meist kniet oder steht sie neben dem Bett mit aufgelösten Haaren, Strümpfe läßt sie nicht an. Verweigert vorübergehend die Nahrung, sie dürfe nicht essen. Versucht den Urin zu trinken, steckt Stuhl in den Mund. Das Körpergewicht nimmt beständig ab. Steht meist an der Tür, sie solle hinausgehen. Ihrem Manne gegenüber ist sie gleichgültig.

Patientin verhält sich auch hier stumpf und teilnahmslos, zupft beständig an der Nase, den Lippen und Fingernägeln. Springt plötzlich aus dem Bett heraus, legt sich wieder ruhig hinein. Spricht ständig leise mit sich selbst. Leicht ängstlich. Äußert keine Wünsche, fragt nach nichts. Gibt auf Fragen kaum eine verständige Antwort. Fährt ständig mit den Fingern in ihrem Munde herum. Träumerisch benommenes Wesen. Zeitweise sehr störend, bleibt nicht im Bett, läuft im Saal umher. Klagt über Schmerzen in der Brust, dieselben verhindern sie am Sprechen. Völlig mutazistisch. Hat sich völlig in Decken eingehüllt, reagiert auf keine Anrede, kommt keiner Aufforderung nach. Läuft getrieben umher. Schwitzt stark. Ratlos verschüchterter Gesichtsausdruck, hält die Finger an den Lippen. Jetzt meist getrieben, will zur Tür hinaus in den Keller. Versucht aus den Abortkübeln zu trinken. Nahrungsaufnahme erfolgt meist nur gezwungen. Ist jetzt im allgemeinen ruhig, in sich versunken, willenlos. Doch treten in unregelmäßigen Perioden 1—2 Tage dauernde Erregungen auf mit triebartiger Unruhe und leichter Angst. Sie muß viel dumme Sachen hören, sie habe falsch geschworen, den Kaiserjungen getötet. Man habe ihr Frösche in den Kopf gesetzt. Sieht Schlangen an der Zimmerdecke. Besuch des Mannes und der Tochter ohne erkennbaren Eindruck auf die Patientin. Zum erstenmal seitdem sie hier ist, etwa 1½ Jahre, menstruiert. Macht gleichzeitig Erregungszustand durch. Kriecht nachts auf allen Vieren auf dem Boden herum. Geht an den Nachtstuhl und greift mit der Hand hinein. Liegt dauernd zu Bett, völlig apathisch, meist mit geschlossenen Augen ohne auf Anrede zu reagieren. Äußert zu einer Mitkranken, niemand wisse, was sie zu leiden habe. Vorübergehend immer noch triebartige Unruhe, bei der sie aus dem Bett drängt, ohne etwas zu äußern, häufig mit deutlicher Ängstlichkeit. Hat dauernd Fieber, Durchfälle. Hat im Verlaufe eines Nachmittags gehäufte epileptiforme Anfälle mit klonischen Zuckungen in sämtlichen Gliedern mit Bewußtseinsverlust. Dauer ½—1 Minute. Pupillen starr. Bis abends 9½ Uhr wurden 26 Anfälle gezählt. Kommt auch in der Zwischenzeit nicht zu sich. Die Anfälle sistieren von da ab völlig. Wird moribund. Exitus. Bei der Sektion ergibt sich allgemeine Tuberkulose auch des Gehirns. Beobachtungszeit 3½ Jahre.

Die Schwester ist 3½ Jahre jünger als der Bruder.

Diagnose im ersten Fall: Spätmelancholie; im zweiten: paranoid-katatone Spätdemenz.

Fall 40. L., Peter. 45 Jahre alt.

War immer von jähem heftigem Temperament. Seit einigen Monaten melancholisch, machte sich Sorgen darüber, daß sein Vermögen nicht ausreiche, um die

Schulden zu bezahlen. Klagte über Krämpfe in den Beinen. Machte einmal einen Erhängungsversuch. Lief in der letzten Zeit viel für sich herum, besonders nachts, kümmerte sich nicht mehr um die Frau. Das Sonnenlicht war ihm schmerzlich, hatte Kältegefühl an den Ohren, saures Aufstoßen. In der verflossenen Nacht suchte er sich die Halsschlagader zu durchschneiden.

Geht willig mit auf die Abteilung, liegt dann stuporös, apathisch, schlaff zu Bett. Ist nur mit Mühe zu einigen Angaben zu bewegen. Von dem Strangulationsversuch behauptet er nichts zu wissen. Während der Unterhaltung stöhnt er in einemfort, klagt über Schmerzen im Kopf und der ganzen linken Körperhälfte. Er habe in der letzten Zeit kaum mehr geschlafen, das Leben sei ihm verleidet, deshalb habe er es sich nehmen wollen.

Am Hals rechts über der Carotis senkrecht zu dieser eine lappige, anscheinend mit einem nicht sehr scharfen Messer aber mit ziemlicher Wucht ausgeführte ca. 5 cm lange Schnittwunde. Stirnfalten rechts weniger ausgebildet als links, rechte Nasolabialfalte verstrichen, Mund leicht nach rechts verzogen. Zunge ohne Tremor, nicht deviiert. Rechte Pupille etwas weiter als linke. Keine Anästhesie.

Hört im Hofe seinen Namen mehrmals rufen, aber er habe doch nicht gestohlen, auch seine Kleider nicht verunreinigt. Hört, daß die andern ihm allerlei Schimpfnamen zurufen. Weint leicht. Lebhafter Angstzustand, schreit auf, stöhnt fortwährend, reagiert weder auf Anrede noch auf Nadelstiche, ist jedoch nicht bewußtlos. Abends wieder ruhig, weiß angeblich nichts von dem Angstanfall. Hat immer über etwas zu klagen, ist dabei sehr verstimmt. Geht körperlich zurück. Geordnet und ruhig, aber ohne jede Initiative. Zeitweise leidet er abends an Husten mit dem Charakter des Zwangshustens. Scheues Wesen, sucht die Einsamkeit. Stimmen rufen ihm zu: „Liederlicher Ludmann“ oder „Kopf ab“. Sagt: „Da wollen sie mir doch den Kopf abnehmen, daß es fertig ist; wenn ich etwas verschuldet habe, möchte ich es wissen.“ Stellt energisch in Abrede, daß ihm das Leben verleidet sei. Steht in den Zimmerecken mit gesenktem Kopf und betrübtem Gesichtsausdruck umher. Äußert zum erstenmal nach langer Zeit spontan den Wunsch, seine Kinder zu sehen. Er will jedoch nicht schreiben, überläßt es dem Arzt. Fühlt sich von seinen Mitkranken beeinträchtigt. Nimmt von den Vorgängen in seiner Umgebung keine Notiz. Leise, zögernde Antworten. Erkrankt fieberhaft an kopiösen Entleerungen. Völlige Nahrungsverweigerung. Stirbt.

Beobachtungszeit 7 Jahre.

L., Heinrich. 47 Jahre alt.

War bereits seit etwa einem Jahr zweimal etliche Wochen in der Straßburger Nervenklinik. Leidet an Verfolgungswahn. Er wollte seine Frau, weil sie ihm das Bartmesser zum Suicid nicht geben wollte, erdrosseln und machte am Tage darauf einen Suicidversuch mit der Axt.

Kräftig gebauter, gut ernährter Mann von gesundem Äußerem. Ängstlich finsterner Gesichtsausdruck. Gedankenablauf geordnet.

Hat Angst, die Gendarmen kommen, um ihn zu verhaften. Er habe keine Ruhe mehr, könne nicht schlafen, ängstige sich, habe Weh auf der Brust. Er wollte sich das Leben nehmen, damit er weg wäre von der Welt. Leidet unter hypochondrischen Vorstellungen. Glaubte, seine Frau und Kinder lägen am Fußboden vor seinem Bett. Heftige Erregung, glaubte seine Frau und Kinder sprechen zu hören, verlangt inständig, daß sie zu ihm gelassen werden, läßt sich nicht belehren. Schreibt einen Brief, in dem die Frau verdächtigt wird. Meist sehr heftig und erregt, gequält von innerer Angst, schreit viel bei Tag und bei Nacht, verläßt das Bett, ringt vor Verzweiflung und jammernd die Hände. Ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Gedanken ist nicht festzustellen. Verbigert viel. Da-

zwischen wieder heiterer Stimmung, in der er singt. Ist eine Zeitlang ruhiger, wird dann wieder erregter, produziert alle möglichen Wahnideen. Hat Furcht vor Vergiftung. Zuweilen Versündigungsideen. Jetzt viel ruhiger, schläft nachts, stört auch am Tage nicht. Spricht sehr wenig, grübelt offenbar viel. Gesichtsausdruck noch traurig, oft ängstlich gespannt. Liegt meist ruhig zu Bett, nur wenn er angesprochen wird, gerät er in Erregung und schimpft laut schreiend über die schlechte Behandlung, die ihm und seiner Familie zuteil werde. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut. Schimpft bei der Visite in den gewöhnlichsten Ausdrücken darüber, daß man seine Frau und Kinder quäle und umbringe. Häufig verworrene Reden. Erkrankt an einem heftigen Darmkatarrh, welcher chronisch wird. Ist fast zum Skelett abgemagert. Widerstrebt jeder Behandlung, schimpft bei Annäherung des Arztes in obszöner Weise. Glaubt seine Krankheit werde durch seine Umgebung verursacht.

Beobachtungszeit 5 Jahre.

Der zweite Bruder ist 4 Jahre jünger als der erste.

Diagnose: Melancholisch - paranoides Spätirresein in beiden Fällen.

Bei den Spätdemenzen ist die Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen bezüglich der Unterarten gleichfalls eine ausgesprochene. Auch der erste Fall der Psychose 39 weist paranoide Züge auf. Hier paart sich eine Spätmelancholie mit einer paranoid-katatonen Spätdemenz, was für die innere Verwandtschaft der Rückbildungsmelancholie mit den übrigen Rückbildungspsychosen und gegen eine solche mit dem manisch-depressiven Irresein spricht.

Wir haben schon früher die Ansicht geäußert, daß die Spätdemenz der Frühdemenz näher steht. Gleichwohl halten wir sie für zwei verschiedene Krankheitsformen, da es unserer Meinung nach kein Zufall sein kann, daß in keinem unserer Fälle sich eine Spätdemenz mit einer Dementia praecox paart. Es scheint auch hier die Disposition zu der einen Erkrankung die zu der anderen auszuschließen. Den ätiologischen Unterschied beider streng wissenschaftlich festzulegen, das geht über unsere Kraft; wir möchten uns aber bildlich gesprochen dahin äußern, daß es sich bei der Dementia praecox um eine Störung der Entwicklungsvorgänge in den Entwicklungsjahren handelt, durch welche der Grund zur Psychose gelegt wird, wenn sie auch erst später zutage tritt, während die Spätdemenz umgekehrt durch zu stürmisch einsetzende Rückbildungsvorgänge bedingt sein dürfte. Ein schwach entwickeltes Herz ist in den Rückbildungsjahren weniger Gefahren ausgesetzt als ein hypertrophisches. Einen analogen Grund mag es haben, daß die Anlage zu Dementia praecox in den Rückbildungsjahren nicht mehr verhängnisvoll wird.

Daß beim manisch-depressiven Irresein das hereditäre Moment eine kausale Rolle spielt, ist allgemein anerkannt. Die ausgesprochene Gleichartigkeit der Psychosen an Früh- und Spätirresein erkrankter Geschwister spricht dafür, daß auch bei diesen Krankheitsformen Störungen endogener nicht toxischer Art vorliegen, ererbte Dispositionen,

Entwicklungshemmungen, durch welche weitere Schäden verursacht werden. Dafür spricht ferner der Umstand, daß überaus viele dieser Kranken von Haus aus degenerativ veranlagt sind, wofür sich auch in unseren Fällen Belege genug finden. Das hereditäre Moment in der Ätiologie ist das innere Band aller funktionellen Psychosen.

Von den 40 Geschwisterpsychosen sind bei 17 beide Geschlechter vertreten, bei 23 nur eins. unter letzteren bei 4 das männliche, bei 19 das weibliche. Das ist offenbar kein Zufall, und dadurch wird die Erfahrung bestätigt, daß „das weibliche Geschlecht überall etwas empfänglicher für die erbliche Übertragung von Krankheitsanlagen als das männliche“¹⁾ ist.

Bei 7 Geschwisterpsychosen sind es 3 Geschwister, die erkrankt sind. Auffallend ist dabei, daß es entweder nur Brüder (in 2 Fällen 13, 20) oder nur Schwestern sind (in 5 Fällen 28, 31, 33, 34, 37). Es scheint auch dies kein reiner Zufall, sondern der Ausdruck eines gesetzmäßigen Verhaltens zu sein. Leider finden sich nur bei dreien Angaben über Heredität (13, 20, 34). In den ersten beiden Fällen (Brüder) liegt die Heredität einmal auf seiten der Mutter, einmal auf seiten des Vaters, im letzten (Schwestern) auf seiten des Vaters, also zweimal auf der andersgeschlechtigen Seite der Aszendenz.

Bei den eingeschlechtigen, auf zwei Geschwister sich erstreckenden Psychosen findet sich das gleiche Verhalten noch ausgesprochener, nämlich in 6 Fällen (6, 9, 18, 25, 29, 36) Geisteskrankheit oder Belastung des andersgeschlechtigen Vertreters der Aszendenz und nur in 2 (30, 32) des gleichgeschlechtigen.

Es scheinen demnach bei Heredität von seiten des Vaters mehr die Töchter, bei solcher von seiten der Mutter mehr die Söhne gefährdet zu sein, was der üblichen, auch wissenschaftlich vertretenen Anschauung entspricht, daß die Töchter mehr dem Vater, die Söhne mehr der Mutter gleichen.

Wenn nun bei den gleichgeschlechtigen Geschwisterpsychosen die weiblichen überwiegen, so steht das wieder im Einklang mit der Erfahrung, daß „der Einfluß des Vaters bei der Vererbung im allgemeinen mächtiger zu wirken scheint, als derjenige der Mutter.“²⁾

Auch bei den gemischtgeschlechtigen Geschwisterpsychosen überwiegt in unseren Fällen der Einfluß des Vaters den der Mutter bei weitem.

Da die Anzahl der gemischtgeschlechtigen Geschwisterpsychosen, bei denen zuerst der männliche Vertreter erkrankt, größer ist (9) als die der eingeschlechtigen männlichen (4), so ist die Wahrscheinlichkeit, daß,

1) Kraepelin, Allgem. Teil, 8. Aufl., S. 181.

2) Kraepelin, I, c. S. 180.

wenn ein Bruder erkrankt ist, eine Schwester erkrankt, eine größere als die, daß wiederum ein Bruder erkrankt.

Bei der Erkrankung einer Schwester aber ist die Wahrscheinlichkeit, daß wiederum eine Schwester erkrankt, eine größere, da hier 19 Fällen von gleichgeschlechtigen, 8 gemischtgeschlechtige, bei denen zuerst der weibliche Vertreter erkrankt, gegenüber stehen.

In den gemischtgeschlechtigen Fällen scheinen ebensoviel männliche Vertreter (9) wie weibliche (8) zuerst zu erkranken.

Sind 2 Brüder oder 2 Schwestern erkrankt, so scheint die Wahrscheinlichkeit, daß wiederum eines der gleichgeschlechtigen Geschwister erkrankt, die größere zu sein. (s. ob.)

Aus dem vorliegenden Material geht ferner hervor, daß die jüngeren Geschwister zweimal so oft früher erkranken als die älteren, wenn wir die Fälle, in denen sie ungefähr um dieselbe Zeit krank werden, ausschalten. Die Schwere der Belastung zeigt also eine Abhängigkeit auch vom Alter der Eltern.

Bei der Heredität Geisteskranker wird man übrigens künftighin strenger als bisher die Belastung durch eigentliche Geisteskrankheiten und die anderer Art wie durch Nervenkrankheiten, Trunksucht, Suicid, Apoplexie, abnormen Charakter auseinander halten müssen, da die letztere, wie aus der Tabelle von Diem¹⁾ hervorgeht, von gar keiner Bedeutung zu sein scheint.

Selbstverständlich sind alle auf Grund des hier vorliegenden Materials behandelten oder gestreiften Fragen noch nicht spruchreif; dazu ist es ein viel zu beschränktes und unvollkommenes. Es bedarf noch einer erheblichen Vermehrung desselben, um zu einwandfreien Resultaten zu gelangen. Sollte die vorliegende Arbeit hierzu irgendwelche Anregung geben, so hätte sie ihren Zweck völlig erreicht.

¹⁾ Kraepelin, l. c. S. 179.