



V.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Halle a. S.  
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. G. Anton.)

## Die Heredität der Psychosen.

Von

Dr. Ph. Jolly,  
Assistenten der Klinik.

### Einleitung.

Ererbt ist dasjenige, was die Nachkommen von den Vorfahren durch die Keimzellen erhalten haben (Orth). Während es im strengen Sinne des Wortes keine ererbten Krankheiten gibt, so können wir doch einerseits eine Reihe von erblich übertragbaren Anomalien und Missbildungen (Sechsfingrigkeit, Kolobom) und andererseits nehmen wir in vielen Fällen eine Erbllichkeit der Krankheits-Anlage an.

Diese ererbte Krankheitsanlage kann entweder derart sein, dass zur Entwicklung einer Krankheit zu der Anlage sich noch ein exogener Faktor gesellen muss (Enge der oberen Thoraxapertur, Tuberkelbazillus), oder dass die Krankheit selbst sich ohne exogenes Moment im Laufe des Lebens ausbildet (spastische Spinalparalyse).

Während es sich bei den genannten Erscheinungen um solche handelt, die bei den Vorfahren ebenso vorhanden waren wie sie dann bei den Nachkommen festgestellt werden, gibt es ausserdem noch Faktoren, die zwar auch schon in den Keimzellen vorhanden sind, die aber auf Veränderungen beruhen, welche das Keimplasma in dem Elter durch akute oder chronische äussere Schädigungen erlitten hat, z. B. durch Alkohol oder Syphilis. So wird durch derartige Keimschädigung nicht selten Schwachsinn erzeugt.

Im gewöhnlichen Sprachgebrauch pflegt man keine genauen Unterscheidungen zu machen und alle derartigen Krankheiten als ererbt und erblich zu bezeichnen. Dies hat wohl hauptsächlich seinen Grund darin, dass es oft schwer ist, hier genau zu unterscheiden und dass vielfach

mehrere Momente zusammenwirken. Als erbliche Krankheiten werden besonders diejenigen bezeichnet, die sich aus ererbten Krankheitsanlagen im späteren Verlauf des Lebens ohne äussere Einwirkung ebenso entwickeln, wie sie bei Vorfahren vorhanden waren.

Hierher gehören auch die Geisteskrankheiten mit Ausnahme der meisten Fälle von Schwachsinn und Idiotie, die ja häufig auf Schädigung der Keimzellen oder Schädigungen des Fötus im Uterus beruhen. Natürlich kann es sich nur um einen mehr oder weniger grossen Teil der Geisteskrankheiten handeln, da besonders für die Paralyse und für die sogenannten symptomatischen Psychosen das exogene Moment evident ist.

Unter den Gründen, warum man nicht überhaupt für alle Geisteskrankheiten eine rein exogene Ursache annimmt, ist wohl zunächst das gehäufte Vorkommen von Geisteskrankheiten in manchen Familien anzuführen, das manchmal besonders auffällig wird, wenn man bei Ehegatten die beiderseitigen Familien verfolgt; man findet hier nicht selten in der einen Familie keinerlei Angaben über psychische Störungen, während mehrere Glieder der andern Familie in Irrenanstalten waren. Ferner ist sehr auffällig, dass bei den Geisteskrankheiten vielfach greifbare äussere Momente völlig fehlen, die zur Erklärung des Ausbruchs der Krankheiten dienen könnten: auch sind die besonders von den Verwandten unserer Kranken angegebenen Ursachen wie Aerger, Erkältung usw. oft so nichtig, dass sie in Wirklichkeit zur Hervorrufung einer Geisteskrankheit nicht in Betracht kommen können. Ein endemisches oder epidemisches Auftreten von Geisteskrankheit ist auch, abgesehen von den durch psychische Infektion veranlassten oder bei Infektionskrankheiten oder Vergiftungen (Ergotismus) aufgetretenen geistigen Störungen, nicht beobachtet worden. Von manchen Autoren wird allerdings für die grosse Gruppe der der Katatonie und verwandten Formen zugerechneten Psychosen (Gruppe der Schizophrenien) die Möglichkeit eines exogenen Ursprungs angenommen, doch sind dies bis jetzt nur Hypothesen und es bleibt ausserdem noch eine grosse Anzahl von Psychosen und zwar besonders der Manie-Melancholiegruppe, deren endogener Charakter kaum bestritten werden dürfte. Wenn man also annehmen kann, dass ein grösserer oder kleinerer Teil der Geisteskrankheiten oder eigentlich besser ausgedrückt der Anlagen dazu erblich ist, so ist doch die Art der Vererbung und ferner was sich denn überhaupt vererbt, noch eine unentschiedene Frage.

Bei allem muss man natürlich auch nicht vergessen, dass auch wenn es vererbte Anlagen für Psychosen gibt, es noch die Frage ist, ob nicht zum wirklichen Ausbruch der Krankheit ausserdem noch äussere Bedingungen notwendig sind, durch die vielleicht auch die Form der

Geisteskrankheit modifiziert werden könnte, oder ob die Krankheit völlig von innen heraus entsteht.

Alle diese Fragen, welche Geisteskrankheiten sich vererben, ob bei den sich vererbenden ausser der Disposition noch äussere Einflüsse nötig sind, ob die Vererbung eine gleichartige oder eine ungleichartige ist, ferner ob es sich um eine von Generation zu Generation fortschreitende Verschlechterung der nervösen Gesundheit handelt usw., können natürlich weniger durch theoretische Ueberlegungen als vor allem durch das Studium unserer Kranken ihrer Lösung näher gebracht werden.

### Methodik.

Ich habe versucht, mir durch eigene Untersuchungen eine Anschauung über die hereditären Verhältnisse bei Psychosen zu bilden. Zu diesem Zwecke habe ich mir aus allen über Geisteskranke geführten Krankengeschichten der Hallenser Psychiatrischen und Nervenlinik diejenigen herausgesucht, auf denen angegeben war, dass einer oder mehrere Blutsverwandte des betreffenden Patienten wegen einer Psychose in der Klinik gewesen war und dann auch die Krankheitsgeschichte dieser Kranken herausgesucht; mehrfach erwies sich allerdings die Angabe über die Behandlung von Verwandten in der Klinik als irrtümlich, so dass diese Fälle ausgeschieden werden mussten. In mehreren Fällen, wo ausreichende Angaben hierüber notiert waren, konnte ich dagegen auch solche Verwandte in den Kreis meiner Untersuchung ziehen, die nicht in der Klinik, sondern in einer andern Anstalt gewesen waren.

Das Auffinden derartiger verwandter Geisteskranker war mir für die letzten Jahre sehr erleichtert durch eine von dem jetzigen Chef der Klinik, Herrn Geheimrat Anton, getroffene Einrichtung, nämlich durch Anamnesenbogen, die auch bei der Familienanamnese sehr ins einzelne gehende Fragen stellen.

Im ganzen habe ich zirka hundert derartige Familien zusammengebracht. Es war natürlich mein Bestreben, ein möglichst grosses Material zusammenzustellen, schon um jede Einseitigkeit zu vermeiden. Ich schied auch nicht, wie dies in einigen derartigen Arbeiten geschehen ist, die Paralyse und andere vorwiegend exogene Geistesstörungen aus, sondern nahm alle psychischen Störungen ohne Ausnahmen mit. Leider handelt es sich bei meinem Material, wie ich hier gleich bemerken möchte, nur selten um alkoholische Geistesstörungen. Es rührt dies einerseits daher, dass dieselben in Halle nicht häufig sind, andererseits sind die anamnestischen Angaben bei Alkoholikern oft sehr ungenügend, indem dieselben vielfach durch die Polizei ohne eingehende Vorgeschichte eingeliefert werden, auch wegen ihrer Neigung zu Misshandlungen der

Angehörigen von diesen weniger besucht werden und schliesslich auch selbst nach Ablauf oder Besserung der Psychose über ihre Vorfahren nichts angeben wollen oder auch gar nicht mehr darüber befragt werden.

Um nun möglichst ausführliche Angaben über die Familienanamnese zu erhalten, und um gleichzeitig das weitere Schicksal der Patienten zu erfahren, wandte ich mich, nachdem ich mit Hilfe unserer Bureauakten die Adressen erfahren hatte und auch über die Familienmitglieder dadurch einigermaßen informiert war, mit folgendem Fragebogen teils an die Gemeindevorsteher, teils an die Ehegatten, die Eltern, die Hausärzte oder an mehrere Stellen zugleich:

1. War . . . nach der Entlassung aus der Klinik ebenso wie früher oder irgendwie verändert?
2. Ist er seitdem wieder irgendwie auffällig gewesen (etwa besonders traurig, heiter, aufgeregter oder verwirrt)? Wann? Wo und von wem behandelt?
3. Hatte er sonst eine Krankheit, wann?
4. Ist er schon gestorben, wann und an welcher Krankheit?
5. Bei den folgenden Verwandten des Patienten wird, soweit möglich, um nähere Angaben über folgende Punkte gebeten: Vorname und Zuname, Alter jetzt oder zur Zeit des Todes, tödliche Krankheit. Ferner falls zutreffend sonstige Krankheiten (Lungenleiden, Krebs, Zuckerkrankheit, Krampfanfälle, Nervenleiden, Geistesstörung), ferner Selbstmord, Neigung zum Trinken, zu unsolidem Leben, zu Traurigkeit, Aufgeregtheit. Falls in Anstalt behandelt, wann und wo?
  - Kinder des Patienten?
  - Vater des Patienten?
  - Mutter des Patienten?
  - Geschwister des Patienten und deren Kinder?
  - Brüder und Schwestern des Vaters und deren Kinder?
  - Brüder und Schwestern der Mutter und deren Kinder?
  - Vater des Vaters?
  - Mutter des Vaters?
  - Vater der Mutter?
  - Mutter der Mutter?
  - Sonstige Verwandte (Grossonkel, Urgrosseltern)?

Bitte besonders auch die Gestorbenen anführen.

Leider konnte ich nur in wenigen Fällen die Patienten selbst nachuntersuchen oder von Verwandten mündlich genaue Angaben über das weitere Ergehen der Kranken erheben; dagegen habe ich einen nicht unbedeutlichen Teil der Familienanamnesen persönlich erhoben. Ich hielt

es für besonders wichtig, auch die gesunden Familienmitglieder möglichst festzustellen, ein Punkt, der nach den neueren Erblichkeitsforschungen sehr notwendig ist, während er früher völlig versäumt wurde.

Die Fragebogen wurden mir fast alle mehr oder weniger gut ausgefüllt zurückgesandt. Im allgemeinen übertraf die Brauchbarkeit meine Erwartungen. Vielfach erfuhr ich durch die Fragebogen, wenn auch manchmal erst nach mehrfachem Rückfragen, die Personalien von andern Verwandten, die auch in Anstaltsbehandlung sind oder waren und die Zeit der Behandlung.

Von allen irgendwie in Anstaltsbehandlung gewesenen Kranken und natürlich auch von den aus der Klinik in Anstalten überführten Patienten liess ich mir die Krankengeschichten kommen, die mir von den Direktionen der Anstalten bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurden, wofür ich zu sehr grossem Dank verpflichtet bin. Ein Teil der Krankengeschichten war nicht zu erhalten, weil die Verwandten irrtümliche Angaben gemacht hatten und aus andern Gründen mehr, wodurch leider noch ein Teil der Fälle ausschied.

Man hat in den letzten Jahren viel darüber geschrieben, ob Stammbäume, Ahnentafeln, oder Sippschaftstafeln brauchbarer für Erblichkeitsforschungen seien. Für die Ahnentafeln sind Grober, Strohmayr, Kirchhoff, Hoche und andere eingetreten. Strohmayr spricht sich scharf gegen die Berücksichtigung der sogenannten Kollateralen, also Onkel, Tante, Grossonkel, Grosstante, Vetter und Base aus, da dieselben ihren Verwandten zwar Geld und sonstige materielle Güter aber nie und nimmer eine geistige oder körperliche Eigenschaft vererben könnten. Weinberg betont dem gegenüber meiner Ansicht nach mit vollem Recht, dass die Seitenverwandschaft für die Frage der Vererbung keinesfalls gleichgültig sei, man erhalte dadurch Auskunft über Anlagen, die bei den Eltern latent bleiben. Auch Rüdin ist dieser Ansicht; er hält es ebenso wie Sommer für falsch, sich einseitig auf die Ahnentafel oder die Nachkommentafel zu beschränken, wenn auch jede für bestimmte Untersuchungen vielleicht besonders geeignet sei; am besten seien Kombinationen derselben, die sich nach dem vorliegenden Fall richten.

Crzellitzer entwarf ein Schema für Sippschaftstafeln, das dadurch, dass neben der direkten Aszendenz auch die Seitenverwandten in derselben aufgeführt werden, gegenüber dem Stammbaum und der Ahnentafel für viele Fälle von Wert ist.

Bei meinen Nachforschungen habe ich mich bemüht, ohne mich an ein bestimmtes Schema zu halten, über möglichst viele Verwandte der betreffenden Geisteskranken Angaben zu erhalten; der Kreis derselben ist natürlich ein beschränkter, da die jetzt Lebenden, wenn man die

jüngste Generation, die meist aus unmündigen Kindern besteht, nicht mitrechnet, höchstens über drei Generationen Auskunft geben können, nämlich über ihre eigene, über die der Eltern und häufig auch über die der Grosseltern; auch über die Seitenverwandten reichen die Kenntnisse und zwar besonders bei der städtischen Bevölkerung nicht weit. Wie schon früher habe ich auch jetzt die Erfahrung gemacht, dass Lehrer und Geistliche sich durch genaue Kenntnisse ihrer Familiengeschichte auszeichnen; teilweise konnten dieselben mit Hilfe von Kirchenbüchern die Familien ziemlich weit zurückverfolgen. Freilich werden die Angaben, je weiter zurückgegangen wird, um so spärlicher und weniger verwertbar. Eine weitgehende Nachforschung nach einer so grossen Anzahl von Familien, etwa im Sinn der Individualstammbäume Stroh-mayer's oder der Sommer'schen Forschungen hätte ungeheure Zeit beansprucht und ist auch nur bei einzelnen Familien, wo die Verhältnisse besonders günstig liegen, also bei alteingesessenen Familien oder Fürstenhäusern möglich; ferner sind auch für die vorliegenden, klinischen Zwecke nur solche Fälle verwertbar, bei denen genaue Angaben über den Verlauf der Psychose vorliegen.

Ich habe mit Absicht nur solche Fälle verwendet, von denen ausführliche Krankengeschichten vorliegen. Nur so ist ein genaueres Eingehen auf klinische Fragen möglich. Freilich muss man dann bei der Prüfung von etwaigen Erblichkeitsregeln sich immer vor Augen halten, dass man auch diejenigen geistigen Abnormitäten nicht ausser Acht lassen darf, die nicht zur Anstaltsbehandlung führten. Durch möglichst genaue Angaben über alle einzelnen Familienmitglieder wurde versucht diesen Fehler zu vermeiden.

Natürlich hatten dem Verfahren der schriftlichen Erkundigung grosse Mängel an, die gelegentlich katamnesticer Forschungen in den letzten Jahren öfter betont wurde. Es ist aber nicht jeder in der Lage, persönlich die Kranken, wie Schmidt, in ihrer Heimat oder, wie Reiss und andere, nach Bestellung in die Klinik nachzuuntersuchen. Von den von mir in die Klinik bestellten Kranken sind nur einige wenige zur Nachuntersuchung gekommen. Für die vorliegenden Zwecke war aber auch eine persönliche Untersuchung nicht so notwendig, da ein grosser Teil der Kranken noch in Anstalten ist und meist die Angaben der Fragebögen über den jetzigen Zustand genügten, indem es sich bei den jetzt zu Hause befindlichen Personen vielfach um mehr oder weniger verblödete handelte, auch ist ein Teil gestorben.

Nach einer kurzen Uebersicht über die klassifikatorischen Bestrebungen der letzten Jahre sollen nun zunächst die Auszüge aus den Krankengeschichten mit den Angaben über das fernere Ergehen der

Patienten gebracht werden und zwar unter Vorausstellung der Familienanamnese, worauf jedesmal eine epikritische Besprechung der Familie folgt. Es war bei der Art des Materials natürlich nicht zu vermeiden, dass es sich meist um Auszüge aus fremden Krankengeschichten handelt meines Wissens ist noch keine derselben veröffentlicht. Die Krankengeschichten wurden, soweit tunlich, gekürzt, und es wurde gesucht, unnötige Wiederholungen zu vermeiden; dabei war es mein Bestreben, nur die Ausdrücke und Urteile der Krankengeschichten selbst und zwar wörtlich zu bringen, nicht etwa durch mein eigenes Urteil bei Zusammenfassungen oder sonstwie noch etwas Fremdes in dieselben hineinzutragen.

Bei der Bezeichnung der einzelnen Verwandten wurden, wie schon aus dem Fragebogen ersichtlich, keine chiffrierten oder dergleichen Benennungen gebraucht. Bei ausgedehnteren Forschungen wären natürlich besondere Bezeichnungen, wie z. B. für eine Ahnentafel die von Sommer vorgeschlagenen sehr empfehlenswert.

#### Die neueren klassifikatorischen Bestrebungen.

Vor Besprechung des eigenen Materials erscheint es angebracht, über die klassifikatorischen Bestrebungen der letzten Jahre ganz kurz eine Uebersicht zu geben, die aber nur einige Punkte hervorheben soll und keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit macht. Auf Grund der mitgeteilten Fälle soll der Versuch gemacht werden, vielleicht zur Lösung einiger Fragen einen bescheidenen Beitrag zu liefern. Es handelt sich bei dem Material der Hauptsache nach gerade um die Psychosen, die seit längerer Zeit im Vordergrund des Interesses stehen, nämlich diejenigen, die in der offiziellen Statistik unter dem Begriff der einfachen Seelenstörung zusammengefasst werden.

Nachdem auch die Melancholie des Rückbildungsalters, der im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Schulen in Deutschland von Kraepelin noch eine selbständige Stellung zuerkannt war, nach der Arbeit von Thalbitzer und besonders der von Dreyfus im manisch-depressiven Irresein Kraepelin's aufgegangen war — auf die Begründung kann hier nicht eingegangen werden —, wurde bekanntlich auch die Paranoia, soweit nicht schon der grösste Teil dieses früher so umfassenden Krankheitsbildes zur Dementia praecox Kraepelin's geschlagen worden war, von Specht aus den Affekten abgeleitet und zum manisch-depressiven Irresein gerechnet. Gegen diese Bestrebungen erhoben sich sofort begründete Einwände, so besonders von Bumke und von Hoche, welcher unter anderem erklärte, dass man mit diesem Begriff eines mechanisch-depressiven Irreseins nichts anfangen könne, da

dasselbe keine Einheit mehr sei. Zu den Kritikern der Dreyfus'schen Bestrebungen gehörte auch Urstein; dieser wandte sich ausserdem im wesentlichen gegen die Ausdehnung des manisch-depressiven Irreseins nach einer andern Seite hin, nämlich gegenüber der Katatonie oder, wenn man die Bezeichnung vorzieht, der Dementia praecox. Diese Ausdehnung war durch Hinzunahme derjenigen Fälle der Dementia praecox Kraepelin's entstanden, die zur Heilung kamen oder einen periodischen Verlauf zeigten. Man half sich dann zur Erklärung der Zustandsbilder mit der Annahme von manisch-depressiven Mischzuständen und kam naturgemäss zu der Behauptung, dass auch bei dem manisch-depressiven Irresein katatone Symptome etwas Häufiges seien. Derartige Anschauungen äusserten unter anderen Wilmanns, Zendig, Schmidt, Mitchell und Stearns.

Diese Ansichten fanden natürlich nicht allgemeinen Beifall. Forster kritisierte 1909 die ganze Lehre vom manisch-depressiven Irresein; in der auf seinen Vortrag folgenden Diskussion, in der auch Dreyfus und Urstein sprachen, erfolgte eine interessante Erörterung der gegensätzlichen Anschauungen. In demselben Jahr kam Berger, der seine Zusammenstellung der Melancholiefälle der Jenaer Klinik veröffentlichte, auf Grund seines Materials zu dem Schluss, dass zwar an der klinischen Zusammengehörigkeit der einfachen und der rezidivierenden Melancholie und des zirkulären Irreseins nicht zu zweifeln sei, dass aber die praktische Trennung dieser Gruppen durchaus gerechtfertigt sei. Ebenso trat in einer Arbeit aus der Freiburger Klinik Mugdan, der auch die Ansichten von Thalbitzer und Dreyfus, sowie die Lehre von den Mischzuständen einer kritischen Besprechung unterzog, dafür ein, wieder schärfere Unterscheidungen zu machen, und das echte zirkuläre Irresein von einfacher und periodischer Manie und Melancholie und vom alternierenden Irresein als selbständige Psychose zu trennen. Die neueste Bearbeitung des manisch-depressiven Irreseins, nämlich die Monographie von Stransky steht zwar auf dem Boden der Lehre Kraepelin's vom manisch-depressiven Irresein, hält sich aber von einer allzu grossen Ausdehnung dieser Krankheitsgruppe fern.

Der Unterschied der beiden oben erwähnten Psychosengruppen, nämlich der Manie-Melancholiegruppe und der Katatoniegruppe wurde gegenüber den vielfach vorhandenen Bestrebungen, die trennenden Unterschiede zu verwischen, mehrfach betont, so von Bumke und von Bornstein; die eine sei eine funktionelle degenerative Geistesstörung, die andere eine organische Intoxikationspsychose.

Die besprochene grosse Ausdehnung des manisch-depressiven Irreseins war, wie man z. B. aus den Jahresberichten der Münchener Klinik

ersehen kann, auf eine Zeit gefolgt, in der der Begriff der Dementia praecox immer mehr erweitert worden war. Einige Autoren fassen aber auch jetzt noch den Begriff der Dementia praecox sehr weit, so in seiner neuesten Monographie über dieses Thema Bleuler, der die schon 1908 von ihm vorgeschlagene Bezeichnung „Schizophrenie“ jetzt definitiv anwendet. Neben den sonderbaren und verschrobenen Charakteren werden von diesen Autoren, so von Gräter und Berze, auch die meisten Alkoholisten und ferner ein Teil der Psychosen des Rückbildungsalters zu der genannten Gruppe gerechnet.

Nicht uninteressant ist es, wenn man dem gegenüberhält, was Kraepelin in seinem Lehrbuch (Bd. 1, S. 537) geschrieben hatte: „Die Mehrzahl der Spätkatatonien hat mit der entsprechenden Erkrankung der früheren Jahre nur eine oberflächliche Uebereinstimmung aufzuweisen ... Ein grosser Teil der Spätkatatonien beruht auf andersartigen Krankheitsvorgängen“.

Dass die Kraepelin'sche Einteilung der Dementia praecox in Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides besonders bei Beobachtung des ganzen Lebenslaufs unserer Kranken sich oft nicht durchführen lässt, wurde mehrfach hervorgehoben. Kraepelin selbst versuchte bekanntlich durch Scheidung der Endzustände in eine Reihe von Gruppen zu besser verwertbaren Einteilungsprinzipien zu gelangen.

Cramer teilte das Jugendirresein, das ungefähr der Gruppe der Dementia praecox entspricht, in 5 Gruppen ein, die von Rizor mit einer Reihe von Krankengeschichten belegt wurden. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Stillstand der geistigen Entwicklung als vorzeitiger Abschluss der Pubertät ohne eigentliche psychotische Symptome, bei der zweiten um ausgesprochene Psychosen im Pubertätsalter unter Einschluss der Puerperalpsychosen, bei der dritten um Psychosen in mehreren Schüben, bei der vierten um Fälle mit absoluter Verblödung nach verhältnismässig kurzem Verlauf, bei der fünften um eine sich auf eine schon vorhandene Imbezillität aufplanzende Pubertätspsychosen.

Raecke, der sich besonders mit der Prognose beschäftigte, unterschied folgende 5 Hauptverlaufstypen: 1. die depressive, 2. die erregt verwirrte, 3. die stuporöse, 4. die subakut paranoide Form, 5. die Katatonie in Schüben.

Auch Pfersdorf studierte eingehender die Verlaufsarten der Dementia praecox.

Wieg-Wickenthal teilte sie ein in solche Fälle, wo die Grundstörungen nämlich primäre Willensstörungen, ein gewisser Grad von Urteilsschwäche, thymopsychische Indolenz und Verödung von vornherein auftreten, also die reinen primären Hebephrenien, die reinen Katatonien

und die Fälle von Dementia simplex, und in eine zweite Gruppe, deren Fälle unter dem Bild einer symptomatischen Psychose einsetzen, und bei denen erst in der Folge die verdächtigen Symptome der Dementia praecox sich zeigen. Die zweite Gruppe teilt er weiter ein in die depressiv-paranoide Form, die mit einem akuten Verworrenheitszustand einsetzende Form, die Psychosen mit hysteriformem Beginn, die eng gefasste Dementia paranoides und schliesslich eine Form von intermittierend verlaufender Dementia praecox, die entweder ein zirkuläres Gepräge zeigt oder in Schüben als periodische Manie oder endlich als in Schüben verlaufende Katatonie auftritt und schliesslich zu dem für Dementia praecox charakteristischen Schwachsinn führt.

Bei Besprechung unseres Materials wird auf diese verschiedenen Einteilungsversuche zurückzukommen sein.

Bei der oben erwähnten Abtrennung der geheilten Fälle Kraepelin'scher Dementia praecox von dieser kam Schmidt, der diese Kranken alle persönlich in ihrer Häuslichkeit nachuntersuchen konnte, zu dem Ergebnis, dass es sich hierbei um die mit starker Verwirrtheit einhergegangenen Fälle mit manischen und depressiven Zügen gehandelt habe. Diese quasi Wiederentdeckung der Amentia führte ihn aber nicht zur Anerkennung dieser Krankheitsform, sondern er rechnete diese Fälle, wie erwähnt, zum manisch-depressiven Irresein. Seit der Bearbeitung durch Strohmayr hatte man sich mit der Amentia, die ja bei Kraepelin und seinen Schülern praktisch kaum mehr vorkommt, nicht mehr viel beschäftigt. Im Gegensatz zu Jahrmärker war Stransky für ihre Berechtigung eingetreten, auch Wieg-Wickenthal erkennt sie an und bespricht ausführlich die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia praecox. Zuletzt war in einigen Arbeiten über Puerperalpsychosen und zwar von Anton, E. Meyer, Runge, Ph. Jolly mehr oder weniger ausführlich die Lehre von der Amentia gegenüber den gegensätzlichen Bestrebungen aufrecht erhalten worden. Im Zusammenhang mit diesen Fragen steht auch die Arbeit Bonhoeffer's über die symptomatischen Psychosen; bei diesen handelt es sich nach seiner Ansicht um typische psychische Reaktionsformen, um exogene psychische Reaktionstypen, die sich von der speziellen Form der Noxe (Infektionskrankheiten, erschöpfende somatische Krankheiten, Autointoxikationen) verhältnismässig unabhängig zeigen.

Was schliesslich die chronische Paranoia betrifft, die von ihrer früheren grossen Ausdehnung bei einigen Autoren bis auf wenige seltene Fälle zusammengeschmolzen und bei Specht überhaupt verschwunden ist, so ist aus den letzten Jahren die Arbeit von Saiz zu erwähnen;

dieser fand, dass nur ein quantitativer Unterschied zwischen der chronischen halluzinatorischen Paranoia und Dementia praecox-Fällen mit von vornherein zerfahrenen Wahnideen und Halluzinationen ohne entsprechende Reaktion bestehe. Viele Psychiater stehen wohl auf dem Standpunkt von Wieg-Wickenthal, der die Dementia paranoides sehr eng fasst, indem er sie auf die unter Aeusserung massenhafter Wahnideen wirklich schnell verblöden Kranken beschränkt und im übrigen eine davon verschiedene, nicht besonders seltene Krankheitsform, Paranoia, annimmt. Kürzlich hat Kraepelin seine jetzigen Ansichten in der Paranoiafrage, leider ohne Beigabe von Krankengeschichten, mitgeteilt. Als neue Formen unterscheidet er eine Paraphrenia systematica, eine Paraphrenia expansiva und eine Paraphrenia phantastica.

Unter Mitteilung ausführlicher Krankengeschichten schilderte zuletzt Kleist das Bild der Involutionparanoia, die auf Grund einer von ihm als hypoparanoisch bezeichneten Veranlagung etwa zwischen dem 40. und 52. Lebensjahr fast ausschliesslich bei Frauen aufträte, nicht zu Demenz führe und nach erreichtem Höhepunkt stationär bleibe.

Die Lehre von der akuten Paranoia hatte in Thomsen einen warmen Verteidiger gefunden; auch Verwirrheitszustände und Psychosen ohne wirklich systematisierte Wahnideen wurden von ihm zur akuten Paranoia gerechnet. In seiner Kritik der Thomsen'schen Arbeit kommt Kleist zu dem Ergebnis, dass dieser eine Krankheitsart „akute Paranoia“ nicht nachgewiesen habe, ausser als Zustandsbild bei Paralyse, seniler Gehirnerkrankung, Alkoholismus, Dementia praecox usw. würden akute paranoische Erkrankungen als Aeusserungen autochthon-labiler und reaktiv-labiler (Haft usw.) Konstitution beobachtet; auf die Begründung seiner, besonders auch den Begriff des manisch-depressiven Irreseins betreffenden Ausführungen kann hier nicht eingegangen werden.

Die eben erwähnten Haftpsychosen und andere Situationspsychosen fanden sich nicht, die sogenannten symptomatischen Psychosen, die ja auch noch unter den Begriff der einfachen Seelenstörung fallen würden, fanden sich nur spärlich unter unserem Material.

Um nicht zu ausführlich zu werden, musste diese kurze Uebersicht natürlich ziemlich lückenhaft bleiben und konnte deshalb auch nicht auf die von den einzelnen Autoren für ihre Ansichten gebrachten Gründe eingehen. Jedenfalls ist ersichtlich, dass es in bezug auf die Klassifikation der Psychosen besonders in Einzelheiten nur wenig allgemein anerkannte Tatsachen gibt und dass eine grosse Anzahl strittiger Punkte besteht.



### Heredität der Psychosen im Allgemeinen.

Ausser mit allgemeinen statistischen Untersuchungen über die Heredität der Psychosen, die bekanntlich je nach den Ansichten des betreffenden Autors über das, was sich vererbt sowie nach dem verarbeiteten Material sehr verschiedene Werte erzielten, beschäftigt man sich auch schon seit langer Zeit mit spezielleren Studien über die Formen unter denen sich die Geistesstörungen vererben.

Jung betonte 1864 auf Grund statistischer Untersuchungen die Neigung der Blutsverwandten, an denselben Formen der Geistesstörung zu erkranken; die Form der Seelenstörung, an welcher Vater oder Mutter litten, fand er in der Form der Seelenstörung des Sohnes und der Tochter in mehr als der Hälfte der Fälle wieder. Er teilt allerdings keine Krankheitsgeschichten mit, sodass eine kritische Nachprüfung seiner Resultate nicht möglich ist; es ist im Vornherein sicher, dass nach unseren heutigen diagnostischen Anschauungen die meisten Fälle anders bezeichnet würden, womit natürlich nicht gesagt ist, dass seine Resultate unzutreffend sind.

Morel hob die Aehnlichkeit der geistigen Störungen in ein und derselben Generation hervor; bekanntlich stellte er ausserdem ein Vererbungsgesetz der Progressivität der Erscheinungen auf, dass nämlich im Verlauf von vier Generationen die Erscheinungen sich so verschlimmern, dass in der vierten Generation Idiotie und Aussterben der Familie auftritt.

Während diese Lehre bald Widerspruch erfuhr und in ihrer Gültigkeit sehr beschränkt wurde, gewann eine andere zuerst von französischen Autoren geäusserte Anschauung, nämlich die von Polymorphismus der Vererbung bald allgemeine Verbreitung. Die Begründer dieser Anschauung Esquirol, Moreau, Morel, Legrand du Saule äusserten sich im Wesentlichen übereinstimmend dahin, dass die Geisteskrankheiten und die Nervenkrankheiten sich bei der Vererbung gegenseitig vertreten könnten; sie dehnten dies noch weiter aus, indem sie ausser den Geisteskranken, den Idioten, den Nervenkranken auch die Skrofulösen und Rachitiker als Zweige desselben Stamms bezeichneten. Während dabei von den genannten Autoren Esquirol noch anerkannte, dass erbliche Geisteskrankheit sich zu derselben Lebenszeit beim Vater und bei den Kindern entwickeln könne und dann denselben Charakter annehme, und Morel sich auch ähnlich äusserte, wobei er allerdings die progressive Vererbung für weit häufiger hielt, ging Legrande du Saule soweit zu behaupten, dass die meisten Fälle scheinbarer gleichartiger Vererbung auf Ansteckung zurückzuführen seien.

Die weite Ausdehnung des Begriffs der Heredität liess Déjérine die verschiedenen Geistesstörungen als verschiedene Stadien derselben Krankheit ansehen, die in den aufeinanderfolgenden Generationen zur Entwicklung kämen; er war der Ansicht, dass Geisteskrankheit immer eine hereditäre Affektion sei, unter welcher Form sie auch erscheine.

Am weitesten in der Annahme eines Polymorphismus in der Vererbung gingen Féré und Crocq. Nach ersterem ist für die normale Vererbung das Prinzip die Aehnlichkeit, für die pathologische Vererbung die Verschiedenheit. Die Tuberkulose, die arthritischen Krankheiten und die Neurosen seien mit den Psychosen, den Verbrechen, den Lastern und dem Genie verwandt und könnten sich in der Vererbung gegenseitig substituieren. Crocq erklärte diese „erbliche Diathese“ als einen durch die Störung der nutritiven Veränderung gekennzeichneten krankhaften Zustand. Geisteskrankheiten entwickeln sich nach ihm ausserordentlich häufig aus einer andern Form der Diathese der Aszendenz und können bei der Descendenz alle möglichen Formen der Diathese hervorrufen.

Noch ehe der Begriff der Heredität derartig erweitert worden war, dass ausser demjenigen, was wir heutzutage als hereditär und dem, was wir als durch Keimschädigung hervorgerufen ansehen, noch vieles andere dazu gerechnet wurde, waren die angeführten Ansichten lebhaft kritisiert worden. Besonders Meynert wandte sich sehr scharf dagegen und erklärte es für kritiklos, einen ganz mystischen, aller mechanischen Angriffspunkte entbehrenden Begriff der Erblichkeit in fast urteilsloser Weise zu verallgemeinern. Von vielen Autoren wurde aber und wird noch heute in bezug auf Heredität ein gewisser Polymorphismus im engeren Sinn angenommen, und zwar handelt es sich hierbei um gegenseitige erbliche Beziehungen zwischen den Nervenkrankheiten und den Geisteskrankheiten. So hob Möbius die Verwandtschaft aller Krankheiten des Nervensystems hervor, die Neurasthenie sei der Urschleim, aus dem die Formen der Hysterie, Hypochondrie, Manie usw. sich entwickeln. Auch Schüle und Krafft-Ebing betonten die nervös-psychische Transformation; Nerven-, Geistes- und Hirnkrankheiten ständen in der wechselseitigen Beziehung gegenseitigen Ersatzes und gegenseitiger Uebergangsfähigkeit in der Descendentenreihe. Aehnlich nimmt Binswanger, der ebenso wie seine Schüler von jeher ein grosses Interesse für die Fragen der Erblichkeit an den Tag legte, an, dass aus der neuropathischen Prädisposition die verschiedenartigsten Nerven- und Geisteskrankheiten sich entwickeln könnten; die Nachkommen neuropathischer und neurasthenischer Individuen trügen den Keim für die mannigfachsten Nerven- und Geisteskrankheiten in sich.

Im Jahre 1885 veröffentlichte Sioli die erste klinische Studie, welche sich eingehender, d. h. auf Grund ausführlich mitgeteilter eigener Krankengeschichten mit der Frage beschäftigte, ob sich die Psychosen gleichartig oder ungleichartig vererben. Es handelt sich bei ihm um zwanzig Familien mit direkter Heredität. Er kam zu dem Schluss, dass die Seelenstörung der Aszendenz die Tendenz habe, sich als ähnlich oder identisch auf den Deszendenten fortzupflanzen, vorausgesetzt dass die Vererbung die Hauptursache der Seelenstörung sei und die Form der Seelenstörung des Aszendenten eine möglichst einfache und reine, den typischen bekannten Formen der Seelenstörung entsprechende sei. Je atypischer die Psychose des Aszendenten sei, desto atypischer und zum Teil auch ungleichartiger sei die Psychose des Deszendenten. Bei Vergleichung seiner Fälle fand er teilweise Aehnlichkeiten des Verlaufs bis ins Kleinste. Eine gewisse Transformation der Psychosen und zwar eine gewisse Neigung zur Verschlechterung bei den Nachkommen nimmt er an, wenn beim Aszendenten eine atypische oder besonders schwerverlaufende Geistesstörung vorgelegen hat. Auf Einzelheiten wird später zurückzukommen sein.

Eine Fortsetzung der Soli'schen Arbeit bildet die Dissertation von Harbolla, der weitere fünfzehn Familien mit dreiunddreissig Erkrankungsfällen nach denselben Prinzipien bearbeitete. Auch er fand das Bild der Psychose der Deszendenten in der allergrössten Mehrzahl der Fälle den bei den Aszendenten ähnlich.

Während die beiden eben erwähnten Arbeiten sich mit den Geistesstörungen bei Eltern und Kindern befassten, war das Thema verschiedener in den folgenden Jahren erschienener Veröffentlichungen die Psychosen bei Geschwistern, Euphrat teilte die Krankengeschichten von zwei auffallend ähnlich erkrankten Zwillingen mit und reiht einige ähnliche Beobachtungen aus der Literatur an. Wenn auch unsere Diagnosen meist anders lauten würden, so ist doch die Gleichartigkeit der Psychose bei den angeführten Fällen unverkennbar. Spätere Veröffentlichungen über Zwillingpsychosen stammen wie hier gleich erwähnt sei von Herfeld, Marandon de Montyel, Bormann, A. Cullere, A. W. Wilcox, Suckhanoff und Elmiger. In allen wird die Gleichartigkeit der Krankheitsfälle hervorgehoben.

Unter den von Daraskiewicz mitgeteilten Fällen von Hebephrenie finden sich zwei ähnliche Fälle, die bei Brüdern auftraten, deren Alter um zwei Jahre differierte. Eine grössere Anzahl von Fällen brachten Brunet und Vigouroux, aber ohne Krankengeschichten; unter 14 Fällen von Geschwistern und Brüdern, die in Anstaltsbehandlung kamen, war zwölf mal die Form der Geistesstörung auffallend gleich. Pain ver-

öffentlichte 1894 neunzehn Fälle gleicher Psychose bei getrennt lebenden Geschwistern bei denen es sich also nicht um eine folie à deux handelte, und Fouques 1899 sieben Fälle von Geschwistern, bei denen die Psychose immer ungefähr im gleichen Alter ausbrach und denselben Verlauf nahm.

Dass sich ausser diesen mehr auf das Wesen der Sache eingehenden Untersuchungen viele Autoren mit statistischen Berechnungen über die Heredität bei Geisteskrankheiten beschäftigt hatten, ist bekannt. Auffallend ist, dass sich bis dahin noch niemand mit der wichtigen Frage, wie es sich denn eigentlich mit der Erblichkeit bei Geistesgesunden verhält, näher befasst hatte. Diese Lücke wurde zuerst durch eine auf Forel's Anregung von Jenny Koller 1895 verfasste Arbeit ausgefüllt. Es wurde die Heredität bei 1850 geisteskranken Aufnahmen mit der bei 370 Gesunden verglichen. Von ersteren waren 78,2% erblich belastet, von letzteren 50%, dabei fand sich bei den Kranken wesentlich häufiger Geisteskrankheit als belastendes Moment wie bei den Gesunden, bei diesen mehr Apoplexien und Nervenkrankheiten. Wichtig ist ferner das Ergebnis, dass die Geisteskranken vorwiegend direkt belastet waren, die Gesunden dagegen direkt und indirekt gleich. Die Apoplexie, die Dementia senilis und ein grosser Teil der sogenannten Nervenkrankheiten erwies sich als völlig entbehrlich in der Belastungsfrage.

Aehnlich wie die erwähnten Arbeiten von Sioli und Harbolla brachte 1901 Vorster Krankengeschichten von zwei Generationen aus 23 Familien. Auch er fand gleichartige Vererbung in weitaus der Mehrzahl der Fälle; so war von 9 Fällen von manisch-depressivem Irresein dasselbe in sieben Fällen auch bei der Deszendenz vorhanden, in acht Fällen vererbte sich Dementia praecox, in sechs Gruppen lag bei der Aszendenz Dementia senilis vor, während bei der Deszendenz Dementia praecox auftrat; er ist der Ansicht, dass letzteres auf Beziehungen zwischen frühzeitigen und späten Verblödungsprozessen hinweist. Er erwähnt ausserdem noch kurz 29 Geschwistergruppen, wovon bei 26 gleichartige und bei 3 ungleichartige Vererbung vorlag, und zwar handelte es sich um 22 Familien mit Dementia praecox und 4 mit manisch-depressivem Irresein.

Noch mehrere Autoren berichteten in den folgenden Jahren mehr oder weniger ausführlich über ähnliche Untersuchungen. Wille fand bei einer Zusammenstellung der Fälle von Psychosen bei Eltern und Kindern, die in der Anstalt St. Pirminsberg beobachtet wurden, völlige Uebereinstimmung in den Krankheitsformen der Aszendenz und Deszendenz nach Kraepelin'scher Systematik, wie er ohne nähere Einzelheiten an-



zugeben mitteilt, in etwa der Hälfte der Fälle. Affektive und intellektuelle Störungen in derselben Familie will er häufig gefunden haben.

Einige interessante Familiengruppen bespricht F. Ries. Gleichartige Krankheitsformen konnte er in einer Familie sehr oft nachweisen. Ausnahmen fand er ebenfalls häufig. Er ist der Ansicht, dass diese auf das Zusammentreffen verschiedener Heredität in einer Familie und ausserdem die Einwirkung äusserer Bedingungen, vielleicht auch des Alkohols zurückzuführen sei.

Wenig gleichartige Vererbung hatte Kraus gefunden, wie er in einem Vortrag mitteilt. Von den Geschwistern waren unter einem Material 67 pCt. gleichartig erkrankt, die übrigen ungleichartig; fast genau dasselbe Verhältnis konstatierte er bei Aszendenten und Deszendenten. Er schliesst, dass eine Gesetzmässigkeit der Vererbung der Geisteskrankheiten nicht bestehe; auch Schwalbe, Rieger, Hoche und Martius betonten, dass es zweifelhaft sei, ob wir berechtigt seien, Vererbungsgesetze aufzustellen, letzterer stellte Vererbungsgesetze mit Spielgesetzen in Monte Carlo auf eine Stufe.

Mehr Gleichartigkeit der Vererbung fand Geiser, der kurze Krankheitsskizzen von 19 Geschwistergruppen und 12 Gruppen von Eltern und Kindern mitteilt. Werden Geschwister geisteskrank, so werden sie seiner Meinung nach wahrscheinlich an derselben Form von Geisteskrankheit leiden. Für Geistesstörungen bei Eltern und Kindern könne man seiner Meinung nach keine Regeln aufstellen, Dementia senilis und besonders Dementia paralytica scheinen keinen wesentlichen hereditären Einfluss auszuüben. Eine Familie von 5 Geschwistern, von denen eines angeboren schwachsinnig war, zwei an akuten Verblödungsprozessen und ausserdem eines seit 18 Monaten an Melancholie erkrankt war, teilte Bischoff mit, ferner eine Familie mit 10 Kindern, von denen 2 an Dementia praecox schwerer, 2 leichter erkrankt waren. Förster berichtete kurz über 31 Geschwistergruppen, unter denen er bei 23 gleichartige Psychosen fand und zwar 15 mal Dementia praecox und 5 mal manisch depressives Irresein; unter 25 aus Aszendenten und Deszendenten bestehenden Gruppen waren 11 gleichartig und zwar 5 mit Dementia praecox und 4 mit manisch-depressivem Irresein; Aschaffenburg hob in der Diskussion zu diesem Vortrag hervor, dass es Ausnahmen von der unbedingt gleichartigen Vererbung gebe, er kenne zwei Familien, in denen Dementia praecox neben manisch-depressivem Irresein vorkomme.

Neben diesen Einzeluntersuchungen erschien in diesen Jahren auch wieder eine ausführliche vergleichende statistische Arbeit und zwar die von Diem. Seit der oben erwähnten ersten Bearbeitung dieses Themas

durch Koller hatte nur Näcke, aber anscheinend an wenig brauchbarem Vergleichsmaterial (Irrenpfleger, darunter 4 Trinker) einzelne derartige Zahlen gesammelt. Diembenützte die Anamnesen von 1193 Gesunden und 3515 Geisteskranken; seine Ergebnisse waren ähnlich wie die von Koller, nur die direkte Belastung erwies sich bei den Geisteskranken als wichtig, Geisteskrankheiten und Charakteranomalien fanden sich in der Verwandtschaft der Geisteskranken viel mehr wie in der der Gesunden. Diese Untersuchungen fanden warme Anerkennung durch Wagner von Jauregg, der die übliche Statistik ohne Vergleich mit dem Gesunden scharf kritisierte und ausserdem auf den grossen Fehler hinwies, der in der meist gemachten stillschweigenden Voraussetzung liegt, dass die Disposition zu den verschiedenen Geisteskrankheiten eine einheitliche sei; er verglich diese einheitliche psycho-neuropathische Disposition mit einer Disposition zu Hautkrankheiten (Scharlach, Favus, Herpes). Seine Anregung blieb nicht unbeachtet, indem Pilez in einer ein grosses Material umfassenden Arbeit statistisch die Zusammenhänge der verschiedenen Psychosen erforschte; es wird hierauf später zurückzukommen sein.

Einen anderen Weg schlug bei seinen Erblichkeitsforschungen Strohmayr ein. Mit Binswanger trat er dafür ein, dass es am wichtigsten sei, Individualstammbäume zu studieren; bei seinem Studium von 56 schwerdurchseuchten Familien sah er sehr deutlichen Polymorphismus der Vererbung, doch fiel es ihm auf, dass affektive und intellektuelle Psychosen sich bei der Vererbung ausschliessen. In einer Reihe weiterer Arbeiten betonte er besonders den Wert der Ahnentafel und brachte einige sehr weit zurückverfolgte Familien, besonders aus Fürstenthäusern, an denen er vor Allem die Wirkung der Inzucht studieren konnte. Er vertritt die Ansicht, dass „gefestigte Eigenschaften aus ingezüchteten Erbmassen stammen, die auf Generationen hinaus richtung- und ausschlaggebend für das biologische Schicksal eines Geschlechts sein können“.

Sehr weit zurück hatte R. Sommer eine bürgerliche Familie verfolgen können und hierbei die grossen praktischen Schwierigkeiten, die sich einer derartigen Forschung entgegenstellen, erfahren. Sommer hat seitdem den Vererbungsfragen dauernd Interesse entgegengebracht.

Eine Reihe von Beiträgen über die Vererbung beim Menschen lieferte Weinberg, der besonders auch für die hereditäre Erforschung der Geisteskrankheiten die Anlegung von offiziellen Familienregistern empfahl. Er kritisierte die Verwendung der preussischen Statistik der Irrenanstalten zu wissenschaftlichen Zwecken durch Mayet, indem er

mit Recht darauf hinwies, dass in dieser Statistik die Anzahl der Fälle mit keinen oder unsicheren Angaben sehr gross ist.

Weitere ausgedehnte Studien über die Vererbung beim Menschen verdanken wir der englischen biometrischen Schule, die von Galton begründet, jetzt unter Karl Pearson und seinen Schülern in dem Laboratory for national eugenics ein Zentrum hat und auch, wie später zu erörtern sein wird, die Heredität der Geisteskrankheiten zu erforschen sucht. Pearson scheint auch einen Polymorphismus der Vererbung anzunehmen, indem er der Ansicht ist, dass es Menschenschläge gibt, die eine allgemeine Neigung zum Gebrechen zeigen, dessen einzelne Formen bei Eltern und Nachkommen verschieden sein könnten; aus Neurosen der Eltern würden Alkoholismus oder Geisteskrankheit der Nachkommen; geistige Defekte könnten mit Tuberkulose, Albinismus mit Schwachsinn in Beziehung stehen. Es handle sich vielleicht um eine Neigung der Keime zu allgemeinem Defekt.

Aus den letzten Jahren sind noch einige Arbeiten zu erwähnen, welche sich wieder auf Grund von Krankengeschichten mit der Erblichkeit der einzelnen Psychosenformen beschäftigen. So teilte Rosa Kreichgauer aus der Freiburger Klinik 65 Familiengruppen mit, sie fand Gleichartigkeit der Vererbung im weiteren Sinn in weitgehendem Masse; zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein fanden sich keine hereditären Beziehungen. Wenn die Dementia praecox den andern endogenen Psychosen gegenüber gestellt wurde, so war die Vererbung in 100 pCt. gleichartig. In demselben Jahr stellte Schlub aus der Literatur die Geschwisterpsychosen zusammen und teilte einige eigene Fälle mit; im Ganzen führt er 65 Familien an. Er fand, dass Geschwister in der Mehrzahl der Fälle gleichartig erkrankten, nämlich in 75 pCt. Unter den ungleichartig erkrankten Gruppen kam manisch-depressives Irresein neben Dementia praecox vor. 7 Zwillingspaare erkrankten durchgängig gleichartig.

Berze veröffentlichte eine interessante Familie, in der die Mutter an zirkulärem Irresein litt, während von 10 Kindern 8 geisteskrank waren, und zwar litten 7 wahrscheinlich an manisch-depressivem Irresein, eine Schwester an Dementia praecox. In einer weiteren Arbeit untersuchte er eingehend die Heredität der Dementia praecox. Wie wir später sehen werden, dehnte er die Annahme einer Praecoxanlage sehr aus.

Sechs Fälle von Dementia praecox in einer Geschwistergruppe von 11 Kindern teilte Simon mit, leider ist die Aszendenz nicht näher bekannt. Bratz sprach in einem Vortrag die Ansicht aus, dass es ausser einem manisch-depressiven und einem Vererbungskreis der Dementia

praecox einen epileptischen Vererbungskreis gebe; in der Diskussion zu diesem Vortrag bemerkte Liepmann, dass bei dem in der Daldorfer Anstalt beobachteten Geschwistermaterial häufig Ausnahmen von der aufgestellten Regel beobachtet wurden.

An einem grösseren statistischen Material bestätigte Mott die mehr oder weniger grosse Neigung der verschiedenen Psychosenformen zu gleichartiger Vererbung.

Ferner ist noch die Arbeit von Frankhauser über Geschwisterpsychosen zu erwähnen, in der die ausführlichen Krankengeschichten von 40 Geschwistergruppen mitgeteilt werden, und zwar handelt es sich um 28 Gruppen bei denen die Diagnose Dementia praecox gestellt wurde, um 6 Gruppen, mit manisch-depressivem Irresein und ebenso viele mit Psychosen des Rückbildungsalters. Es bestand immer Gleichartigkeit der Geschwisterpsychosen, wenn auch die vom Verfasser nach eigenen Prinzipien gewählten Untergruppen öfter für einander eintraten; er ist der Ansicht, dass die erbliche Disposition zum manisch-depressivem Irresein die zu Dementia praecox ausschliesst und umgekehrt.

Albrecht teilte in einer Arbeit aus der Provinzialheilanstalt Treptow 95 Fälle aus 46 Familien mit, die Psychosen bei Eltern und Kindern oder bei Geschwistern betrafen. In 34 Familien mit 71 Fällen erkrankten die Einzelglieder an einer gleichartigen Psychose, und zwar 23mal an Dementia praecox, 7mal an manisch-depressivem Irresein, 1mal an Schwachsinn bei multipler Sklerose und 1 mal an seniler Demenz. Wurden aber diejenigen Psychosen des Rückbildungsalters, bei denen eigentlich nur das Alter der Patienten gegen die Diagnose Dementia praecox sprach, zu dieser gerechnet, so fand er bei 85 von 95 Fällen also in zirka 90pCt. gleichartige Vererbung. Albrecht kommt zu dem Schluss, dass die Vererbung der Geisteskrankheiten in der Regel eine gleichartige sei und ungleichartige Vererbung auf komplizierenden Einflüssen, vor allem auf gehäufelter Belastung, atavistischen Rückschlägen und Keimschädigungen heruhe.

Im Gegensatz hierzu nimmt Schuppius, der 62 Familien auf Grund der Krankengeschichten untersuchte, an, dass in allen Generationen einer Familie sich alle nur denkbaren Formen geistiger Erkrankung finden können und dass allen Formen eine einheitliche und gemeinsame Disposition zugrunde liege. Er kam ferner zu dem Ergebnis, auch in den Familien, in denen sich die verschiedensten Formen von Geisteskrankheit fanden, das Mendel'sche Gesetz in irgend einer Variation Geltung zu haben schien. Auf diese Arbeit und einige andere, die sich mit der Anwendbarkeit der Mendel'schen Regeln auf die Vererbung der Psychosen beschäftigen, wird später ausführlicher eingegangen werden müssen,

Zum Schluss sei noch eine Arbeit von mir erwähnt, in der persönlich erhobene Familienanamnesen von 200 Geistesgesunden ebenso aufgenommenen Familienanamnesen von 200 Geisteskranken gegenübergestellt wurden. Die Anzahl der Belasteten unter ersteren war mit 46,5pCt. nicht viel geringer wie die der letzteren (64,5pCt.). Die grössere Belastung der Kranken verteilte sich auf alle Verwandtschaftsgrade, wobei besonders die Grosseltern und Geschwister bei den Kranken mehr belastend wirkten. Geisteskrankheit spielte unter Berücksichtigung aller Faktoren bei den Kranken eine beträchtlich grössere Rolle wie bei den Gesunden, bei diesen dagegen organische Nervenkrankheit und Apoplexie. Es war zu ersehen, dass eigentlich nur Geisteskrankheit, Charakteranomalien und die den letzteren nahestehende Trunksucht, ferner auch Selbstmord als Belastungsmoment für Geisteskranke in Betracht kommen, nicht dagegen die funktionellen und organischen Nervenkrankheiten inklusive Apoplexie.

#### Vererbung der Affektpsychosen.

##### Literatur.

Dass Depressionszustände und vor allem die Neigung zu Selbstmord häufig eine grosse Vererbungstendenz zeigen, ist seit langem anerkannt. Dass aber das ganze Gebiet der affektiven Psychosen eine Neigung zu gleichartiger Vererbung unter Ausschliessung der übrigen Psychosen zeigt, behauptete wohl zuerst Sioli, der wie erwähnt die Krankengeschichten von einer Reihe von Familiengruppen veröffentlichte. Er kam zu dem Schluss, dass aus einer beim Aszendenten beobachteten Verrücktheit nie eine einfache Manie oder Melancholie und umgekehrt beim Deszendenten hervorgehe, dass diese beiden Gruppen sich vielmehr völlig ausschliessen. Dagegen neigten Melancholie, Manie und Zyklomyie zum gegenseitigen Ersatz, während aus einer Verrücktheit, sobald sie rein war, mit Regelmässigkeit wieder eine Verrücktheit hervorgehe.

Kraepelin nahm in seinem Lehrbuch 1892 für das damalige mechanisch-depressive Irresein und die Psychosen des Rückbildungsalters eine Neigung zu gleichartiger Heredität an. Savage betonte das familiäre Vorkommen der Melancholie, und zwar meinte er, dass dieselbe oft auf körperlichen Störungen beruhe, die vererbt würden und Melancholie hervorriefen. Clouston äusserte sich dahin, dass die Depressionszustände weit mehr erblich sind wie die meisten Erscheinungen geistiger Krankheit. Dagegen fand Fitschen und zwar für die periodischen Psychosen, dass bei denselben eine hereditäre Belastung nicht häufiger nachzuweisen sei, als bei Geisteskrankheiten im allgemeinen,

dass jedoch die Belastung durch Geisteskrankheiten beim periodischen Irresein mehr vorwiege, als bei den andern Geisteskrankheiten. In seiner Monographie über die periodischen Geistesstörungen bestätigte Pilez die Erfahrung, dass die Heredität häufig eine gleichartige sei und erwähnte zugleich, dass in Familien, in denen periodische Psychosen vorkommen auch z. B. eine Hebephrenie ein ganz regelmässiges Alternieren in ihren Symptomen zeige, oder eine nach einer greifbaren äusseren Schädlichkeit aufgetretene Amentia einen ausgesprochenen zirkulären Verlauf nehme. Er führt einige Beispiele an.

Wie schon erwähnt, fand Vorster unter 9 Familiengruppen mit manisch-depressivem Irresein in der Aszendenz in 7 Fällen dieselbe Psychosenform auch bei der Deszendenz.

Kalmus, der von 174 Geisteskranken Stammlisten anlegte, fand bei Melancholie und Alkoholismus Neigung zu gleichartiger Vererbung; in 10 Fällen konstatierte er eine auffallende Koinzidenz von typischer Migräne mit melancholischen Geistesstörungen; leider teilt er sein Material nicht ausführlicher mit.

Eine sonst nicht erwähnte Beobachtung machte Lippschütz, der ohne Berücksichtigung des zirkulären Irreseins die Aetiologie der Melancholiefälle der Berliner Charité studierte; er hatte in 40pCt. Belastung und zwar in 9pCt. gleichartig gefunden; unter den so belasteten Frauen handelte es sich meist um klimakterische und postklimakterische Melancholien, während bei den Männern gerade die jüngeren Patienten gleichartige Heredität aufwiesen. Er erwähnt ferner, dass unter den Aszendenten nicht selten eigentümliche, zu Schwermut neigende pessimistische Naturen, ohne dass sich bei diesen eigentliche Psychosen entwickelt hatten, vorgekommen waren „fast könnte man sagen melancholische psychopathische Konstitutionen“.

Diejenigen Arbeiten, welche sich ohne Beschränkung auf eine spezielle Gruppe von Psychosen mit dem Studium der bei Eltern und Kindern oder der bei Geschwistern beobachteten Geistesstörungen näher befassen, wurden oben bereits angeführt; wie wir sahen konstatierten die meisten Autoren — auf die gegenteiligen Ansichten von Schlub und Schuppius wurde oben hingewiesen — eine mehr oder weniger ausgesprochene Gleichartigkeit in der Vererbung auch der affektiven Psychosen. Es finden sich auch noch weitere dafür sprechende Einzelbeobachtungen in der Literatur, so von E. Meyer, von Berze und anderen. Auch die statistischen Untersuchungen von Pilez bestätigten die Erfahrung einer meist gleichartigen Vererbung.

In einer mir leider nur im Referat zugänglichen Arbeit bespricht Bergamasco die Heredität des manisch-depressiven Irreseins, Unter

59 Familien, in denen ein oder mehrere Mitglieder daran erkrankten, erkrankten dieselben in 14 nur an diesem, bei 14 kam Pellagra, bei 12 Dementia praecox, bei 6 Dementia senilis, bei 4 Epilepsie, bei 3 progressive Paralyse und bei 2 Hysterie vor.

Bumke vertrat den Standpunkt, dass die Involutionmelancholie für die ja auch meist geringere Hereditätsprozente ausgerechnet wären, nicht rein endogen sei, sie verhalte sich in hereditärer Beziehung wesentlich anders wie das eigentliche manisch-depressive Irresein. Letzteres, die echte Paranoia und die Hysterie würden fast nur bei nachweislich belasteten Menschen angetroffen, zwischen diesen bestünden wohl sicher innere hereditäre Beziehungen, die Dementia praecox verhalte sich in hereditärer Beziehung ganz verschieden hiervon.

Auf Grund seines grossen wohlstudierten Materials trat auch Reiss für gleichartige Vererbung der Affektpsychosen ein; er fand dabei im Einklang mit den klinischen Ergebnissen keine völlig getrennte Vererbung von zirkulärer und konstitutionell depressiver Veranlagung, sondern fliessende Uebergänge, doch handelte es sich meist nicht nur um eine Uebermittlung allgemeiner Disposition sondern auch speziellen Form.

In der neusten Monographie über unsere Psychosengruppe, der von Stransky, wird dieselbe eine aus der allgemeinen Degeneration allmählich herauswachsende Störung genannt. Die Belastung sei oft gleichartig, eine Spezifität gebe es natürlich nicht; was die Paranoia betreffe, so könne man in hereditärer Beziehung fast von einem Antagonismus der beiden grossen degenerativen Krankheitsgruppen sprechen.

### Eigene Familien nur mit Erkrankungen der Manie-Melancholie-Gruppe.

#### I.

Familiengeschichte: Ueber Eltern und Geschwister des Vaters nichts bekannt. Der Vater brachte ein grosses Vermögen durch, war dann wegen Nervenleidens in einem Sanatorium und erhängte sich 1888 im Alter von 63 Jahren. Ueber Eltern und Geschwister der Mutter nichts bekannt. Die Mutter litt an einer melancholischen Geistesstörung und erhängte sich 1892 im Alter von 61 Jahren. Von den 3 Töchtern waren die beiden ältesten in der Klinik, die jüngste lebt jetzt noch und soll, wie auch ihre Kinder, immer gesund und normal gewesen sein. Die 5 Kinder der älteren Pat. (18—28 Jahre alt) sollen ebenso wie ihr Vater gesund sein.

1. Franziska A., geb. W., Gutsbesitzersfrau aus D., geb. 1856. War immer etwas still und neigte zu Schwermut. 5 normale Geburten. 1888 und 1892 hatte sie im Anschluss an den Tod ihrer Eltern mehrmonatige Depressions-

zustände, die aber ohne Anstaltsbehandlung vorübergingen. Nie auffallend heitere Zeiten. Seit Frühjahr 1900 war sie wieder deprimiert, still und wortkarg, nicht fähig ihre Wirtschaft zu besorgen, gehemmt und teilnahmslos. Machte sich Vorwürfe, sie habe ihre Kinder falsch erzogen und habe ihr Leben deshalb verfehlt. Suizidversuch durch Schnitt in den Oberarm.

26. 3. bis 23. 7. 1901 Klinik: Klar und orientiert, keine Halluzinationen, keine Angst. Mürrischer, gedrückter Gesichtsausdruck, mässig depressiver Affekt. Klagt vorwiegend über Teilnahmslosigkeit und Fehlen jeder Energie. Somatisch, ausser der Armmarbe ohne Besonderheiten.

2. 4. Sie habe sich immer Geld gewünscht, sie habe dann ihre Schwester beerbt, sie habe im letzten Jahre sich Vorwürfe gemacht, als ob sie den Tod der Schwester gewünscht habe. Seitdem sei sie gleichgültig geworden, habe immer gefürchtet bei der Arbeit etwas falsch zu machen, ihre Kinder falsch zu erziehen. Den Suizidversuch bereue sie jetzt.

Einige Tage später durch den Tod eines nahen Verwandten mehrtägige Verstimmung; Mitte Juni ängstlicher, sie werde nicht für zurechnungsfähig gehalten. Hat dauernd sehr nach Hause gedrängt. Schliesslich wird sie völlig geheilt entlassen, nachdem sie Mitte Juli wieder einige Tage leicht verstimmt gewesen war.

Diagnose der Klinik: Melancholie.

Wie der Mann jetzt mitteilt, wurde sie dann innerhalb eines Jahres vollkommen gesund, war seitdem nicht wieder auffällig.

2. Anna W., Gutsbesitzerstochter aus D., geb. 1858. Schwester der Vorigen. War von klein auf „nervös“. Als Kind hatte sie eigentümliche Zuckungen in den Fingern, war immer sehr eigensinnig, reizbar und schwer zu lenken. Mit 20 Jahren lernte sie in einem Hotel kochen, strengte sich dabei sehr an. Sie wurde damals sehr matt und niedergeschlagen, fürchtete geisteskrank zu werden, wurde ein Jahr lang in einem Sanatorium behandelt; sie war damals auch sehr bleichsüchtig. Auch nachher war sie immer sehr erregbar. Seit dem Tod der Mutter, Mai 1892 war sie verändert, machte sich Vorwürfe. 11. 6. 1892 versuchte sie sich zu ertränken.

11. 6. bis 15. 8. 1892 Klinik: Orientiert und klar, antwortet korrekt. Sie sei durch die Krankheit ihrer Mutter, welche immer alles so trübe aufgefasst und geglaubt habe, dass sie alle verhungern müssten, schon sehr mitgenommen gewesen. Dann habe sie sich schwere Vorwürfe gemacht, dass sie den Selbstmord der Mutter hätte verhindern können. Ferner habe ihr Schwager ihr Erbschleicherei vorgeworfen, da sie im Testament vorgezogen wurde. Auch dass sie wegen eines Unterleibsleidens nicht mehr so leistungsfähig sei, habe sie betruht. Gibt zu, sehr weich zu sein, habe nie ein hartes Wort vertragen können.

Die depressive Stimmung bessert sich allmählich. Vor der Entlassung zeigt sie ein frisches und lebhaftes Benehmen, sieht mit Zuversicht in die Zukunft. Geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Melancholie.

1899 hat sich Pat. nach Angabe des Schwagers aus Schwermut in der Saale ertränkt.

Ueber die Psychose des Vaters kann man nur Vermutungen äussern, der Schluss, dass bei ihm zirkuläres Irresein vorgelegen hat, ist nahe liegend, doch wäre nicht ausgeschlossen, dass er z. B. an progressiver Paralyse gelitten hat. Leider ist auch nicht bekannt, ob die Mutter früher schon einmal krank war, jedenfalls ist anzunehmen, dass sie in der Zeit des Seniums an Melancholie litt. Die ältere Tochter, die eine depressive Konstitution besitzt, war zunächst mehrfach im Anschluss an affektvolle Erlebnisse und dann ohne äusseren Grund im Klimakterium an einer ebenfalls zur Melancholie zu rechnenden Psychose erkrankt. Die Krankheit der anderen Tochter, die von Kind an eigensinnig und reizbar war, gehörte derselben Krankheitsform an, ihr erstes Auftreten fiel in das 34. Lebensjahr und zwar war hier auch ein äusserer Anlass (Tod der Mutter) vorhanden; das spätere Suizid lässt auf ein Rezidiv der melancholischen Erkrankung schliessen. Die dritte Tochter war immer gesund. Wenn wir vom Vater absehen, dessen Erkrankung aber eventuell auch zur Manie-Melancholie-Gruppe gehörte, so haben wir hier in dem verschiedensten Alter aufgetretene melancholische Erkrankungen mit Neigung zu mehrfachem Auftreten bei derselben Pat. und zwar zunächst durch äusseren Anlass ausgelöst, dann anscheinend spontan auftretend. Etwa daraus, dass bei den Töchtern die Psychose rezidivierend auftrat und dass dieselben von Kindheit an von der Norm abwichen, wie ich das mehrfach gelesen habe, den Schluss zu ziehen, dass es sich um „degenerative“ Erkrankung bei den Töchtern handle, möchte ich für voreilig halten, da wir, wie oft in diesen Fällen, über das frühere Verhalten der Mutter nichts wissen, bei ihr kann ja dasselbe der Fall gewesen sein. Hinzuweisen ist noch auf die Suizidneigung der Familie.

## II.

Familiengeschichte: Ueber die Eltern und Geschwister des Vaters ist nichts Näheres bekannt. Der Vater starb in hohem Alter. Ueber die Eltern und Geschwister der Mutter ist nichts Näheres bekannt. Die Mutter war zeitweise etwas geistesgestört, ängstlich. Von vier Kindern waren eine Schwester und ein Bruder in der Klinik, die andern sollen gesund sein.

1. Friederike H., geb. W., Bahnwärtersfrau aus S., geb. 1844. Früher nie krank. 7 normale Geburten, 4 Kinder starben klein. April 1890 Influenza, dann Magenstörungen. Juni Angst und Beklemmung, hatte keine Ruhe mehr.

26. 6. bis 26. 7. 1890 Klinik: Ektasie des Magens. Aengstlich, weinerlich, habe das Gefühl, als ob sie ein grosses Verbrechen begangen habe, obwohl sie zu Schlechtigkeit nie Zeit gehabt habe. Volle Krankheitseinsicht. Schliesslich ohne Angst, vergnügt und munter. Geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Ectasia ventriculi. Depressive Psychose. Seitdem soll Pat. gesund geblieben sein.

2. Friedrich W., Vorarbeiter aus R., geb. 1853. Bruder der Vorigen. Gut gelernt. 1887 einige Wochen wegen Angst und Interesselosigkeit im Krankenhaus. 1896 einige Wochen ängstlich, arbeitete aber weiter. 1900 bekam er reissende Schmerzen im Arm, fürchtete, derselbe müsse abgenommen werden, er werde brotlos werden. Wurde ängstlich, fürchtete, dass er sich ein Leid antun werde.

27. 9. bis 30. 10. 1900 Klinik: Völlig orientiert, gibt ausführlich über seinen Zustand Auskunft. Schliesslich gebessert entlassen.

12. 9. bis 19. 10. 1907 Klinik: Hatte durch grossen Aerger Angstgefühle auf der Brust bekommen. — Besonders abends öfter ängstlich. Gebessert entlassen.

Diagnose der Klinik: Melancholie — Angstneurose.

Nach Auskunft des Gemeindevorstehers ist Pat. seitdem nicht wieder auffällig gewesen.

Bei der Tochter zeigte sich die traurige Verstimmung anscheinend nur einmal und zwar in den Wechseljahren im Anschluss an ein inneres Leiden. Der Sohn litt mehrfach an derselben Psychose und zwar zuerst mit 34 Jahren, meist war auch bei ihm ein auslösendes Moment vorhanden. Zu betonen ist, dass es sich bei beiden um weniger intensive Erkrankungen handelte, auch bei der Mutter scheinen derartige weniger tiefgehende Störungen häufiger aufgetreten zu sein.

## III.

Familiengeschichte: Der Vater des Vaters starb an Selbstmord, sein Bruder war geisteskrank. Ueber die Mutter des Vaters ist nichts bekannt. Angeblich hatte der Vater keine Geschwister. Der Vater starb mit 68 Jahren an Rippenfellentzündung, war immer normal. Ueber die Eltern der Mutter ist nichts bekannt, ihre beiden Geschwister sollen gesund sein. Die Mutter war in einer Anstalt und in der Klinik. Von 6 Kindern sollen 5 gesund sein, eine Tochter war in der Klinik; ausserdem starben 3 Kinder klein.

1. Johanne J., Landwirtsfrau aus W., geb. 1839. War immer ernst, neigte leicht zu Traurigkeit. 1882—83 war sie deshalb in Anstaltsbehandlung. 1883 war die letzte ihrer 9 Geburten. 1899 wurde sie wieder sehr gedrückter Stimmung.

23. 5. bis 28. 7. 1899 Klinik: Gedrückte Stimmung, bekümmertes Gesichtsausdruck, gibt an traurig zu sein, keine Wahnideen. Später äussert sie, es komme ihr so vor, wie wenn sie voll lauter Sünde und Schande stecke, an allem schuld habe, in ihrem Leben nur Unrecht getan habe. Nie Sinnestäuschungen, nie Hemmung. Schliesslich geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Melancholie.

Nach Auskunft des Gemeindevorstehers ist Pat. 1909 an Brustkrebs gestorben, war nicht mehr in Anstaltsbehandlung.



2. Bertha K., geb. J., Fahrsteigersfrau aus G., geb. 1866. Lernte gut. Früher immer gesund und normal. 5 Geburten, zuletzt 18. 5. 1898. Bei der Geburt und im Wochenbett viel Blutungen, stillte 3 Wochen, wurde dann auffällig teilnahmslos, weinte viel, klagte über Kopfschmerzen, ass wenig. Mit 5 Monaten starb das Kind; sie machte sich seitdem Vorwürfe, sie sei daran Schuld, die Sünde könne ihr nicht vorgegeben werden, sah ihr Kind, hörte es rufen.

24. 11. 1898 bis 23. 2. 1899 Klinik: Schlecht genährt. Deprimierter Gesichtsausdruck, leise tonlose Sprache. Angstgefühle und innere Unruhe in der Brust. Habe das Kind nicht richtig gepflegt, den Arzt nicht rechtzeitig genommen, dies sei schwere Sünde; habe zu nichts mehr Lust.

Bleibt immer orientiert. Oefter heftige Angstanfälle und Weinausbrüche. Hört schimpfende Stimmen, hört ihr Kind jammern, fürchtet ins Zuchthaus zu kommen, will verhaftet werden, sei nicht krank. Sitzt stundenlang in derselben Stellung, starrt vor sich hin. Manchmal sehr ängstlich bis zu unartikuliertem Brüllen. Ungeheilt abgeholt.

Diagnose der Klinik: Melancholie im Puerperium.

Nach Auskunft des Gemeindevorstehers war sie bei der Entlassung aus der Klinik kränker wie vorher, der Zustand besserte sich allmählich bis nach ungefähr 2 Jahren nichts mehr von dem Leiden bemerkbar war. Seitdem ist sie bis jetzt gesund geblieben, hat 1902 und 1906 ohne Zwischenfälle wieder geboren; seit 1909 sind die Menses ausgeblieben. Von ihren 6 Kindern ist eins klein gestorben, die anderen, zwischen 25 und 6 Jahren alt, leben und sind gesund.

Mutter und Tochter litten an Melancholie. Erstere erkrankte zuerst mit 43 Jahren und dann wieder mit 60 Jahren, blieb dann bis zu ihrem mit 70 Jahren erfolgten Tod gesund. Bei der Tochter scheint die Psychose keine Neigung zu wiederholtem Auftreten zu haben, da sie nach erstmaligem Auftreten im 5. Puerperium auch in den klimakterischen Jahren nicht wiedergekommen ist, weitere Geburten waren ja auch ohne psychische Alteration erfolgt. Bei der Mutter hatte die Psychose überhaupt gar keine Beziehung zu den Generationsvorgängen gezeigt. Der Verlauf der einzelnen Erkrankung scheint bei der Mutter viel leichter gewesen zu sein wie bei der Tochter, bei der es sich um eine viel schwerere Erkrankung handelte, wie besonders die grosse Angst und die Halluzinationen zeigen.

#### IV.

Familiengeschichte: Angeblich keine Familienanlage zu Geistes- oder Nervenkrankheiten. Mutter und Tochter waren geisteskrank, Vater an Schwindsucht, drei Kinder an unbekannter Krankheit gestorben, davon war ein Sohn sehr leichtsinnig.

1. Frau Auguste Z., geb. S., Polizeisergeantenwitwe aus H., geb. 18. 1. 1822. Normale Entwicklung, in der Schule gut gelernt. Hatte viel Nahrungssorgen,

war sehr religiös. Vor vielen Jahren soll sie ebenso krank gewesen sein, seit einem Jahr an Melancholie leiden. Sie war ängstlich und unruhig, rang die Hände, stöhnte, sah Gestalten, fühlte ihr Ende nahe. Sie schlief und ass kaum.

30. 7. 1891 bis 26. 2. 1892 Klinik: Deprimiert, antwortet leise und langsam; sie habe ihre Tochter gesehen, die gemordet haben solle. Weiterhin ängstlich; vorübergehend einen Tag heiter, lacht, sie sei so munter, fühle sich so wohl, tanzt im Saal. Dann wieder dauernd ängstlich, hört ihre Tochter, jammert oft stundenlang vor sich hin. Allerhand hypochondrische Klagen, ihre Eingeweide brennen, alles bei ihr sei zu, sie könne keine Luft kriegen, müsse heute noch sterben. Sträubt sich sehr beim Essen, da der Leib voll sei; behauptet bald blind, bald taub zu sein. Obstipation.

26. 2. 1892 bis 14. 7. 1901 Anstalt A.: Ueber Zeit und Ort und Personalien gut orientiert. Stöhnt viel, behauptet, ihre Tochter sei dagewesen. Weiterhin hält sie sich für sich, ohne Interesse für die Umgebung; spricht kaum. Glaubt eine Strafe absitzen zu müssen, hört noch Stimmen: sie dürfe nicht essen, müsse im Keller schlafen usw. Dann freundlich, fleissig; sie kümmere sich wenig um die Stimmen.

14. 7. 1901 Tod an Darmkrebs.

Diagnose der Klinik: Hypochondrische Paranoia.

Diagnose der Anstalt A.: (Melancholie) Senile Geistesstörung.

2. Therese Z., Gemeindegewester aus H., geb. 15. 2. 1859. Normale Entwicklung, gut gelernt, stets sehr peinlich und genau, leicht ängstlich. Seit dem 1. 10. 1910 klagte sie, sie habe betrogen. Ihr ganzes Leben sei Heuchelei, war ängstlich, es sei einer hinter ihr her.

18. 10. bis 10. 12. 1910 Klinik: Völlig orientiert. Wirft sich sexuelle Verfehlungen in Kindheit und Jugend vor. Traurige Stimmung, alles habe sie sich durch Hochmut und Selbstüberhebung verschert. Keine Halluzinationen. Dann freier, aber noch mutlos. Gebessert entlassen.

Seit 10. 12. 1910 Anstalt A.: Vorzeitig gealtert. Völlig orientiert. Sie leide an Angst und niedergeschlagener Stimmung. Insuffizienzgefühl, Selbstvorwürfe wegen Kleinigkeiten.

Spricht öfter die Befürchtung aus, ins Gefängnis gebracht oder hingerichtet zu werden. Spricht wenig, hält sich für sich, arbeitet sehr fleissig.

März 1912 meint sie, dass alle Leute in ihrer Umgebung informiert sind über ihr Vorleben, sie merke das aus Andeutungen. Lonksam, sehr fleissig. Still zurückhaltend.

Diagnose der Klinik: Melancholie.

Diagnose der Anstalt A.: eadem.

Nachdem die Mutter schon vor Jahren ebenso krank gewesen war, erkrankte sie mit 68 Jahren wieder an einer melancholischen Geistesstörung mit Ausgang in senile Geistesschwäche. Die Tochter zeigte eine depressive Konstitution, ihre Melancholie brach im Alter von 51 Jahren ohne besondere Veranlassung aus.



## V.

Familiengeschichte: Die Eltern des Vaters sollen in jüngeren Jahren gestorben sein. Näheres ist nicht bekannt. Der Vater starb mit 68 Jahren an Alterschwäche; soll immer normal gewesen sein. Eine Schwester des Vaters soll an Rückenmarksschwindsucht gestorben sein, ihre 4 Kinder sind gesund. Die zweite Schwester des Vaters starb im Kindesalter. Die Eltern der Mutter starben in hohem Alter. Die Mutter starb in mittleren Jahren an Lungenentzündung, war immer geistig gesund. Die 3 Brüder der Mutter starben in höherem Alter, sollen immer normal gewesen, ebenso auch ihre Nachkommen. Von 4 Kindern sind die beiden ältesten, 2 Söhne, über 70 Jahre alt; sie waren nie auffällig und haben gesunde Nachkommen, nur starb eine Tochter des einen mit 15 Jahren an Zuckerkrankheit. Die beiden andern Kinder, zwei Töchter, waren in der Klinik.

1. Marie E., geb. B., Kaufmannswitwe aus W., geb. 14. 7. 1842. Gute Schulerfolge. Hatte alle Kinderkrankheiten. 5 normale Geburten, die Kinder sind gesund. Seit dem 49. Jahre Menopause. Pat. war nie krank, nur hatte sie öfter Magenschmerzen und nervöses Herzklopfen. Sie war immer leicht aufgeregt, klagte viel über Kopfschmerzen, bekam mehrfach Brom. 1900 gelegentlich eines Umzugs war sie sehr nervös, ängstlich, glaubte nicht fertig zu werden lief unruhig umher. Nach Beendigung des Umzugs gab sich dies bald wieder. Anfang März 1912 starb ihr Mann, mit dem sie in sehr glücklicher Ehe gelebt hatte, an chronischer Nierenentzündung. Sie war zunächst sehr stumpf, sprach wenig, hatte keine Tränen. Wie dann der Haushalt aufgelöst wurde und sie umziehen musste, wurde sie unruhig, lief die ganze Zeit im Zimmer auf und ab, sprach sehr viel, sie habe nicht genug Geld zum Leben, müsse verhungern, sie sei sehr krank, ihr könne keiner helfen. Sie wurde misstrauisch, fürchtete bestohlen zu werden. Sprach auch von Selbstmord, machte aber keinen Versuch. Keine Sinnestäuschungen.

6. bis 20. 5. 1912 Klinik: Sieht jünger aus als sie ist; etwas Arteriosklerose. Völlig orientiert. Kein wesentlicher Intelligenzdefekt. Sie habe gedacht Verschiedenes bei der Pflege des Mannes versäumt zu haben. Gibt Verarmungsideen zu. Sie habe Angstgefühl und Herzklopfen gehabt, der Umzug sei ihr durch den Kopf gegangen, es seien ihr alles Berge gewesen. Drängt sehr auf Entlassung, es sei hier zu laut, sie habe nicht einmal das Ticken einer Uhr vertragen können.

Andauernd etwas ängstlich, glaubt den Aufenthalt hier nicht bezahlen zu können. Fleht den Arzt an, aufstehen zu dürfen. Wenn sie aufgestanden ist, läuft sie unruhig und ratlos umher. Anscheinend keine Sinnestäuschungen. Gegen Abend meist freier. Isst gut. Vom Sohn gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Diagnose der Klinik: Senile Depression.

2. Emilie M., geb. B., Tischlermeisterwitwe aus R., geb. 1849. Schwester der Vorigen. Drei normale Geburten. Nie wesentlich krank. Februar 1902 klagte

sie sich an, dass sie ihre Vermögensverhältnisse in Unordnung gebracht habe (dieselben standen wirklich nicht gut). Sie sei schuld an allem Unglück, das über ihr Haus komme, in dem mehrere Mieter ihr gekündigt hatten. Zeitweise sprach sie sehr wenig, zeitweise war sie ängstlich erregt.

7. bis 19. 4. 1902 Klinik: Ausser Dermographie und gesteigerten Sehnenreflexen somatisch ohne Besonderheiten. Ängstlich-gedrückter Stimmung. Jammert und klagt zeitweise, springt manchmal aus dem Bett, rennt nach der Tür oder dem Fenster, drängt hinaus. Antwortet nur zögernd oder garnicht auf Fragen, widerstrebt sehr bei der körperlichen Untersuchung. Orientiert. In ihrem Jammern äussert sie Selbstanklagen, sie habe schlecht gewirtschaftet und könne es nicht wieder gut machen, sie sei an dem Unglück ihres Hauses schuld.

Weiterhin ist sie zeitweise sehr ängstlich, klagt und jammert laut, namentlich wenn andere Pat. aufgeregt sind. Sie glaubt die Stimmen ihrer Angehörigen, die sie hergebracht haben, zu hören, verfolgt alles, was um sie vorgeht, mit einem gewissen Misstrauen. Angeblich keine Insuffizienzgefühl. Schläft nachts ruhig. Gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Diagnose der Klinik: Depressive Psychose.

Nach Auskunft des Neffen ist die Pat. ebenso wie die Schwester nach einiger Zeit gesund geworden und gesund geblieben. Ihre Kinder, 2 Töchter und 1 Sohn sind gesund.

In beiden Fällen handelt es sich um eine reaktive Depression, von denen die der älteren Schwester im 69. Lebensjahr im Anschluss an den Tod des Mannes, die der jüngeren Schwester im Alter von 58 Jahren im Anschluss an pekuniäre Verluste aufgetreten waren. Die einzelnen Symptome boten bei beiden Kranken wenig Aehnlichkeit. Bei Beiden trat Heilung ein. Bemerkenswert ist, dass in der sonstigen Familie derartige geistige Störungen nicht beobachtet wurden.

## VI.

Familiengeschichte: Ueber Vorfahren nichts Näheres bekannt. Schwester und Bruder waren geisteskrank.

1. Emilie M., Steuereinnahmerstochter aus H., geb. 22. 12. 1835. Ueber Vorleben nichts bekannt. Soll stets etwas nervös gewesen sein. Mit 60 Jahren Magen- und Darmleiden, klagte über Schwindel, sie sei nicht recht klar mit ihrem Verstand. Am 1. 4. 1897 wurde ihr die Wohnung, die sie seit 25 Jahren inne hatte, gekündigt. Sie war untröstlich, sie komme nicht mehr aus (die neue kostete nur 10 Mark mehr). Jammerte viel, versuchte sich die Pulsader aufzuschneiden.

16. 6. 1897 bis 2. 2. 1898 Klinik: Ausser etwas Arteriosklerose somatisch, ohne Besonderheiten. Klar, orientiert. Deprimiert, sie fürchte nicht mehr auszukommen. Weiterhin ist sie ängstlich, sie solle fortgebracht werden, packt Kammtasche, Brille und Zahnbürste zusammen, um sie gleich mitnehmen zu können. Sie müsse verhungern, weil das Geld zu knapp sei. Läuft umher.

Allmählich ruhig, keine Wahnideen mehr, mittlerer Stimmung. Geheilt entlassen. Macht vorher einen Anfall von Gelenkrheumatismus durch.

Seit Weihnacht 1900 wieder ängstlich erregt, findet nirgends Ruhe, glaubt das Geld reiche nicht, kaufte übermässig viel Wäsche usw. ein, da sie nicht genug davon habe.

27. 3. bis 6. 6. 1901 Klinik: Orientiert, keine Halluzinationen, das Denken gehe langsam, sei teilnahmslos. Zeitweise geringer depressiver Affekt.

Seit dem 1. 4. sehr ängstlich, stöhnt, sie solle überführt werden. Weiter läuft sie ängstlich im Hemd umher, fürchtet im Hemd überführt zu werden.

6. 8. 1901 bis 2. 1. 1907 Anstalt A.: Ruhelos, leidlich orientiert, das Geld reiche nicht, sie habe auch öfter gestohlen. Stöhnt und jammert. Weiter meist ängstlich, ratlos, im ganzen ziemlich stumpf, oft Schwindelanfälle. Zunehmender geistiger und körperlicher Verfall. Keine Halluzinationen.

2. 1. 1907 Exitus.

Diagnose der Klinik: Senile Melancholie, der Anstalt A.: Senium.

2. Ewald M., Rentier aus D., geb. 1833. Soll früher immer gesund gewesen sein. Hat drei gesunde Töchter. Im Frühjahr 1899 Influenza mit Wadenschmerzen, Appetitlosigkeit, Husten; bald darauf zunächst nachts Beängstigungen, dann auch am Tage trübe Gedanken. Im Anschluss an eine Kursverminderung von Wertpapieren klagte er, er reiche nicht mehr, sei verloren, habe sein Vermögen schlecht verwaltet, werde nachts auf die Strasse gesetzt; er könne auch nicht mehr denken.

5. 9. 1899 bis 2. 7. 1900 Klinik: Arteriosklerose, fühlt sich matt bis zum Tod. Er könne nicht mehr schlucken, weil im Hals alles vertrocknet sei. Er habe die Familie unglücklich gemacht; es werde der Konkurs verhängt. Sehr deprimierter Gesichtsausdruck.

Weiter sagt er, man solle ihn austossen, er infiziere durch seine Diarrhöen die ganze Anstalt. Ängstliche Halluzinationen und Missdeutungen von Vorgängen in der Umgebung. Hört, dass sein Haus in D. abgebrannt sei; seine Frau müsse auch umgekommen sein, sonst hätte sie es ihm mitgeteilt. Allmähliche Besserung, aber besonders abends noch ängstlich; fürchtet stereotyp ins Isolierhaus gebracht zu werden. Schliesslich erheblich gebessert entlassen.

Diagnose der Klinik: Senile Melancholie.

Bis 1909 war M. gesund, weiter ist über ihn nichts bekannt.

Schwester und Bruder erkrankten beide im Senium an Melancholie und zwar erstere das erste Mal im Anschluss an eine Aufregung, letzterer nach einer Influenza. Die Schwester erkrankte noch ein zweites Mal und jetzt ohne bekannte Ursache, während der Bruder gesund blieb.

## VII.

Familiengeschichte: Der Vater des Vaters starb mit 74 Jahren an Schlaganfall. Die Mutter des Vaters starb mit 85 Jahren an Altersschwäche. Beide waren geistig gesund. Der Vater war immer gesund, starb an einem inneren Leiden. Von den 6 Geschwistern des Vaters war eine Schwester in der

Klinik und der Anstalt A., ein Bruder ist ertrunken, die andern sind gesund. Ueber die Familie der Mutter ist nichts Näheres bekannt, Nerven- oder Geisteskrankheiten sollen nicht vorgekommen sein. Die Mutter ist gesund. Von 3 Kindern starben ein Sohn und eine Tochter an Lungenleiden, eine Tochter war in der Klinik.

1. Mathilde W., geb. T., Landwirtsfrau aus G., geb. 2. 1. 1856. Lernte in der Schule gut. Zweimal Blinddarmentzündung. Eine gesunde Tochter. Januar 1911 überanstrengte sie sich angeblich bei der Pflege einer Verwandten, wurde ängstlich, aufgeregt, fürchtete sich vor der Arbeit, während sie früher gern gearbeitet hatte.

30. 3 bis 13. 5. 11 Klinik: Geordnet, zeitlich und örtlich orientiert, sie habe Angst gehabt, dass sie die Arbeit nicht fertig brächte oder falsch machte, habe die Angehörigen nicht mehr so gern gehabt. Intelligenz nicht gestört. In der Folge oft etwas ängstlich, fürchtet, sie könne die Wirtschaft zu Hause nicht führen.

Seit 9. 8. 11 Anstalt A.: Sie hatte zu Hause immer von ihrer Krankheit gesprochen, war traurig gewesen. — Völlig orientiert, weint leicht, sie sei so unglücklich, fürchtet, es gehe ihrer Familie schlecht, ihr Mann werde sein Vermögen verlieren. Der Zustand ändert sich wenig. Pat. beschäftigt sich etwas.

Diagnose der Klinik: Senile Psychose (Melancholie).

2. Elisabeth T., Landwirtstochter aus A., geb. 1885. Nichte der vorigen. War eine gute Schülerin. Seit einer Influenza Dezember 1907 wurde sie allmählich immer stiller, sass stundenlang auf einem Fleck. Februar meinte sie, sie sei die schlechteste Person auf der Welt, hörte Stimmen, sie solle ins Gefängnis, sie würden verhungern, die Eltern hätten nichts zu essen.

25. 5. bis 24. 8. 08 Klinik: Oertlich und zeitlich orientiert, antwortet zögernd, auch über die Stimmen gibt sie wenig Auskunft. Sie habe Angst gehabt, weint leicht, hält sich für gesund. Bleibt gehemmt, oft ängstlich deprimiert. Sie sei ein sündiges Geschöpf, habe ihre Eltern beleidigt. Hört Stimmen, sie müsse vors Gericht, die Sittenpolizei wolle sie holen, sie müsse sich schämen hier zu sein, wo sie doch nicht krank sei. Schliesslich verliert sich die Angst, Pat. wird geordnet, arbeitet, hört angeblich keine Stimmen mehr.

Diagnose der Klinik: Hebephrenie.

Nach Angabe des Onkels ist die Pat. nach der Entlassung nicht wieder krank geworden.

Bei Tante und Nichte liegt hier dieselbe Erkrankung vor, und zwar brach dieselbe bei ersterer im 55., bei letzterer im 22. Lebensjahr aus. Bei beiden wird eine äussere Veranlassung angegeben, bei ersterer Ueberanstrengung und bei letzterer Influenza. Bei beiden nahm die Krankheit keinen hohen Grad an. Bei der Nichte sind gar keine schizophrener Symptome notiert, so dass die Diagnose Hebephrenie vielleicht nur als Zeitdiagnose gemeint war; es ist natürlich richtig, dass man sich bei Depressionen im jüngeren Alter besonders versehen muss, nicht ein melancholisches Vorstadium einer katatonen Psychose

für eine Melancholie zu halten, doch ist hier durch die Erkrankung der Tante die rein affektive Art der Störung wohl sichergestellt.

## VIII.

Familiengeschichte: Ueber die Familie des Vaters ist nichts Näheres bekannt. Der Vater soll an Hitzschlag gestorben sein. Ueber die Familie der Mutter ist auch nichts bekannt. Die Mutter wurde tot im Bett gefunden. Von den Kindern, deren Zahl nicht bekannt ist, waren 2 Töchter in der Klinik, eine Tochter hat sich vergiftet.

1. Minna T., geb. N., Tischlermeistersfrau aus G., geb. 1847. Früher immer gesund, aber etwas zart. 3 normale Geburten, zuletzt 1882. Keine klimakterischen Erscheinungen bis jetzt. Juli 1891 Angst am Herzen, die sich steigerte. Machte sich Vorwürfe, sie habe die Wirtschaft verlüdert, sei schuld, dass alles im Haus zugrunde gehe, versuchte deshalb mehrfach ins Wasser zu gehen.

4. 9. bis 8. 10. 91 Klinik: Sehr hinfällig, frequenter Puls, Arteriosklerose. Sehr ängstlich, fragt, ob sie ins Zuchthaus müsse, ihr Mann sei auch schon schuld, wer denn für sie bezahle, sie sei ganz gesund. Weiterhin körperliche und geistige Erholung. Weiss jetzt, wo sie sich befindet, meint aber im Zuchthaus gewesen zu sein. Halluzinationen werden nie zugegeben. Schliesslich, trotzdem sie noch keine rechte Krankheitseinsicht besitzt, vom Mann abgeholt.

Diagnose der Klinik: Halluzinatorisches Irresein.

Nach Auskunft des Gemeindevorstehers war Pat. seitdem völlig normal, starb 1908 an Altersschwäche.

2. Friederike T., geb. N., Kutschersfrau aus B., geb. 1848, Schwester der vorigen. Normale Entwicklung, eine Totgeburt, ein gesunder Sohn, mit dem Pat. immer viel Sorgen hatte. Januar 1909 Schlaganfall mit rechtsseitiger Lähmung, ging aber trotzdem am selben Tag zur Arbeit. In den nächsten Monaten fühlte sie sich sehr matt, seit Pfingsten redete sie viel, glaubte, die Familie müsse verhungern, das Essen reiche nicht, behauptete, nachts klopfe jemand ans Fenster. August hatte sie wieder einen leichten Schlaganfall. Acusserte, die Leute lachten sie aus, sagten, sie sei faul.

19. 10. bis 16. 11. 09 Klinik; Keine somatischen Residuen der Schlaganfälle, Arterien nicht sonderlich verhärtet. Etwas ängstlich, aber geordnet und einsichtig. Sucht die geäusserten Wahnideen abzuschwächen. Bleibt ziemlich still, drängt nach Hause. Gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Diagnose der Klinik: Depression im Senium.

Ueber das weitere Ergehen war nichts zu erfahren.

Bei der älteren Tochter entwickelte sich die Psychose, die wohl als Melancholie aufzufassen ist, im Klimakterium im 44. Lebensjahr; bei der jüngeren Tochter entstand dieselbe Psychose erst im Senium. Beide waren anscheinend früher nie krank, hatten auch keine manischen Perioden gezeigt. Es ist anzunehmen, dass auch die dritte Tochter, die sich vergiftet hat, an der melancholischen Veranlagung partizipiert hat.

## IX.

Familiengeschichte: Ueber die Familie des Vaters ist nichts bekannt. Der Vater starb an Peritonitis, war geistig immer gesund. Der Vater der Mutter soll „nervös“ gewesen sein. Die Mutter der Mutter soll geistig normal gewesen sein. Die Mutter war in der Anstalt U. und ist jetzt in A. Ein Bruder der Mutter starb, nachdem er lange Jahre geisteskrank gewesen war, mit 60 Jahren, ein anderer Bruder war auch geisteskrank, eine Schwester war nach einer Entbindung 4 Wochen lang geisteskrank. Die einzige Tochter war in der Klinik.

1. Elisabeth M., geb. K., geb. 19. 9. 36, Färbersfrau aus D. Früher stets gesund, nur zeitweise etwas nervös und aufgeregt. Mit 36 Jahren Heirat, eine normale Geburt. 1885—1887 zeigte sie grossen Stimmungswechsel mit vorherrschender Depression, Selbstmordgedanken und -Versuchen, dabei hatte sie auch Tobsuchtsanfälle, wurde aggressiv und zerstörte. Sie war damals etwa  $\frac{3}{4}$  Jahr in der Anstalt Neuss. Nach einer Krankheitsdauer von 2 Jahren genas sie wieder vollständig. Frühjahr 1900 wurde sie wieder erregt, schlug ihre Angehörigen, zerschlug Fenster, sagte, sie habe so furchtbare Verbrechen begangen, dass sie dieselben nicht aushalten könne, dafür leide sie gerechte Strafe, indem sie von Schweinen, die sie für Teufel hält, gefressen werden solle. Fremde Personen schimpfte sie und griff sie an, da sie sie für Teufel ansah.

13. 11. 00 bis 12. 3. 01 Anstalt U.: Gibt ihre Personalien richtig an, ängstlich, antwortet einsilbig oder garnicht. Abends schimpft sie in hässlichen Redensarten. Weiterhin weint sie öfter, schlägt das Personal, sagt einmal, „sie haben alles weggeschossen, alle unsere Reichtümer“. Es sei ein fürchterlicher Lärm vor ihren Ohren, ein Poltern und Rumoren. Bei einer Exploration Ende November ist sie örtlich und zeitlich orientiert; sie habe Angst und sei immer so traurig, sie müsse wohl etwas begangen haben. Intelligenz mässig. Springt manchmal plötzlich auf und schlägt auf die neben ihr liegende Kranke ein. Fragt, ob sie hier bleiben könne, sie komme doch nicht in den Kessel wegen ihrer Sünden. Ihr Mann sei hier eingesperrt, sie habe ihre Eltern lebendig begraben. In ihren Gesprächen manchmal sehr unanständige Redensarten. Beschäftigt sich kaum. Gebessert entlassen.

Seit 20. 7. 08 Anstalt A.: Inzwischen entmündigt, war wieder aufgeregt geworden, hatte nach Vorübergewandenen geworfen, dazwischen stumpf und stumm. — Gibt gut über ihre Personalien und Vorgeschichte Auskunft, unter anderm, dass sie in der Schule schlecht gelernt habe. Jetzt habe sie sich sehr aufgeregt, weil sie dachte, dass die Tochter weggehen wolle, sie sei auch mehrfach im Hemd auf die Strasse gelaufen, um die Tochter zu suchen. Keine Sinnes-täuschungen und Wahnideen. Gedächtnis für früher und die jüngste Vergangenheit gut. Gute Schulkenntnise. Stumpf, öfter ängstlich, hört einmal arme Sünderglocken, die ihrer Tochter gelten, sie selbst sei aber schuld. 1912 ist sie sehr still, antwortet aber auf Fragen korrekt, immer etwas ängstlich und gedrückt.

Diagnose der Anstalt U.: Depressive Psychose.

2. Helene M., geb. 16. 10. 1873, Stütze aus M., Tochter der Vorigen. Normale Entwicklung, 1900 war sie durch Sorge um die kranke Mutter und durch

Nahrungssorgen sehr aufgeregt, sollte in eine Anstalt kommen, wurde aber durch einen Aufenthalt bei Verwandten geheilt. Herbst 1909 wurde sie wieder aufgeregt, gab ihre Stellung auf, sprach von Selbstmord.

6. 10. bis 17. 10. 09 Klinik: Vollkommen geordnet, sie habe eine innere Unruhe gehabt. Drängt sehr auf Entlassung, gibt zu von Selbstmord gesprochen zu haben, dies sei aber wohl falsch aufgefasst worden, sie sei wohl für geisteskrank gehalten worden. Verhält sich dauernd geordnet, beschäftigt sich nur mit ihrer Entlassung. Gebessert entlassen.

Diagnose der Klinik: Hysterie.

Nach Angabe des Gemeindevorstehers war Pat. die erste Zeit nach der Entlassung noch traurig, befindet sich jetzt gut.

Bei der Tochter lag eine Depression vor, bei der nicht bekannt ist, wieweit exogene oder endogene Momente mitspielten; bei der früheren Erkrankung hatten äussere Momente mitgesprochen. Leider ist über die Psychosen der 3 Geschwister der Mutter nichts bekannt, man könnte sonst vielleicht auch eher zu einer sicheren Auffassung über die Art der Geisteskrankheit der Mutter kommen, die so schwer zu beurteilen ist. Dieselbe zeigt zwar auch ausgesprochene depressive Stimmungslage, doch spricht besonders die Aggressivität und das Schimpfen gegen die Annahme einer reinen Affektpsychose, nach ihrer eigenen Angabe hat sie in der Schule schlecht gelernt, so dass es sich wohl um einen angeborenen Schwachsinn handelt, zu dem sich die depressive Psychose noch hinzugesellt hat.

#### X.

Familiengeschichte: Ueber den Vater des Vaters ist nichts bekannt. Die Mutter des Vaters starb mit 89 Jahren an Altersschwäche. Der Vater starb mit 78 Jahren an Herzschwäche. Die einzige Schwester des Vaters hatte zwei Söhne, die beide an Zuckerkrankheit starben, der eine davon war in der Klinik. Der Vater der Mutter starb mit 80 Jahren an Altersschwäche. Die Mutter der Mutter starb mit 60 Jahren an Magenkrebs. Die Mutter starb mit 58 Jahren an Unterleibskrebs. Der einzige Bruder der Mutter starb an den schwarzen Pocken, sein Sohn an Lungenleiden. Von 3 Kindern war die älteste Tochter in der Klinik, ein Bruder und eine Schwester waren gesund, von den 4 Kindern der letzteren starb ein Sohn an Lungenschwindsucht, die anderen sind gesund.

1. Emma Sch. geb. S., Landwirtsfrau aus T., geb. 1866. Normale Entwicklung, gute Schulerfolge. Zwei normale Entbindungen. Früher gesund. Seit Frühjahr 1907 wurde sie angeblich nach Operation eines Sohnes ängstlich, weinte, sie komme ins Zuchthaus, äusserte Selbstmordgedanken.

10. 6. bis 16. 9. 1907 Klinik: Sehr ängstlich, man wolle sie erschlagen, sie komme ins Zuchthaus, das Denken falle ihr schwer. Zeitweise hochgradig ängstlich erregt, schreit laut, reibt die Beine und Hände, drängt sinnlos fort. Stereotyp dieselben Bewegungen und Aeusserungen, ängstliche Halluzinationen Gegen ärztlichen Rat abgeholt.

Diagnose der Klinik: Angstpsychose im Klimakterium. Nach Auskunft des Mannes hat sich der Zustand innerhalb eines Jahres gebessert, heute (April 1912) ist Pat. fast ganz normal.

2. Herrmann P., Landwirt aus N., geb. 1856. Vetter der Vorigen. War ein guter Schüler. Immer gesund. Hatte 5 gesunde Kinder, zuletzt Weihnachten 1905 bekam er ein Mädchen, worüber er traurig war, dass es kein Junge war. Dann machte er sich Sorgen, das Vieh werde verhungern, er habe kein Geld mehr, er werde geisteskrank, äusserte oft Selbstmordgedanken. Wurde gleichgültig gegen die Familie.

17. 9. 06 bis 12. 1. 07 Klinik: Im Urin Zucker. Ängstlich. Zu Hause sei Alles tot, sein Nachbar nehme ihm den Hof weg, er habe doch nichts getan, habe kein Geld mehr, müsse ins Gericht. Glaubt auf der Polizei zu sein, es sei bald aus mit ihm, sehr mutlos, schliesslich zuversichtlicher, gebessert entlassen.

Diagnose der Klinik: Angstpsychose. Diabetes.

Nach Auskunft des Gemeindevorstehers war Pat. geistig wieder gesund geworden, starb 1911 an Schwäche.

Vetter und Kusine erkrankten im Alter von 40 resp. 41 Jahren an einer mehr oder weniger mit Angst einhergehenden Melancholie und zwar beide im angeblichen Anschluss an Aufregungen. In den Einzelheiten weichen die beiden Erkrankungen ziemlich von einander ab. Interessant ist, dass Patient P. ausser der melancholischen Veranlagung auch eine solche zu Diabetes besass, wie aus seiner und seines Bruders Zuckerkrankheit zu sehen ist. Zu erwähnen ist noch, dass die Mutter und deren Mutter an Krebs starben.

#### XI.

Familiengeschichte: Ueber die Eltern des Vaters ist nichts bekannt. Der Vater starb 1888 an Gehirn- und Herzschlag, er hatte fünf Geschwister, von denen eine geisteskrank gewesen sein soll. Die Eltern der Mutter starben über 80 Jahre alt. Die Mutter lebt, ist gesund. Die 4 Geschwister der Mutter sollen gesund sein. Von 5 Kindern waren die ältesten beiden Schwestern in der Klinik und in Anstalten, die anderen Kinder sollen gesund sein.

1. Frieda L., später verheh. Fabrikarbeiter T. aus Z., geb. 1877. Früher nie krank. 1894 führte sie 6 Wochen irre Reden, verrichtete aber kleinere häusliche Arbeiten. Juni 1896 wurde sie aufgeregt, fuhr plötzlich nach Berlin, kniete an Strassenecken, wurde von der Polizei aufgegriffen. Im Krankenhause war sie zeitweise sehr erregt, sang laut mit erhobenen Händen, zitierte Bibel-sprüche, lief umher, bedrohte und schlug, sprach zusammenhanglos. Ass öfter nicht, die Speisen seien vergiftet. Hielt sich für die Jungfrau Maria, dann für eine römische Kaiserin, beschuldigte eine Pat. der Hexerei und erklärte, sie wolle alle älteren Menschen von der Welt vertilgen, weil sie den jüngeren das Blut aussaugten.

22. 6. bis 23. 7. 1896 Klinik: Ueber Vorgeschichte, Ort und Zeit orientiert. Gehobener Stimmung, hält sich für vollkommen gesund, sie sei wider-

rechtlich ins Irrenhaus eingesperrt. Sei gestern mit Kaiser Friedrich in einer Kutsche hierher gefahren, er habe ihr immer die Hand gedrückt (meint anscheinend den Transporteur). Die alten Leute nähmen jungen das Blut weg durch Zaubern, Lügen und Trügen. Im Krankenhause hätten die Alten immer so unter sich gelassen, das habe so übel gerochen und deshalb habe sie über dieselben geschimpft. Sie sei Herr auf Erden, sei eine Siegerin, sei Germania, sei die Perle Deutschlands, sei römische Kaiserin, werde als Bräutigam König Otto von Bayern nehmen. Sachsen habe von ihr das Geld, Bayern bekomme ihre Person. Nachts habe sie den lieben Gott gesehen und gehört. Spricht sehr viel, macht mit den Händen sehr viele Bewegungen, lacht häufig, zeigt dann wieder ein feierlich pathetisches Wesen. Weiterhin dasselbe Verhalten; schlägt eine andere Kranke öfter, weil sie zaubere und ihr das Herz wegnehme. Vermutet Gift im Essen, sieht einen Reiter ohne Kopf, Totenköpfe, Engel, Friedrich wolle die Engel schlachten. Verlangt ihre Krone, ihr Szepter, schimpft und schlägt oft.

23. 7. bis 5. 11. 1896 Anstalt N.: Oberflächlich orientiert. Abweisend, spricht wenig. Stundenlang starrt sie mit verzücktem Gesicht zur Decke oder lächelt in sich hinein. Vermutet im Essen Gift. Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen. Schmiert mit Kot. Manchmal spricht sie mehr, in singendem, pathetischem Ton. Ungeheilt entlassen.

1. 12. 1899 bis 22. 1. 1900 Klinik: Inzwischen geheiratet, sonst nichts bekannt. — Sie sei die Jungfrau Maria und schon 100 mal gestorben, die Wärterin sei gestern gestorben und von ihr wieder zum Leben erweckt worden. Glaubt sich verhext, schlägt Mitkranke. Sie sei die Kaiserin und habe alle Macht. Zuletzt vollkommen ruhig, liegt unbeweglich, nicht stuporös im Bett, antwortet nicht. Widerstrebt bei allen Manipulationen.

22. 1. bis 2. 6. 1900 Anstalt N.: Zunächst sehr lebhaft, hat Konflikte mit anderen Kranken. Stimmung sehr labil, dann ruhig, teilnahmslos. Schliesslich regsamer, arbeitet, gibt an, Stimmen gehört zu haben, will nichts Näheres von ihrem Aufregungszustand wissen.

21. 1. bis 4. 3. 02. Klinik: Soll zu Hause inzwischen psychisch gesund gewesen sein, ihre Wirtschaft gut besorgt haben. Seit 17. 1. plötzlich erregt, lachte, weinte, sang, redete verwirrt. — Vorübergehend klar und orientiert, sonst dauernd verwirrt, meist sehr erregt, schimpft auf die Wärterin. Hält sich für eine Königin, schmückt sich mit zerrissenem Bettzeug, geht gravitatisch in der Zelle auf und ab, behauptet 3 Regimenter Soldaten zu haben, bald vom König abgeholt zu werden usw. Schreibt in einem Brief zusammenhanglose Worte, dazwischen Schnörkel und phantastische Zeichnungen. Periodenweise völliges Schweigen mit Verweigern jeder Antwort. Schmiert. Nach N. .

Nach der Entlassung aus N. ging es zu Hause leidlich, sie besorgte ihren Haushalt, ging ausserdem in die Fabrik. Oktober 1904 wurde sie auffällig still, dann sehr erregt, sie sei mit dem Kaiser verwandt, ihr Vater sei ein grosser Mann, war meist gehobener Stimmung.

16. 10. bis 19. 12. 04 Klinik: Zuckt auf Fragen mit den Achseln und lacht blöde, schimpft „Wer sind Sie überhaupt? Wenn Du doktern willst, dann

doktere an Deinen Säuen. Was Du willst, weiss ich schon“. Sehr reizbar, schimpft in unflätigen Ausdrücken. Affektiert, redet pathetisch, sie könne einen König nehmen, ein Prinz wolle sie heiraten, sie sei Germania, Kaiser Friedrich sei ihr Vater usw. wie früher. Läuft nackt umher, ruft „Zurück Totengerippe, Totenreiter! Lass mich in meine Gruft! Drapiert sich mit dem Bett, hält pathetische ideenflichtige Reden, agiert, wiederholt sich häufig, singt und reimt gelegentlich. Schriftlich völlig inkohärent. Dazwischen ruhig, antwortete kaum. Oft plötzlich schwerster zorniger Affekt. Unsauber. Nach N. .

19. 12. 04 bis 2. 5. 05 Anstalt N.: Hochgradig erregt, schreit, lacht, singt, springt umher, zerreisst, schmiert mit Kot. Später zeitweise ruhig, spricht und fragt aber noch sehr viel, erzählt sehr gemein, von früheren mit Leutnants verbrachten Abenden. Schliesslich ruhig und geordnet.

10. 9. 06 bis 14. 5. 07. Anstalt N.: In theatralischer Haltung mit aufgelöstem Haar verlangt sie ihre Freiheit, sie wolle ihr Leben nicht in einer Irrenanstalt verbringen. Spricht einmal von einem Schloss, in dem sie Königin sei. Scheint manchmal auf Stimmen zu antworten, oft unzusammenhängend; erotisch.

9. 12. 07 bis 7. 9. 08. Anstalt N.: Hochgradige Erregung, erotisch, aggressiv.

31. 12. 09 bis 16. 7. 1910. Anstalt N.: Ausserordentlich erregt, spricht theatralisch wirres Zeug durcheinander. Schliesslich Kopfschmerzen, wortkarg, dann Wohlbedinden, beschäftigt sich.

20. 12. 10 bis 3. 9. 11. Anstalt A.: Seit 3 Wochen Wechsel von Heiterkeit und Singen mit Weinen. Spricht von ihrem Lustschloss, sie sei mit dem Kaiser verwandt, sei Gräfin, verkennt die Personen ihrer Umgebung, hält den Arzt für ihren Mann. Zeitweise erotisch, dann wieder völlig abweisend. Schimpft viel. Zuletzt durchaus geordnet und dezent freundlich und ruhig, beschäftigt sich.

Nach der Entlassung aus A. soll sie noch zeitweise verändert sein, aber nur wenig.

Diagnose der Klinik: 1. Manie, 2. Dementia praecox, 3. Exazerbation einer Hebephrenie, 4. hebephrenische Verwirrtheit mit Affektentladungen.

Diagnose der Anstalt N.: 1., 2. und 3. Halluzinatorischer Wahnsinn, 4. hebephrene Form, 5., 6. und 7. periodische Manie.

Diagnose der Anstalt A.: Manisch-depressives Irresein.

2. Hedwig L., später verheh. Arbeiter Th. aus Z., geb. 1880. Schwester der Vorigen. Ueber Kindheit nichts bekannt. Pat. war Verkäuferin. Am 13. 3. 1898 zertrümmerte sie in Berlin Schaufenster, verlangte auf dem Polizeirevier, es solle sie doch einer ficken, der Teufel solle sie von hinten ficken, onanierte, wollte sich nackt ausziehen.

13. 3. bis 27. 5. 1898 Anstalt D.: Enorm erregt, brüllt, schreit, will durchaus heraus, rüttelt an den Türen, dazwischen etwas ruhiger, nennt ihren Namen. — Frische Lues.

Weiterhin sehr lebhaftes, gehobenes Wesen, zeitlich und örtlich orientiert ebenso über ihre Vorgeschichte. Lacht darüber, dass sie Scheiben eingeschlagen habe, sie sei die Nacht bei einem Herrn gewesen, der sie wohl angesteckt habe. Neigt zu obszönen Redensarten, erotisch. Eine Stimme habe Hedwig gerufen, sie auch zum Zertrümmern der Scheiben aufgefordert, in den letzten Tagen



habe sie öfter Angstzustände gehabt. Kein Intelligenzdefekt. Pat. bleibt sehr heiter und lustig, ist vielfach kindlich in ihren Aeusserungen, tanzt und singt viel. Zuletzt Kopfschmerzen, abweisendes Benehmen, nässt ein. Ungeheilt abgeholt.

Inzwischen Heirat, drei normale Partus. Seit dem 12. 5. 1904, mit Eintritt der Menses, hatte Pat. Schmerzen im Leib, lief umher, wurde dann ganz verwirrt, wollte ihr zweijähriges Kind aus dem Fenster werfen.

15. 5. bis 2. 7. 04. Klinik: Motorisch und sprachlich sehr erregt, singt, reimt, deutlich ideenflüchtig, leicht ablenkbar, aber nicht zu fixieren. Theatralische Posen. Affektlage heiter.

Die Bewegungen haben vielfach den Charakter pseudospontaner Bewegungen. Zeitweise ist sie stumm, liegt dabei zusammengerollt im Bett, oder ist heftig motorisch erregt. Antwortet einmal, sie sei hier im Irrenhaus, es sei ihr Ende. Später spricht sie wieder sehr viel, dabei dem ausgelassenen heiteren, oder zornigen Affekt entsprechendes Mienenspiel, manchmal plötzlich ängstlich, spricht von Totenköpfen, die Kinder wohnen, anscheinend halluzinierend. Oft sehr aggressiv. (Glaubt ermordet zu werden, wenn zu fixieren, orientiert.

2. 7. 04 bis 29. 5. 06. Anstalt A.: Einmal ausgelassen heiter, im nächsten Augenblick weinerlich und zornig erregt, habe Angst, dass man sie töten wolle. Schimpft auf die Anwesenden und auf imaginäre Personen in gemeiner Weise. Orientiert. Ihr Vater habe sie ins Schlachthaus gebracht, ein Lehrer wolle sie totmachen, lasse sie nicht in Ruh'.

In der Folge antwortet sie nur selten korrekt, wird häufig plötzlich sinnlos erregt, schimpft, zerreisst. Dazwischen stumm mit gespanntem Gesichtsausdruck im Bett. 1905 zeigt sie mehrfach katatonische Stellungen, ist zeitweise erotisch, Erregungszustände unverändert.

29. 5. 06 bis 15. 1. 07. Anstalt N.: Abweisend, beantwortet Fragen meist nur mit blödem Lächeln, verkennt die Umgebung, redet den Arzt mit Julius an, gibt völlig verkehrte Antworten.

In der Folge ist sie zeitweise ängstlich erregt, antwortet aber nicht. Ende Juni ist sie heiter erregt, singt stundenlang Gassenhauer, kreischt, fordert den Arzt zum Beischlaf auf. Einmal weint sie plötzlich laut. Im Juli wird sie etwas ruhiger, zeigt ein läppisches, kindisches, häufig erotisches Gebahren. Der Zustand bleibt dann noch recht wechselnd, häufig liegt sie still unter der Decke, dann wieder wird sie plötzlich erregt, schreit, singt, schlägt, zieht den Arzt in erotischer Weise an sich, dabei macht sich ein läppischer kindischer Zug bemerkbar. Allmählich nimmt sie erhöhtes Interesse an ihrer Umgebung, fragt nach ihren Angehörigen, schreibt im Dezember in gewandtem Stil mehrere, bis auf einige Wortauslassungen völlig korrekte Briefe, in denen sie sich nach allem zu Hause erkundigt. Arbeitet fleissig, gebessert entlassen.

Diagnose der Anstalt D.: Manie. Diagnose der Klinik: Hyperkinetische Motilitätspsychose. Diagnose der Anstalt N.: Dementia praecox.

Ueber das weitere Schicksal war nur zu erfahren, dass die Familie 1908 nach Berlin verzogen ist.

Die Psychosen beider Schwestern zeigen ausser dem Ausbruch in demselben Alter und der Neigung zu periodischem Auftreten auch in den Symptombildern sehr viel Aehnlichkeit; es würde zu weit führen dies hier im einzelnen noch einmal anzuführen, aus den ausführlicher mitgeteilten Krankengeschichten geht dies zur Genüge hervor. Interessant ist, dass bei beiden die Diagnosen mehrfach zwischen Dementia praecox und Manie resp. manisch-depressivem Irresein schwankten. Besonders da trotz der häufigen Wiedererkrankungen und der schweren Verwirrheitszustände noch keine erhebliche Verblödung eingetreten ist, möchte ich mich der Meinung anschliessen, die die Psychosen beider Patientinnen zu den Affektpsychosen rechnet.

## XII.

Familiengeschichte: Ueber die Eltern, die beide über 75 Jahre alt wurden, und deren Verwandten ist nichts Näheres bekannt, nur dass der jüngste Bruder der Mutter geisteskrank war. Von 13 Geschwistern sind 4 klein gestorben, 2 waren in der Klinik. Ueber die übrigen ist nichts Näheres bekannt, sie sollen gesund sein.

1. Adolf Sch., Schneider aus H., geb. 14. 6. 1845.

War schwächlich, in seinem Beruf faul und ohne Interesse, war von Jugend auf liederlich, wollte nicht arbeiten. Seit 1871 war er zeitweise reizbar, mürrisch, aufgereggt. Februar 94 wurde er besonders erregt.

20. 2. bis 17. 6. 94. Klinik: Orientiert. Schimpft auf die Leute im Krankenhaus, in dem er vorher war. Sie hätten nur gefressen und gesoffen, ihn belästigt und schlecht behandelt.

Nachts wird er oft laut, schimpft, läuft im Saal umher. Allmählich ruhiger und gleichmässiger. Er ist geistig schwach, ohne Interessen, lacht oft unmotiviert, besonders bei der Unterhaltung.

17. 6. 94 bis 7. 9. 96. Anstalt A.: Ueber Vorgeschichte, Ort und Zeit orientiert. Rühmt sich der Prügel, die er in der Klinik ausgeteilt habe. Einsichtslos. Er erzählt, er sei als 6jähriger Knabe die Treppe hinuntergefallen und habe bewusstlos dagelegen.

In der Folge ist er zeitweise freundlich und arbeitet einigermassen. Zeitweise ist er sehr reizbar, halluziniert lebhaft, antwortet auf Stimmen, die ihm vorwerfen er sei ein Räuber usw. Zuletzt ist er dauernd geordnet. Entlassen.

Inzwischen soll er gesund gewesen sein, arbeitete fleissig.

6. 11. bis 27. 11. 99. Klinik: Wegen eines Erregungszustandes aufgenommen. Völlig orientiert, hält sich für gesund, zeigt ein rechthaberisches und anmassendes Wesen, schneidet hinter dem Rücken des Arztes höhnische Grimassen.

Er treibt allerlei kindische Spielereien, ist oft unmotiviert heiter, oft sehr zornig, schimpft und widersetzt sich.

27. 11. 99 bis 6. 3. 00. Anstalt A.: Sehr geschwätzig und meist in gehobener Stimmung. Macht Witze, er müsse hier nun wohl auf 5 Jahre kapitulieren.



In der Folge bekommt er viel Konflikte, es ist unmöglich ihm etwas recht zu machen. Schimpft auf alles, aber in komischer Weise, spricht ideenflüchtig, reimt. Dauernd gehobener Stimmung. Allmählicher Nachlass der Erregung.

16. 5. bis 10. 10. 00. Anstalt A.: Heitere Erregung, macht Witze, er sei mit sechs Rohrstühlen schwanger. Vorlaut, ironisierend.

17. 3. bis 1. 9. 06. Anstalt A.: Bald heiter, zu Scherzen geneigt, bald verstimmt, reizbar, über Kleinigkeiten schimpfend. Die Erregung ist bedeutend geringer, wie bei den früheren Aufnahmen. In der letzten Zeit geordnet und bescheiden, nicht reizbar. Geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Manie.

Diagnose der Anstalt A.: Periodische Manie.

Nach Auskunft der Schwägerin ist Patient seitdem bis jetzt (Februar 1912) gesund geblieben.

2. Hermann Sch., Invalide aus H., geb. 1868. Bruder des vorigen.

Normale Entwicklung. Früher nie auffällig. 1898 als Vizefeldwebel wegen Geisteskrankheit invalidisiert. Es handelte sich um eine lebhaftere und zornige Erregung mit Grössenideen.

19. 3. bis 28. 7. 98. Anstalt N.: Orientiert. Gibt an, dass er oft seinen Namen rufen hörte und dass viel Gift in seinem Körper war. Den Arzt spricht er häufig als Majestät an, bezeichnet bald sich selbst, bald den Arzt oder Wärter als seinen Vater. Ende März ist er ruhig, geordnet, seit Januar ist er wiederholt misshandelt und deprimierter Stimmung gewesen. April wird er wieder heiter erregt, spricht viel, fühlt sich so wohl wie noch nie, zwischendurch weinerlich, die Erregung nimmt zu. Er kommandiert, schimpft, zerreisst, schmiert, verkennt. Schliesslich gleichmässig, geordnet.

Inzwischen normal. Am 19. 5. 06 wurde er plötzlich sehr unruhig, zerbrach das Fenster, war sehr heiter, sprach viel; dazwischen kurze Zornausbrüche. Hörte angeblich Stimmen.

20. 5. bis 8. 6. 06. Klinik: Inkohärenter Rededrang, ausgesprochene Hypermetamorphose, Pseudospontanbewegungen. Wo sind sie hier? „Scheuermann ist tot. Kaiser, König. Und wir gehen nimmer fort und wir bleiben an dem Ort.“ Reimt sehr viel.

Patient wird bald ruhiger, orientiert, bleibt euphorisch, beschwert sich über die Behandlung.

Im Juni wird er wieder erregt, schmiert mit Kot. Wenn man ihn schon eingesperrt halte, könne er sich ja auch wie ein Verrückter benehmen. Ueber seine Person, Ort und Zeit orientiert.

8. 6. bis 21. 9. 06. Anstalt N.: Orientiert, berichtet über seinen früheren Aufenthalt in der Anstalt, verbittet sich in barschem Ton Zwischenfragen, ist auf den Direktor der Anstalt schlecht zu sprechen, weil dieser das Ende seiner militärischen Laufbahn verschuldet habe. Weitschweifig, spricht manchmal affektiert, schneidet öfter Grimassen. Hochfahrendes Benehmen.

Weiterhin behauptet er in geheimen Diensten Seiner Majestät zu stehen, er sei in die Anstalt gekommen um einer Revolution vorzubeugen. Behauptet

alle möglichen Sprachen sprechen zu können, er sei der Sohn des Kaisers, bezeichnet seine Umgebung, wie er zugibt aus Scherz, falsch.

27. 9. 06 bis 13. 2. 07. Anstalt N.: War zu Hause wieder lebhaft geworden. Hier motorische Unruhe, spricht viel, hat viele Wünsche. Schliesslich dauernd geordnet, entlassen.

14. 6. bis 12. 8. 07. Anstalt N.: Beginn mit Halsschmerzen, Flimmern vor den Augen. Hier lebhaftere motorische Erregung, Ideenflucht. Zuletzt geordnet.

Diagnose der Klinik: Hyperkinetische Motilitätspsychose. Katatonie. Diagnose der Anstalt N.: Paranoia?, dann periodische Manie.

Nach Auskunft seiner Frau ist er seit seiner Entlassung aus der Anstalt völlig gesund und normal geblieben.

Dass es sich bei beiden Brüdern um periodisch auftretende manische Erkrankungen handelt, ist wohl nicht zu bestreiten, wenn auch die Psychose des jüngeren Bruders teilweise einen katatonen Eindruck machte. Auffallend ist eigentlich, dass die erste Erkrankung bei beiden ziemlich spät war, erst zu Ende des zweiten Jahrzehnts. Die gesunden Zwischenräume waren von verschiedener Dauer. Bei beiden fehlen längere oder ausgesprochenere depressive Zeiten, im übrigen zeigten die Symptome manche Verschiedenheiten. Leider ist von der übrigen Familie zu wenig bekannt.

### XIII.

Familiengeschichte: Ueber die Eltern des Vaters ist nichts bekannt, ebenso über seine Geschwister und deren Kinder. Der Vater lebt noch mit 60 Jahren, er soll immer gesund gewesen sein. Der Vater der Mutter starb mit 36 Jahren an Nervenfieber. Die Mutter der Mutter starb mit 80 Jahren an Altersschwäche. Die Mutter starb in der Anstalt N. Von den 6 Geschwistern der Mutter leben noch zwei Brüder und zwei Schwestern zwischen 57 und 63 Jahren. Zwei Schwestern sind mit 26 resp. 27 Jahren an Kindbettfieber gestorben. Die Nachkommen sind gesund. Von zwei Kindern war die Tochter in der Klinik und der Anstalt A., der Sohn ist gesund, Militärbeamter.

1. Auguste Pauline B., später verheh. S., aus P., geb. 17. 12. 1847. Lernte gut, war immer etwas phlegmatisch, hielt sich von Vergnügungen zurück. Herbst 1867 tief sinnig, schloss sich von den Menschen ab, weinte viel. Winter 68 und 69 derselbe Zustand. Frühjahr 1874 wurde sie im Anschluss an eine aufgelöste Verlobung reizbar und zornmütig, dann deprimiert, schliesslich laut, schimpfte und zerbrach.

6. 7. 74 bis 30. 4. 75 Anstalt N.: Schwatzt verwirrt, begleitet ihre Reden durch viele Gesten, macht auch längere Zeit dauernde rhythmische Bewegungen, schmiert mit Kot, entblösst sich. 20. 7. ist sie plötzlich ganz still, grimmig. Dann wieder laut und verwirrt. Schliesslich klar, genesen, entlassen.

24. 5. 78 bis 5. 1. 79 Anstalt N.: Inzwischen Heirat, zwei Partus, der 25. 1. 78; stillte; bald wurde sie interesselos, dazwischen exaltiert. Anfangs

hier körperlich sehr elend, dann sehr mobil, pfeift, singt, schwätzt, gestikuliert, maniert, steckt die Hände in den Mund, zupft sich an der Nase, schneidet Grimassen, spricht total verwirrt.

26. 4. 81 bis 25. 1. 88 Anstalt N.: Wegen Wutanfällen mit dazwischen liegendem Stumpfsinn eingeliefert. War auch mit Feuer unvorsichtig umgegangen und hatte sich erhängen wollen. — Dürrtig ernährt, apathisch, schweigt auf alle Fragen.

Lässt unter sich, speichelt, spricht nicht, liegt fast regungslos zu Bett, reisst sich einen Büschel Haare aus, isst gut. Später nimmt sie eigenartige Stellungen an, grimassiert, wälzt sich nackt auf dem Boden umher, schwenkt ihr Essen aus. Vorübergehend sehr ängstlich, spricht nicht, nur manchmal ganz verwirrt. Auch weiterhin liegt sie entweder ganz regungslos da, oder begeht impulsive und verdrehte Handlungen, legt sich in fremde Betten, steigt wortlos auf einen Stuhl, schnaubt sich in die Schürze, spuckt hin, hebt sich die Röcke über den Kopf, schneidet Grimassen. Viel Durchfälle, Erysipel, Exitus.

Diagnose der Anstalt N. 1. Manie. 2. Manie mit melancholischem Vorstadium infolge von zwei Puerperien in kurzer Zeit. 3. Sekundäre Seelenstörung.

2. Hulda S., Dienstmädchen aus H., geb. 4. 12. 1876. Tochter der Vorigen. Normale Entwicklung. 1892 klagte sie über Angstgefühl, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Armen, sie sei behext. Im Sommer 93 hatte sie ähnliche Klagen, starrte oft vor sich hin. Frühjahr 94 wurde sie ganz still; sprach nicht oder unverständlich.

15. 4. bis 9. 6. 94 Klinik: Somatisch o. B. Klagt über Kopfschmerzen und Schmerzen im rechten Arm. Sehr gehemmt, bewegt sich kaum, Allem, was man mit ihr vornimmt, setzt sie passiven Widerstand entgegen. Gesichtsausdruck ängstlich-gespannt. Spricht kaum; annähernd orientiert. Pat. bleibt gehemmt, vorübergehend beschäftigt sie sich etwas.

9. 6. 94 bis 23. 1. 95 Anstalt A.: Antwortet zögernd und leise, örtlich und zeitlich leidlich orientiert. Macht ängstlichen Eindruck. Im Juli traten choreatische Zuckungen in den Extremitäten auf, sie schwätzte in abgebrochenen Sätzen wirres Zeug durcheinander, wurde sehr laut, lachte und weinte viel, schrie unablässig. Derartige Erregungszustände traten dann noch mehrfach im Wechsel mit ruhigeren Zeiten auf; schliesslich wurde Pat. geheilt entlassen. Inzwischen war sie als Dienstmädchen zu voller Zufriedenheit in Stellung. Ende Oktober wurde sie plötzlich erregt, weinte und lachte abwechselnd, antwortete auf Fragen nicht.

5. 11. 95 bis 6. 1. 96 Klinik: Verzieht oft das Gesicht, seufzt, schreit oft unartikuliert auf. Orientierung: Nervenanstalt, November. Pat. gibt zu, Stimmen zu hören, äussert sich aber nicht näher darüber. Sie habe immer Angst, sei so aufgeregt, wolle gern gesund werden. Dazwischen kommen ganz unverständliche Aeusserungen.

Einige Tage ist sie stuporös, wird dann steigend erregt. Am 15. 11. hat sie einen Anfall von schnellschlägigem Tremor in den Extremitäten, der in rhythmische Zuckungen übergeht, dabei verzieht sie das Gesicht bald zum Lachen, bald zum Weinen, nennt auf Fragen den Namen der Aerzte, gibt den

Grund ihres Verhaltens nicht an, schreit heulend, krähend. In der andauernden Erregung singt, schwätzt und schreit sie laut durcheinander, tanzt und läuft umher, ist aber immer zu fixieren, nennt den Namen des Arztes.

6. 1. bis 28. 6. 96. Anstalt A.: Hier teilweise sehr erregt, laut, konfus, schreit und grunzt, dann gehemmt, schliesslich genesen entlassen. Inzwischen war sie angeblich normal. Seit Dezember 98 weinte sie, war ängstlich, sah dann Feuer und Männer, sang und betete.

20. 12. 98 bis 11. 1. 99. Klinik: Antwortet zögernd, oft unverständlich. Örtlich und zeitlich orientiert, macht besonders wenn man sich mit ihr beschäftigt eigentümliche Bewegungen (Rotations- und Schüttelbewegungen des Kopfs, Zuckungen in den Armen zuweilen im ganzen Körper), die beabsichtigt erscheinen und bei suggestiver Beeinflussung nachlassen. Ueber Halluzinationen, Wahnideen nichts zu eruieren. Pat. liegt meist ruhig im Bett, wenn sie sich beobachtet glaubt, brüllt und grunzt sie oft wie ein Tier oder lacht laut auf. Läppisch

11. 1. 99 bis 28. 10. 06. Anstalt A.: Liegt zunächst unbeweglich zu Bett, Flexibilitas cerea. Konvulsivische Zuckungen des Kopfs anfallsweise, wie sie sich beobachtet sieht. Lacht den Arzt an, lispelt „Wer bist Du denn?“ sieht aufmerksam in eine leere Ecke „Ochse“, lacht auf. Pat. wird steigend unruhig, quiekt und lacht, schreit abrupt „Kaiserin“, „Hexen“, reckt die Arme, streckt die Zunge heraus, reisst die Augen auf. Die Stimmung bleibt auch weiterhin ausgelassen lustig, dabei ist Pat. Stunden- oder Tagelang ganz ruhig, liegt vergnügt im Bett ohne zu sprechen oder zu antworten. Nicht negativistisch. Auch weiterhin wechseln kurze Zeiten der Ruhe, in denen Pat. sehr gehemmt ist und leise, ganz kurz aber korrekt, oder garnicht antwortet, manchmal deprimiert erscheint, mit langen Perioden heftiger, heiterer Erregung, in denen sie dumme Streiche macht, manchmal aggressiv wird und schimpft. In den ruhigen Zeiten verhält sie sich, besonders seit 1901 völlig geordnet, ist nicht gehemmt, gibt über ihr früheres Leben gut Auskunft, sie sei jetzt kopfkrank und zu übermütig gewesen. Schliesslich geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Halluzinatorisches Irresein, bei der zweiten Aufnahme ausserdem Zustandsbild der Katatonie, bei der dritten hysterischer Stupor auf degenerativer Basis? Diagnose der Anstalt A.: Manie, periodische Form der einfachen Seelenstörung.

Nach Auskunft ihres Onkels vom Februar 1912 ist sie sei der Entlassung völlig normal gewesen.

Die Psychosen von Mutter und Tochter gleichen sich in vielen Punkten und zwar sowohl in dem Verlauf in einzelnen Anfällen mit Ausgang in angebliche völlige Heilung als auch in den einzelnen Symptomen. Beide zeigen zunächst depressive Phasen, später Erregungszustände mit heiterer Stimmung und Verwirrtheit, motorische katatone Erscheinungen, sonderbare Handlungen, dazwischen Zeiten der Depression und Hemmung. Bei der Tochter traten auch noch eigenartige hysteriforme Anfälle auf. Es ist schwer zu entscheiden ob man die Psychosen zur Katatoniegruppe oder ob man sie zu der der affek-

tiven Psychosen rechnen will, ich möchte mich fast für letztere Auffassung entschliessen. Leider ist über die Familie nichts bekannt, was zu einer sicheren Auffassung verhelfen würde.

## VIV.

Familiengeschichte: Der Vater des Vaters ist früh gestorben, er soll immer sehr gezankt haben, nach anderer Angabe geisteskrank gestorben sein. Die Mutter des Vaters starb, nachdem sie 2 Jahre durch einen Schlaganfall gelähmt war, sie war psychisch nicht auffällig. Der Vater war in der psychiatrischen Klinik in L. Die älteste Schwester des Vaters, die mit 82 Jahren starb und immer geistig normal gewesen war, hatte aus der Ehe mit einem geistig gesunden Vetter 7 Kinder, von denen 5 Töchter geistig gesund, 2 Söhne geisteskrank waren (der eine, Hermann J., war in der psychiatrischen Klinik in L.). Die beiden nächsten Geschwister des Vaters waren Zwillingsschwestern. Die ältere Zwillingsschwester, in deren Mannes Familie geistige Störungen nicht bekannt geworden sind, hatte 2 Töchter und 4 Söhne; von letzteren beging der eine in Geisteskrankheit Suizid, der andere war mehrfach wegen Geisteskrankheit in Anstaltsbehandlung, die anderen waren gesund. Die zweite Schwester heiratete auch in eine gesunde Familie und war selbst gesund; ihr einziger Sohn war oft schwermütig, kam aber nicht in eine Anstalt, er nahm sich das Leben, indem er Pulver in den Mund steckte und sich das anzündete; von den beiden Töchtern beging die eine Suizid, die andere ist gesund. Nach den Zwillingsschwestern kam ein Bruder, der mit 30 Jahren verunglückt ist, seine beiden Kinder starben klein. Dann kam ein mit 40 Jahren an Miliartuberkulose gestorbener unverheirateter Bruder, beide waren normal. Schliesslich kam eine mit 70 Jahren an Magenkrebs gestorbene unverheiratete Schwester, die immer etwas aufgeregt war, aber nie fortgebracht wurde. Der Vater der Mutter und dessen 2 Schwestern, wahrscheinlich auch sein Vater, starben an Schwindsucht. Einer seiner Brüder starb mit 90 Jahren, der andere ist verschollen. Die Mutter der Mutter und deren Eltern und 2 Geschwister starben an Altersschwäche, waren immer normal. Die Mutter lebt noch mit 75 Jahren, war immer gesund. Die 7 Geschwister der Mutter starben in hohem Alter, waren ebenso wie ihre Nachkommen, immer geistig gesund. Von 3 Kindern war die älteste Tochter, die jetzt 48jähr. Frau Hedwig G., in der psychiatrischen Klinik in L., die jetzt 46jähr. zweite Schwester nimmt alles schwer und ist manchmal sehr traurig, ohne dass sie heitere Zeiten dazwischen hätte; ihre 6 Kinder sind bis jetzt gesund. Die nächste Tochter war in der Klinik, ihre 3 Kinder sind gesund.

1. Wilhelm P., Gastwirt aus L., geb. 1830. Früher nie ernstlich krank. Seit zirka 1870 Erregungszustände, meist im Frühjahr und Herbst, die in den letzten Jahren heftiger und anhaltender wurden. Jetzt zeigte er sich seit Mai 1886 empfindlich, warf die Leute hinaus, sprach sehr viel, kam vom Hundersten ins Tausendste, erschien Fremden nur fidel und aufgeräumt, trank zeitweise stark.

27. 7. bis 24. 8. 1886 Klinik in L.: Somatisch o. B. Maniakalisch erregt. Bleibt erregt, singt, pfeift, tanzt umher, sehr heiter, deutliche Ideenflucht. Schliesslich korrektes Verhalten, Krankheitseinsicht.

Diagnose der Klinik in L.: Periodisches Irresein (Manie). Nach mündlicher Angabe der Frau war Pat. auch seitdem noch immer im Frühjahr und Herbst erregt. 1891 hat er sich am Hochzeitstag der jüngsten Tochter erhängt.

2. Clementine B., geb. P., Fahrradhändlersfrau aus C., geb. 21. 5. 1868, Tochter des Vorigen. Als Kind Masern, gastrisches Fieber. Gute Schulerfolge. 3 normale Geburten, in den Jahren 1892—95; stillte die Kinder. Nach Angabe des Mannes hatte Patientin schon immer Zeiten, in denen sie mit allem unzufrieden war, dachte, dass die Anderen nicht genügend arbeiteten und nicht sparsam genug seien, selbst mit nichts fertig wurde, sehr knickerig war, alles schwer nahm und vom Sterben sprach. In den letzten 10—15 Jahren nahmen diese Perioden an Intensität zu. Sie kamen jährlich meist zweimal und dauerten 14 Tage bis 4 Wochen. Ein Umschlag ins Gegenteil fand nie statt. Am 21. 4. 12 klagte sie, sie fühle sich nicht wohl, die Arbeit fiel ihr in den nächsten Tagen schwer; in der Nacht des 24. versuchte sie, sich mit einem Rasiermesser die Pulsader aufzuschneiden, nahm dann Schiesspulver in den Mund und zündete es an, sie zog sich aber nur eine ziemliche Verbrennung der Mundschleimhaut zu. Menses in der letzten Zeit etwas unregelmässig.

25. 4. bis 20. 5. 12. Klinik: Orientiert. Gibt gut über ihre Vorgeschichte Auskunft. In den kranken Zeiten stehe sie morgens schwer auf, stürze sich auf die Arbeit, um eine innere Unruhe zu überwinden, bringe aber nichts fertig, halte sich für schlecht. Sie hetze dann ihren Mann und ihre Kinder zur Arbeit, habe die Sorge, dass das Geld nicht reiche, dass sie verhungern müssten, kaufe auch Notwendiges nicht, obwohl sie Geld im Kasten habe. Motiviert die Suizidversuche damit, dass sie ihrer Familie Ruhe vor ihren Zuständen verschaffen wollte, habe sich die Versuche den ganzen Tag überlegt. Auch das Denken falle ihr in den Zeiten schwer, von selbst lustig sein könne sie überhaupt nie, nur wenn sie dazu angeregt werde. Weiterhin fehlt noch die richtige Bewertung ihres Suizidversuchs, in den traurigen Zeiten habe sie alles Frohe und Schöne, was sie erlebt, vergessen. Der gegen ärztlichen Rat gemachte Versuch der Entlassung misslingt, da Patientin zuhause sich völlig leistungsunfähig fühlt und selbst nach der Klinik zurück wünscht. Schliesslich anscheinend geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Periodische melancholische Zustände.

3. Hedwig G., geb. P., Rentiersfrau aus C., geb. 1864, Tochter des Vorigen. Normale Entwicklung und Schulerfolge.

30. 8. 1886 erste Geburt, die normal verlief.

6. 9. Plötzliche Erregung, Patientin begann unzusammenhängend zu sprechen, sang, hüpfte, schmückte sich, schlief nicht. Einige Tage nachher wurde sie reizbar, eigensinnig und streitsüchtig. Stillte das Kind.

9. 9. bis 30. 10. 1886. Klinik in L.: In stark maniakalischer Erregung, Ideenflucht, Inkohärenz. Einzelne Ideen und Worte kehren immer wieder: „Mutter, ich muss himmeln“ (mit den Zöpfen ahmt sie dies stets nach). Leicht erotisch. Sie bleibt laut, ideenflüchtig, reimt.

20. 9. Weint mitunter. Launenhaft und eigensinnig. Schläft besser.

22. 9. Ruhiger und klarer. Geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik in L.: Puerperalpsychose.

Mai 1912 gab mir Patientin selbst an, an die Psychose nur eine unklare Erinnerung zu haben, dieselbe sei ihr aber nicht unangenehm. Sie sei völlig wirr im Kopf gewesen, wusste nicht, was mit ihr los war, wusste aber, wohin sie gekommen war, da sie die Räume von den Besuchen bei ihrem Vater kannte. Seitdem sind die Stimmungsschwankungen oder sonstige krankhafte Erscheinungen nicht mehr bei ihr aufgetreten. Sie hat noch 2 mal ohne Zwischenfall geboren.

4. Hermann J., Kaufmann aus C., geb. 1. 3. 1854. Vetter väterlicherseits des Vorigen. Früher nie krank. Seit 1882 ziehende Schmerzen in den Beinen. Seit März 1886 teilnahmslos, lachte vor sich hin, kannte sich nicht mehr aus, wurde sehr vergesslich.

22. 3. 86 bis 28. 8. 87. Klinik in L.: Leichte Ptosis rechts, Patellarreflexe etwas abgeschwächt. Lues zugegeben. Sehr apathisch, fühlt sich sehr wohl. Später kommen unsinnige Grössenideen, will Dinners mit 5000 Flaschen Rotwein geben. Uriniert ins Zimmer, halluziniert, seine Mutter habe ihm den Kopf abgeschnitten und ins Wasser geworfen, in seiner Matratze seien 5 Mann eingenäht. Ist Majestät der ganzen Welt. Exitus.

Diagnose der Klinik in L.: Dementia paralytica.

Diese Familiengruppe zeigt eine Reihe psychischer Störungen, die, wenn man von den nicht näher bekannten Erkrankungen und von dem einen Fall von Paralyse, und vielleicht auch von der noch zu besprechenden Puerperalpsychose absieht, sämtlich zu den Affektionspsychosen gehören. Beim Vater handelte es sich im wesentlichen um mehr oder weniger heftig auftretende manische Erkrankungen, doch fehlten auch depressive Elemente nicht, wie sein Suizid zeigt. Zwei seiner Neffen endeten auch durch Suizid, bei dem einen ist ausdrücklich bemerkt, dass er oft schwermütig war, auch eine Nichte beging Selbstmord. Auch unsere Patientin Frau Clementine B., die Tochter des eben genannten Vaters, versuchte sich das Leben zu nehmen, und zwar anscheinend in der Zeit des beginnenden Klimakteriums, nachdem sie schon immer Zeiten gehabt hatte, in denen ihre Psyche nach der depressiven Seite hin verändert war; diese Störungen waren allmählich immer ausgeprägter geworden. Bei ihrer 46jährigen Schwester handelt es sich anscheinend um eine ähnlich geartete Persönlichkeit, ohne dass bis jetzt Anstaltsaufnahme notwendig geworden wäre. Die älteste Schwester dagegen, die Patientin Hedwig G., machte mit 22 Jahren im Anschluss an die erste Geburt eine Erkrankung durch, die sehr wohl als Manie gedeutet werden kann; bei der Entstehung im Anschluss an eine Geburt und der Art des Beginns, sowie bei der Inkohärenz und dem Verbigerieren könnte man auch an eine puerperale Amentia denken; die restlose Heilung ohne Wiedererkrankung spricht jedenfalls gegen eine Erkrankung der Katatoniegruppe, die im Puerperium nach meinen

Erfahrungen sehr ungünstig zu verlaufen pflegt. Es ist möglich, dass es sich auch bei dem Vater des Vaters und vielleicht auch bei der jüngsten unverheirateten Schwester des Vaters um manische Konstitutionen resp. Erkrankungen gehandelt hat. Nicht uninteressant ist, dass sich also nicht nur Abweichungen nach der einen Richtung hin, sondern sowohl manische, als melancholische Psychosen in dieser Familie fanden. Was den einen Fall von Paralyse betrifft, so lässt sich, besonders da die Psychose des Bruders nicht bekannt ist, über hereditäre Einflüsse nichts aussagen. In der Familie des mütterlichen Grossvaters unserer Patientin ist die Neigung zu Tuberkulose hervorzuheben, die sich aber nicht weiter fortgepflanzt hat.

#### XV.

Familiengeschichte: Der Grossvater des Vaters soll an Paralyse gestorben sein. Eine Tochter eines Bruders des Vaters ist in einer Anstalt. Der Vater endete 1894 durch Selbstmord, angeblich infolge unglücklicher äusserer Verhältnisse. Die Mutter machte einen sonderbaren Eindruck, soll in einer Anstalt gewesen sein, in ihrer Familie sollen Geisteskrankheiten nicht vorgekommen sein. Von 5 Kindern waren die 3 Söhne immer gesund, 2 Töchter waren in der Klinik.

1. Elise R., Gutsbesitzerstochter aus S., geb. 1870. Normale Entwicklung. Mit 14 Jahren Lungenblutung, die Lunge heilte vollständig aus. Januar 1890 war sie nach einer Erkältung psychisch verändert, sprach viel von Vergiftung, war sehr deprimiert. Nach etwa 14 Tagen war sie wieder normal. August 1890 wurde sie aufgeregt, sprach mehr und lebhafter wie sonst, schlief schlecht. Dann wurde sie sehr unruhig, sprach unzusammenhängend, deklamierte, hielt sich für die Klügste auf der Welt, duzte den Arzt, äusserte Vergiftungsideoen.

5. 9. 90 bis 11. 2. 91 Klinik: Lacht und spricht unaufhörlich, stellt tausenderlei Fragen, schäkert mit dem Arzt. Singt viel, zieht sich aus. Behauptet, die Professoren im Ofenrohr sprechen zu hören, duzt die Umgebung. Sie sei mit Opium und mit Typhusgift vergiftet, habe dreimal Typhus gehabt. Bleibt dauernd gehobener Stimmung, deklamiert, predigt, sie habe Kraft für 10, brauche deshalb nicht zu essen. Fortwährend würden Experimente mit ihr angestellt, sie werde allgemein zum Studium benutzt, zu ihr führten Drähte, durch die sie elektrisiert würde. Sehr erotisch. Tunkt ihr Haar in den Urin. Behauptet, nächtliche Besuche vom Arzt zu bekommen, nennt sich Lotte von Orleans, nennt den Kaiser ihren Pseudogemahl. Im Dezember allmähliche Beruhigung. Krankheitseinsicht, sie habe viel Stimmen gehört, die ihr vom Kaiser usw. sprachen, ab und zu höre sie noch ihren Namen rufen. Nach völlig normalem Verhalten ist sie Mitte Januar eine Zeit lang etwas deprimiert, sie fühle sich ihren Angehörigen und ihrem Bräutigam gegenüber völlig fremd. Schliesslich geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Manie.

Pat. ist seitdem völlig gesund geblieben, sie heiratete 1896, hat 4 gesunde Kinder.

2. Martha R., Gutsbesitzerstochter aus S., geb. 1873, Schwester der vorigen. Von Kindheit an zart, hatte bis zum 12. Lebensjahr nach Aufregungen eigenartige Zustände, bei denen sie ganz still und steif wurde, litt ausserdem an Rhachitis. 1891 wurde sie gelegentlich Behandlung ihrer rhachitischen Beine sehr erregt, sprach und schimpfte viel. Seit 1894 war sie auffallend still, machte eine unglückliche Liebe durch. März 1896 wurde sie erregt, sprach viel, redete viel durcheinander, äusserte auch, sie wolle sich das Leben nehmen.

19. 3. bis 24. 10. 96 Klinik: Völlig orientiert, lacht und weint abwechselnd. Infantiler Habitus. Wirft mit Geschirr, tolt Ohrfeigen aus, singt Liebeslieder, bestreut ihr Haar mit Silberpapier, sie sei ein Königskind. Rededrang teilweise inkohärent. Halluziniert viel, glaubt ihren Bräutigam zu sehen, sich im Zucht- haus zu befinden. Grüssenideen, auf ihren Befehl gehe die Sonne unter. Spricht mit nicht vorhandenen Personen. Erotisch. Schmiert mit Kot. Singt viel. Fragt die Aerzte, wieviel Huren sie hätten, sie sei keine Hure, wird aggressiv. Zerreisst, spuckt und uriniert, weil es ihr Spass mache. Spricht unzusammenhängend, schneidet Gesichter. Seit September allmähliche Beruhigung, doch bleibt sie eigensinnig, sehr eitel und oberflächlich, erotisch, lässt sich von einem Monteur küssen. Schliesslich wesentlich gebessert entlassen.

Diagnose der Klinik: Manie.

Pat. wurde nie ganz gesund, litt nach ärztlicher Angabe an „Folie circulaire“, starb durch einen Unglücksfall.

Die ältere Schwester machte, nachdem sie kurz vorher einen Depressionszustand gehabt hatte, mit 21 Jahren eine Manie durch und ist bis jetzt gesund geblieben. Bei der jüngeren Schwester wechselten anscheinend depressive Phasen mit manischen Zuständen ab. Die Angaben über die übrige Familie sind leider nicht ausführlich genug.

#### XVI.

Familiengeschichte: Die Mutter war in der Klinik und in der Anstalt A., eine Tochter in der Klinik.

1. Lina W., Gastwirtsfrau aus H., geb. 1858. Angeblich keine Heredität. Drei normale Geburten. Seit dem Tode des jüngsten Kindes am 10. 8. 90 weinte sie sehr viel, vernachlässigte ihre Arbeit, rannte umher, schlief nicht. Seit einigen Tagen war sie ganz starr, stumm.

9. 9. bis 18. 10. 90 Klinik. Starrer Gesichtsausdruck, die oberen Augenlider hochgezogen, spricht nicht, klagt nur einmal über Kopfschmerzen; somatisch o. B. Weiterhin weint sie viel, sie habe so ängstliche Beklemmungen, möchte immerzu weinen; weiss nicht, wie sie hergekommen ist, keine Sinnes-täuschungen. Allmählich freier, weint weniger, beschäftigt sich, sieht wohler aus. Ueber ihre Krankheit weiss sie wenig, sie habe geglaubt, am Tode ihres Kindes Schuld zu sein. Wird schliesslich geheilt entlassen.

Nov. 90. Poliklinik: Sei manchmal etwas ängstlich, wehmütig, dann falle ihr die Arbeit schwer.

Diagnose der Klinik: Melancholischer Stupor.

2. Martha W. aus H., Tochter der vorigen, geb. 15. 6. 1886. Normale Entwicklung. Seit dem 12. Jahr Menses. Im Sommer 1902 machte Pat. einen etwa 8 Wochen dauernden Depressionszustand durch, sie war auffällig still, grüblerisch, nahm an Gewicht ab, schlief schlecht. Dann völlig gesund. Anfang Juni 1903, 5 Tage vor den Menses, setzte ein neuer Depressionszustand ein, sie sass einsilbig und teilnahmslos herum, klagte über völlige Leistungs-unfähigkeit, ass wenig. Mit Beginn der Menses wesentliche Besserung. Sechs Tage vor den nächsten Menses rasch zunehmende körperliche und sprachliche Erregung mit heiterer Stimmung.

16. 7. bis 11. 9. 03. Klinik: Bei der Aufnahme orientiert, heiterer Stimmung, erotisch, reißt in ihrem Rededrang tausend heterogene Dinge aneinander, zeigt reichliche rasche Bewegungen. Somatisch o. B. Zunehmende Erregung, manchmal rascher anscheinend unmotivierter Wechsel zwischen Euphorie und lautem Heulen mit Angsteffekten. Singt viel, trommelt Märsche an den Fensterläden, zieht sich aus, zerreisst ihre Wäsche und schmückt sich damit. Vorübergehend ruhiger, zeigt gute Schulkenntnisse, war immer zeitlich und örtlich orientiert, gute Kritisierung ihrer Umgebung. Erheblicher Rededrang mit Ideenflucht, erotisch. Einmal unsauber.

11. 9. bis 4. 11. 03. Anstalt A. Ideenflucht, Neigung zu Klangassoziationen, Reimen, Scherzen. Kurz zu fixieren, antwortet dann sinngemäss, schweift aber sofort wieder ab, verarbeitet dabei alle Gegenstände und Vorgänge in ihrer Umgebung. Weiterhin halluziniert sie stark, hört Schimpfworte, sie solle fort, solle in ein Bordell, solle verlobt sein, ein Verhältnis haben. Dauernd heiter, nur manchmal kurz weinerlich. Allmählich Besserung, die Menses gehen ohne Einfluss vorüber. Schliesslich geordnet, ruhig, fleissig. Geheilt nach Hause entlassen.

Diagnose der Klinik: Menstruelle Manie. Diagnose der Anstalt A.: Manisch-depressives Irresein.

Nach schriftlicher Auskunft des Gastwirts W. sind Frau und Tochter seit obigen Erkrankungen völlig gesund geblieben.

Während es bei der Mutter bei der einmaligen melancholischen Erkrankung im 32. Lebensjahr im Anschluss an den Tod eines Kindes geblieben zu sein scheint, ohne dass sonst manische oder melancholische Erkrankungen auftraten, entwickelte sich bei der Tochter im 16. Lebens-jahre ohne bekannte äussere Veranlassung eine Depression und im nächsten Jahre im Anschluss an eine erneute Depression eine ausgesprochene Manie, ohne dass angeblich seitdem eine Wiedererkrankung erfolgt wäre.

#### XVII.

Familiengeschichte: Die Eltern sollen gesund gewesen sein, sonst ist über die Familie nichts bekannt. Von 4 Geschwistern war 1 Bruder gesund, 1 Sohn und 1 Tochter in der Klinik, ausserdem angeblich noch 1 Tochter und 1 Kind derselben vorübergehend geisteskrank.

1. Gottlieb B., Maurer aus L., geb. 2. 1. 1862. Pat. soll stets menschen-scheu gewesen sein, lebte nur mit seiner Mutter zusammen, kümmerte sich nicht um seine



Schwestern. War Soldat. Am 26. 11. 89 starb seine Mutter. Pat. weinte 3 Tage und 3 Nächte lang. Sprach dann konfuse Zeug, meist von religiösen Dingen.

12. 12. 88 bis 17. 1. 89 Klinik: Orientiert, sehr gehobener Stimmung, hält sich für sehr gesund, spricht und singt sehr viel, singen sei seine Leidenschaft. Auch fernerhin ist er meist heiter, vorübergehend weinerlich, er habe Gott versucht und bekenne, dass er sündig sei. Hört die Stimme seiner Braut. Er trinkt Urin und wäscht sich die Hände damit. Zuletzt ist er vorwiegend deprimiert. Verlangt nachhause. Er kann aber leicht zum Lachen gebracht werden.

17. 1. 89 bis 19. 4. 90 Anstalt A.: Orientiert. Zunächst heiter, dann weint er viel.

30. 1. liegt er den ganzen Tag vollkommen gelähmt im Bett, ist zyanotisch, Puls klein, Pupillen eng und reaktionslos. Abends kommt er wieder zu sich. Temp. 39,7.

Er arbeitet dann. Wird geheilt entlassen.

1897 wegen eines ähnlichen Zustandes ein halbes Jahr lang in einer unbekannteren Anstalt behandelt. Inzwischen gesund, aber etwas menschenscheu. Januar 1902 wurde er sehr heiter, sang und piff auch nachts, dann wurde er deprimiert, weinte.

2. 2. 02 bis 3. 3. 02 Klinik: Weinerlich, spricht spontan wenig. Hat Krankheitsgefühl. Orientiert. Keine Intelligenzschwäche.

Seit dem 5. 2. andauernde heitere Erregung, ohne Depressionen.

3. 3. bis 3. 8. 02 Anstalt A.: Steigende heitere Erregung, schliesslich mit grosser motorischer Unruhe, starker Ideenflucht, Neigung zum Zerstören. Singt viel, spricht oft davon, dass er seine Köchin heiraten will. Schliesslich geordnet, fleissig, kein depressives Endstadium.

4. 6. bis 21. 8. 08 Klinik: Stimmung meist heiter, lacht und singt viel. Rededrang oft inkohärent. Zeitweise weint er und ist traurig. Keine Krankheitseinsicht. Auch fernerhin ist er meist sehr heiter, macht Scherze, schreibt sehr viel lange Briefe, äussert Grössenideen, so bezeichnet er Prinzessin Luise als seine Frau. Die Prüfung der Intelligenz ergibt keine Abschwächung derselben.

21. 8. bis 28. 11. 08 Anstalt A.: Immer leicht gehobener Stimmung, allenthalben Heiratspläne. Fleissig. Nach einer anderen Anstalt überführt, weiter nichts bekannt.

Diagnose der Klinik: Manierezidiv. Psychose mit manischen und depressiven Stadien. Diagnose der Anstalt A.: Manisch-depressives Irresein.

2. Auguste V. geb. B., Bahnwärtersfrau aus L., geb. 23. 1. 1886. Schwester des Vorigen. Normale Entwicklung. 1891 Heirat, 4 normale Geburten. Zwei Kinder starben klein an Krämpfen, das erste und das letzte leben. Letzte Geburt Mitte April 95. Nach 14 Tagen bekam sie schlimme Brüste, angeblich kein Fieber, setzte das Kind ab. Seit 4 Wochen nach der Entbindung wurde Pat. allmählich erregt, sie betete, sang, lachte viel, weinte manchmal, sprach verwirrt.

30. 5. 95 bis 20. 7. 95. Klinik: Stimmung leicht gehoben. Spricht ganz inkohärent, rythmisch, reimt, gestikuliert dabei wie wenn sie zu jemand spreche. Ruft manchmal laut einzelne Worte: Rechts — links — festhalten — mein Licht — wissen usw. Somatisch o. B.

Pat. wird in den nächsten Tagen ruhiger, nimmt eigentümliche Stellungen ein, macht sonderbare Bewegungen, ist nicht zu fixieren. Vorübergehend ist sie klarer, örtlich orientiert. Sie hört und sieht ihren Bruder und ihre Schwester, riecht Chloroform, hört Schimpfworte wie Hure usw. Ende Juni ist sie wieder erregter, spricht und singt viel. In ihren Antworten ist sie ablehnend, stellt oft Gegenfragen. Ruhigere und klarere Zeiten treten nur vorübergehend auf. Sie schimpft viel, die Pflegerin sei eine Hure, sei venerisch. Wird aggressiv.

20. 7. bis 10. 11. 95. Anstalt A.: Bei der Untersuchung wird Pat. immer konfuser in ihren Aeusserungen, wirft alles durcheinander, wiederholt an sie gestellte Fragen 3—4 Mal, antwortet in Gegenfragen oder hält starr an die Decke sehend Selbstgespräche die aus unzusammenhängenden Worten bestehen. Orientierung mangelhaft.

Weiterhin ist sie meist sehr erregt, vielfach unzufrieden und ablehnend. Sie fragt den Arzt: Wie heisst mein jüngstes Kind? Sie wissen es nicht und wollen studiert haben? Studieren Sie weiter, ich habe nicht studiert und weiss alle Namen meiner Kinder. Schliesslich wird sie völlig klar und geordnet, nach kurzem Rückfall entlassen.

Inzwischen nicht auffällig. Noch 4 Geburten, 2 Kinder davon starben. Letzte Geburt 4. 8. 01, sie stillte das Kind. Anfang Oktober 01 fing sie an schlecht zu schlafen, ass wenig, redete konfus vor sich hin, war streitsüchtig, hatte Angst.

6. 10. bis 30. 12. 01. Klinik: Starrer Gesichtsausdruck, lebhafter motorischer Unruhe, wirft sich im Bett umher, klettert heraus, wird gegen die anderen Kranken aggressiv, singt dann wieder stundenlang in selbstgemachten sinnlosen Reimen vor sich hin. Schwer fixierbar. Ueber Zeit, Ort und Umgebung ist Pat. orientiert. Meist gibt sie konfuse Antworten. Ueber Halluzinationen ist nichts zu eruieren.

Unterbrochen von kurzen ruhigeren Zeiten zeigt Pat. dauernd starken Bewegungs- und Rededrang. Sie spricht spontan fortgesetzt, zum Teil an gehörte Worte anknüpfend, mit ähnlich lautenden dann fortspinnend, singt viel, zeigt sehr deutliche Ideenflucht. Verkennt Personen, ist zeitlich und örtlich während der Erregung desorientiert.

30. 11. bis 30. 12. 01. Anstalt A.: Zornig erregt, schlägt um sich und schimpft. Beantwortet Fragen nicht oder ganz sinnlos, mit obszönen Redensarten. Das Verhalten bleibt laut und abweisend. Allmählich wird Pat. ruhig, korrekt, fleissig, über die erregte Zeit will sie nicht Auskunft geben. Geheilt entlassen.

Diagnose der Klinik: Halluzinatorisches Irresein (Puerperalpsychose manischen Charakters): Laktationspsychose. Diagnose der Anstalt A.: Halluzinatorisches Irresein.

Nach Angabe des Gemeindevorstehers ist Pat. seitdem völlig gesund und unauffällig geblieben.

Die Psychose des Sohnes, der immer menschenscheu gewesen sein soll, ist eine ausgesprochene Affektpsychose mit sehr schneller Ab-



wechslung von manischen und melancholischen Zuständen, die Intelligenz hat noch nicht gelitten. Es ist nicht leicht zu sagen, wie die Psychosen der Tochter aufzufassen sind. Die erste Erkrankung macht besonders im Beginn ganz den Eindruck einer puerperalen Amentia, neben reichlichen Halluzinationen, Stimmungswechsel, mangelhafter Orientierung finden sich katatone motorische Erscheinungen. Die zweite Erkrankung, die in der Laktation aufgetreten war, zeigte heitere und zornige Erregung, Ideenflucht, nur bei heftiger Erregung gestörte Orientierung, anscheinend Fehlen von deutlichen Halluzinationen. Hier könnte man eine Manie annehmen, auch die erste Erkrankung liesse sich schliesslich so auffassen, wenn man in Betracht zieht, dass in der Diagnose der Klinik der manische Charakter der Psychose betont ist; vielleicht ist in der Krankengeschichte der manische Charakter nicht so zum Ausdruck gekommen. Es lässt sich auch denken, dass bei der ersten Erkrankung durch die Mastitis eine Amentia veranlasst wurde, die die vorhandene Disposition zu affektiver Erkrankung auslöste, sodass wir Züge beider Psychosen vor uns hätten; schliesslich liesse sich auch an eine in Schüben verlaufende Katatonie denken.

## XVIII.

Familiengeschichte: Ueber die Eltern des Vaters ist nichts bekannt. Der Vater starb an Altersschwäche, war immer normal. Ueber die Geschwister des Vaters ist nur bekannt, dass der Sohn eines Bruders in der Klinik war. Es sollen noch mehrfach Gemütsleiden in der Familie vorgekommen sein. Ueber die Familie der Mutter ist nichts bekannt. Die Mutter starb an Altersschwäche, war geistig nie auffallend. Von 3 Kindern war eine Tochter in der Klinik, über die andern ist nichts bekannt.

1. Louis K., Hüttenarbeiter aus T., geb. 1858.

Ueber Jugend nichts bekannt. War immer gleichmässiger Stimmung, nie besonders traurig oder heiter. Seit Februar 1911 machte er sich Selbstwürfe, er habe seine Vorgesetzten betrogen, werde vor Gericht kommen, habe es zu nichts gebracht.

26. 5. bis 24. 7. 11. Klinik: Völlig orientiert. Er habe sich in der Krankenkasse zu hoch versichert, sich in einer andern Fabrik Geschirr geholt, müsse in's Zuchtshaus dafür. Insuffizienzgefühle angedeutet, traurige Stimmung, Angst. Intelligenz intakt. Im Sputum Tuberkelbazillen.

Allmählich tritt die Angst vor Strafe etwas zurück. Ungeheilt abgeholt. Diagnose der Klinik: Melancholie.

Nach Angabe des Gemeindevorstehers ist K. sechs Wochen nach der Entlassung an seinem Lungenleiden gestorben, sein geistiger Zustand hatte sich nicht geändert.

2. Ernestine U., geb. K., Werkmeistersfrau aus T., geb. 1858. Cousine des Vorigen. Lernete in der Schule gut. Drei normale Geburten, die Kinder sind

gesund. Seit zirka 1906 mit Eintritt der Menopause fühlte sie sich auffällig matt, war unruhig, schlief und ass schlecht. Seit Februar 1911 sprach sie sehr viel, alle Angehörigen sollten gekrönt werden, ein Krönungsfest sollte stattfinden, hatte überall etwas zu tadeln zu Hause.

28. 3. bis 12. 4. 1911. Klinik: Erzählt sehr weitschweifig von ganz unwichtigen Dingen, Grundstimmung heiter. Zeitlich und örtlich orientiert. Spricht viel von einer goldenen Hochzeit, zu der sie ganz Halle, Europa, Amerika einlädt. Neigt zu Witzen und Zitaten.

Weiterhin meist heiter, dazwischen zornig und reizbar. Ideenflucht, knüpft an Alles an was sie sieht und hört, singt. Dazwischen ganz kurze Depressionen. Inzwischen Gallensteinoperation in der Chirurgischen Klinik.

13. 5. bis 1. 7. 1911. Klinik: Anfangs örtlich und zeitlich mangelhaft orientiert. Erhöhte Temperaturen, Stimmung sehr wechselnd, manchmal weint sie, sie sei sehr schlecht, ihr Mann wolle nichts mehr von ihr wissen, dann wieder schimpft sie, sie bekomme nichts zu essen, einige Tage heiter, singt vor sich hin, knüpft dabei an Alles in der Umgebung an. Das Fieber steigt immer höher, starker Decubitus. Exitus.

Diagnose der Klinik: Präseniler manisch-depressiver Zustand.

Interessant ist, dass bei beiden Patienten, Vetter und Cousine, eine zu derselben Gruppe gehörige Psychose in demselben vorgerückten Alter zum Ausbruch kam, nämlich bei beiden im 53. Lebensjahr. Bei dem Patienten K. handelte es sich um ein rein melancholisches, bei der Patientin U. um ein manisch-melancholisches Bild. Auch das berichtete Vorkommen noch mehrerer Gemütsleiden in der Familie wird besonders bei manischen und melancholischen Erkrankungen gefunden.

## XIX.

Familiengeschichte: Die Eltern des Vaters starben in hohem Alter, von seinen 6 Geschwistern starb 1 Schwester an Krebs, Geisteskrankheiten sollen nicht vorgekommen sein. Der Vater lebt und ist gesund. Die Eltern und der einzige Bruder der Mutter starben in jungen Jahren. Näheres ist nicht bekannt. Die Mutter war in einer Anstalt. Von 7 Kindern war die älteste Tochter in einer Klinik.

1. Minna H., Lehrersfrau aus F., geb. 24. 9. 1866. Lernete sehr gut, war stets lebhaft und ziemlich empfindlich. März 91, nach dem Tod eines Sohnes, war sie oft erregt, dann wieder sehr gedrückt. Seit Juni 92 machte sie unnötige Einkäufe, wurde aufbrausend und zänkisch, sprach sehr viel, kam vom Hundertsten ins Tausendste. Bekam Wutanfälle.

18. 11. 92 bis 5. 4. 93 Anstalt H.: Völlig orientiert, sehr gehobener Stimmung, spricht fast dauernd, etwas erotisch, schiebt die Schuld für ihre Erregung zuhause auf ihre Verwandten. In der Folge stets gehobener Stimmung, oft unzufrieden und anspruchsvoll, erotisch, schimpft manchmal sehr. Allmählich Beruhigung, schliesslich genesen entlassen.

Diagnose der Anstalt H.: Manisch-depressives Irresein.

Ueber ihr weiteres Ergehen ist nur bekannt, dass sie mit 37 Jahren an Geistesstörung starb.

2. Thokla H., Lehrerstochter aus F., geb. 1888. Tochter der Vorigen. War die Erste in der Schule. Hatte angeblich ein sehr entwickeltes Gefühlsleben. Seit Anfang April 06 wurde sie sehr still, meinte einmal, ihr angebotenes Pfefferminz sei vergiftet.

14. 4. bis 11. 8. 06. Klinik: Sie habe keinen Lebensmut mehr, könne sich nicht freuen, die Arbeit wolle nicht mehr so recht glücken, sie sei auf Abwege geraten, habe ihrer Mutter nicht genug gehorcht. Keine Halluzinationen. In der Folge zeitweise mutazistisch, zeitweise äussert sie Selbstanklagen. Manchmal ist sie mittheilsam, zeigt Krankheitseinsicht, oft antwortet sie gar nicht. Zuweilen ist der Gesichtsausdruck heiter. In der letzten Zeit meist völlig mutazistisch, vereinzelt sagt sie, ich bin doch kein Gott, ich bin doch kein Arzt, ich bin doch kein Kaiser. Fleisch weist sie einmal als „Menschenfleisch“ zurück. Sie dürfe nicht sprechen, es sei unrecht, wenn sie sich beuge. Ungeheilt abgeholt. Weiteres Schicksal nicht bekannt.

Diagnose der Klinik: Zunächst Symptomenkomplex einer Melancholie, dann Katatonie.

Leider war bei dieser Familie keine brauchbare Auskunft zu erhalten. Die Mutter hat ja anscheinend an einer Manie gelitten und ist wohl bei einer Wiedererkrankung gestorben; während bei ihr die Psychose zuerst mit 26 Jahren ausbrach, erkrankte die Tochter zuerst mit 18 Jahren mit einer depressiven Psychose, die doch wohl bei Berücksichtigung der Krankheitsart der Mutter als Melancholie anzusprechen ist, ohne dass man dies bei der Unkenntnis des weiteren Verlaufs mit Sicherheit sagen könnte.

## XX.

Familiengeschichte: Die Eltern des Vaters starben alt. Der Vater soll ein sonderbarer Kauz gewesen sein, er starb an Schwindsucht. Ueber seine Geschwister ist nichts bekannt. Ueber die Familie der Mutter ist nur bekannt, dass von ihren 6 Geschwistern ein Bruder noch lebt und gesund ist, ferner dass ein Bruder ihres Vaters mit 23 Jahren geisteskrank wurde und in einer Anstalt starb, und eine Schwester derselben Spuren von Geistesstörung zeigte. Die Mutter starb in der Anstalt A. Das einzige Kind war in der Klinik.

1. Christiane K., später verheiratete Arbeiter H., dann verheiratete St., geb. 12. 10. 1849 in G. Nachdem Patientin schon früher auffällig gewesen war, wurde sie Februar 1869 nach einer ausserehelichen Geburt auffallend still, 6 Wochen später plötzlich erregt, schlug um sich; dann wurde sie wieder ruhiger. Februar 70 wurde sie wieder erregt, schrie, sang lachte, tanzte.

14. 6. bis 20. 9. 1870 Anstalt N.: Völlig orientiert, erzählt über ihr Vorleben sehr weitschweifig, wird später erregt, tanzt, ist ganz ausgelassen, singt, lacht.

6. 7. 72 bis 28. 1. 73 Anstalt N.: Hatte ihren Dienst verlassen, war aggressiv geworden; Wechsel von übermässiger Lustigkeit mit stillem, bedrücktem Verhalten. Gesund entlassen.

5. 12. 76 bis 8. 3. 82 Anstalt N.: Nach einer zweiten ausserehelichen Geburt und einer achttägigen Gefängnisstrafe wegen Beleidigung wieder sehr erregt, schwatzte und lachte unaufhörlich, führte sehr schamlose Reden, wurde bei jedem Widerstand sehr zornig. — Steigende Erregung, kreischt und schreit laut, verwirrt, vorübergehend einige Monate ruhiger, dann wieder sehr erregt, unverschämt, obszön. In der letzten Zeit ordentlich.

19. 10. 04 bis 10. 6. 08 Anstalt A.: War 1900 einige Wochen im Krankenhaus wegen Geistesstörung gewesen. September 1904 wurde sie wieder unruhig, lief nackend auf der Strasse umher, zertrümmerte Möbel, sprang aus dem ersten Stock auf die Strasse. — Gehobener Stimmung, lacht viel, grimasiiert, gibt keine verständige Antwort, schreit. Bleibt sehr laut, singt und schwatzt unsinniges Zeug durcheinander, entblösst sich. Hält oft in schrillen Predigerton unzusammenhängende Reden. Vorübergehend ist sie weniger laut und erregt. 1907 ist sie noch immer in heiterer Erregung, will stets Zähne rausgezogen haben, hat aber keinen einzigen Zahn mehr, kräht wie ein Hahn, tanzt im Bett und im Saal herum, hebt sich das Hemd hoch usw.

1908 ist sie dauernd in mässiger heiterer Erregung, schneidet scheussliche Gesichter, spricht verwirrt und ordinär, reisst sich viel Haare aus. Exitus an Herzschwäche bei Darmkatarrh.

Diagnose der Anstalt A.: Periodische Manie.

2. Selma H., Dienstmädchen aus C., geb. 9. 8. 90. Tochter der Vorigen. Mässige Schulleistungen, klagte als Schulkind über Kopfschmerz, war später bleichstüchtig. Seit Mitte August 1910 auffällig.

26. 8. bis 8. 11. 10 Klinik: Mangelhaft orientiert, bezeichnet den Arzt „Heinrich“, erotisch, singt, neigt zur Wiederholung zweckloser Bewegungskombinationen. Weiterhin meist heiterer Rededrang, in dem oft ein Vetter vor kommt. Vorwiegend inkohärent. Lässt unter sich. Begleitet die unsinnigsten Texte mit feierlichen Melodien. Läppisch. Antwortet meist ganz sinnlos.

8. 11. bis 11. 12. 10 Anstalt N.: Wird ruhiger, steht und sitzt umher, teilnahmslos, beschäftigt sich nicht, wird ärgerlich, wenn sie daraufhin ange redet wird. Oft unsauber, muss gewaschen und gekämmt werden.

Diagnose der Klinik: Akute hebephrene Psychose (verworrone Manie mit Halluzinationen).

Weiteres nicht bekannt.

In drei Generationen kamen hier Geisteskrankheiten vor, und zwar bei einer Schwester und einem Bruder des mütterlichen Grossvaters, bei der Mutter selbst und bei einem Bruder von ihr, schliesslich bei der Tochter, dem einzigen Kinde mit einem Mann, der ein sonderbarer Kauz war. Leider ist nicht die Zahl der gesunden Familienmitglieder bekannt. Die Psychose der Mutter, die im 20. Lebensjahr zuerst und später noch mehrfach zu Anstaltsbehandlung führte, endete mit einem heiteren Erregungszustand von vierjähriger Dauer, in dessen Verlauf im 59. Lebensjahr der Exitus eintrat. Von der Geistesstörung der Tochter ist nur der Anfang bekannt, ob dieselbe derselben Krankheitsgruppe

angehört, wie die Psychose der Mutter, ist nicht zu entscheiden; besonders die motorischen Erscheinungen lassen auch an eine katatone Erkrankung denken; etwas ganz Sicheres liesse sich erst nach Kenntnis des weiteren Verlaufs sagen; das Läppische des Benehmens ist wohl auf Rechnung eines mässigen angeborenen Schwachsinn zu setzen.

## XXI.

Familiengeschichte: Ueber den Vater des Vaters und die Geschwister des Vaters ist nichts bekannt. Der Vater starb mit 72 Jahren an Altersschwäche, war immer normal. Ueber die Eltern der Mutter ist nichts bekannt. Die Mutter starb mit 76 Jahren, sie war nie krank. Eine Schwester der Mutter war in der Klinik, ein Bruder war in einer Irrenanstalt, ist dort gestorben. Ein Neffe hat sich erschossen, als er in eine Anstalt gebracht werden sollte. Von drei Kindern war ein Sohn in der Klinik, die beiden anderen sind gesund.

1. Emilie G., geb. W., Gutsbesitzersfrau aus L., geb. 1850. 1879 nach der Geburt ihrer Tochter war sie zuerst auffällig und seitdem jährlich im Herbst: Sie wird reizbar, reiselustig, macht unnütze Ausgaben, wird dann traurig, bittet alle Menschen um Verzeihung. Seit Oktober 1902 wurde sie vergnügungssüchtig, reizbar, verstellte die Möbel im Zimmer.

24. 11. 02 bis 29. 1. 03 Klinik: Völlig orientiert. Schulkenntnisse und Rechnen etwas dürftig. Sehr redselig, weitschweifend, verliert leicht den Faden. Sorgloser Stimmung. Weiterhin dauernd sehr gesprächig, singt, schreibt schwachsinnige Briefe, manchmal etwas rührselig. Gebessert entlassen.

Diagnose der Klinik: Zirkuläres Irresein.

Nach Auskunft einer Nichte hat sie sich Pfingsten 1911 erhängt.

2. Arthur M., Reisender aus W., geb. 1865. Neffe der Vorigen. Starker Potus, manchmal bis zu 30 Glas Bier am Tage. Seit Weihnachten 1902 gleichgültig, vergesslich, gedrückter Stimmung, ängstlich.

28. 1. bis 1. 3. 03 Klinik: Tremor manuum et linguae, lebhafte Sehnenreflexe. Deprimierter Stimmung, wortkarg, das Denken fällt schwer. Orientiert. Intelligenz ungestört. Depression und Angst nehmen zu, er sei ein Betrüger, taue nichts, habe seine Familie ins Unglück gebracht, später hört er Stimmen, er ein Mörder, ein Verbrecher. Bleibt ängstlich gedrückt, liegt fast regungslos im Bett, spricht kaum, hört öfter Stimmen im Sinne seiner Selbstvorwürfe.

Diagnose der Klinik: Ängstliche Depression, Alkoholismus.

Nach Auskunft der Frau wurde Pat. aus der Anstalt C., wohin er überführt worden war, nach 5 Monaten nach Hause entlassen und ist gesund geblieben. Die beiden Kinder, 20 und 21 Jahre alt, sind auch gesund.

Das zirkuläre Irresein von Frau G., das schliesslich mit Selbstmord endete, und der Selbstmord des einen Neffen weisen auf eine Disposition der Familie zu affektiven Erkrankungen hin; es erhebt sich nun die Frage, ob die psychische Erkrankung des anderen Neffen, unseres Patienten M., mit dieser Neigung etwas zu tun hat. Würde man nicht die Aetiologie und die näheren Symptome kennen, so würde man dies ohne weiteres an-

nehmen, da es sich ja auch um ausgesprochene depressive Stimmungslage handelt; obwohl gerade bei Alkoholmissbrauch derartige ängstliche Depressionen mit Halluzinationen vorkommen, möchte ich annehmen, dass die oben genannte Neigung zu affektiver Erkrankung bei diesem Patienten die Hauptrolle spielt. Die Ursache seines Alkoholismus ist freilich unbekannt, man könnte daran denken, sie als manisches Symptom aufzufassen.

## Uebersicht.

Fassen wir die eben mitgeteilten Fälle zunächst tabellarisch zusammen. Auf den Tabellen sind zur besseren Uebersichtlichkeit nur die allerwichtigsten Punkte notiert, alles Uebrige ist aus den Krankengeschichten zu ersehen (s. Tabelle I).

Wir haben also 21 Familien, in denen es sich bei den uns näher bekannten geistigen Erkrankungen um Affektpsychosen gehandelt hat. In den einzelnen Familien ist eine gewisse Neigung zu gleichartiger Erkrankung unverkennbar, d. h. die eine Familie zeigte melancholische, die andere manische, eine dritte zirkuläre Psychosen, doch kamen auch nicht selten bei Verwandten verschiedene Psychosen vor. Häufig war der Lebensabschnitt, in dem die Erkrankung erfolgte, derselbe.

In den ersten 10 Familien lagen jedesmal bei den zwei uns bekannten Kranken mehr oder weniger ausgesprochene melancholische Psychosen vor, ferner wird über einige Suizide bei den nächsten Verwandten berichtet. Bei einigen Kranken hören wir von einer depressiv angelegten Konstitution, doch liess sich darin keine für einzelne Familien geltende Besonderheit erkennen; die Angaben hierüber sind aber nur in mit besonderer Ausführlichkeit geführten Krankengeschichten oder auf Grund persönlich erhobener Anamnesen als vollständig anzusehen. Eine auffallende Uebereinstimmung bestand darin, dass in einigen Familien (I, V, VI, VII) die Erkrankung überhaupt oder das erste Mal in beiden Fällen nach bekanntem äusseren Anlass (gemüthliche Erregung, körperliches Leiden, Ueberanstrengung) auftrat, während in den übrigen keine derartigen Ursachen angeschuldigt wurden. In einigen Familien zeigte sich eine Neigung zu wiederholtem Auftreten des Leidens (I, IX), in einigen trat dasselbe jedesmal nur einmal auf (V, VII, VIII, X), bei den übrigen verhielten sich darin die erkrankten Personen ein und derselben Familie verschieden; es besteht hierin also anscheinend keine Regel, würden wir grössere Familien und mehr kranke Mitglieder derselben kennen, so würde die Mannigfaltigkeit wohl noch grösser sein. Zu erwähnen ist noch, dass zweimal (II, III), bei dem einen Familienmitglied die Krankheit öfter, aber leichter, bei dem anderen schwerer, aber nur einmal auftrat.

Ta-

No.	Eltern des Vaters.	Geschwister des Vaters und Kinder	Vater	Eltern der Mutter
I	—	—	Zirkulär? Suizid.	—
II	—	—	Alt †	—
III	Vater Suizid, sein Bruder geisteskrank.	Keine.	Normal.	—
IV	—	—	—	—
V	Jung †.	—	Normal.	Alt †
VI	—	—	—	—
VII	Vater Schlaganfall † Mutter ohne Besond.	Schwester 55 J. Mel.	Ohne Besond.	—
VIII	—	—	AnHitzschlag †	—
IX	—	—	—	Vater nervös.
X	Mutter 89 J. Altersschwäche †.	2 Söhne einer Schwester Diabetes, der eine mit 49 J. Angstpsychose.	Vater 78 J. Herzschw. †.	Mutter 60 J. Magenkrebs † Vater 80 J. †.
XI	—	5, davon 1 geisteskrank.	Ohne Besond.	—
XII	—	—	Ohne Besond.	—
XIII	—	—	Ohne Besond.	Ohne Besond.
XIV	Vater geisteskrank? Mutter Schlaganfall.	1 Schwester aufgeregt. Von den Kindern dreier Schwestern waren vier geisteskrank, ferner begingen 2 Suizid.	Mehrfach manisch, mit 40 Jahren zuerst Suizid.	Ohne Besond.
XV	—	—	Suizid.	—
XVI	—	Tochter eines Bruders geisteskrank.	—	—
XVII	—	—	Gesund.	—
XVIII	—	Bruderssohn 58 J. Mel.	Normal.	—
XIX	Ohne Besonderheiten.	Ohne Besonderheiten.	Gesund.	Jung †.
XX	Alt †.	—	Sonderbar.	—
XXI	—	—	Normal.	—

belle I.

Geschw. d. Mutter und Kinder	Mutter	Kinder
—	61 J. Mel., Suizid.	T. depr. Konst. Mehrf. Mel. (26 J. zuerst). T. nervös. Mehrf. Mel. (30 J. zuerst). Suizid. T. gesund.
—	Zeitweise ängstlich, geistesgestört.	T. Mel. 46 J. S. wiederholt Depression. 2 gesund.
2, gesund.	Depr. Konst., mit 43 u. 60 J. Mel.	5 gesund, 3 klein †. T. 33 J. puerp. Mel.
—	61 J. Mel., früher schon Mel.	T. 51 J. Mel. S. leichtsinnig, 8 unbek. Krankheiten.
3, normal.	Normal.	2 S. normal. T. 69 J., T. 53 J. Depression. T. 63 u. 65 J. Mel. S. 66 J. Mel. nach Influenza.
—	—	T. 22 J. Mel. nach Influenza. 2 normal.
—	Gesund.	T. 44 J. Mel. — T. 61 J. Mel. — T. Suizid. T. 27 u. 36 J. Depression.
3 geisteskrank.	Tot im Bett gefunden. Depressive Psychose bei ein. Imbezillen?	—
Ohne Besonderh.	58 J. Unterleibskrebs †.	T. 41 J. Mel. 2 gesund.
4, gesund.	Gesund.	T. 17 J., T. 18 J. zuerst period. Manie. 3 gesund.
Bruder geisteskrank.	Alt †.	S. 26 J., S. 30 J. zuerst period. Manie. 7 gesund, 4 klein †.
6, gesund.	Mehrfach Mel. und Manie mit 20 J. zuerst.	T. mehrfach manisch u. mel. erkrankt, mit 26 J. zuerst. S. gesund.
7, gesund.	Gesund.	T. 22 J. puerperale Manie. T. depr. Konstitution. T. zunehmende Depressionen.
—	Sonderbar, wahrscheinlich geisteskrank.	3 gesund. T. 21 J. Depression, dann Manie. T. zirkulär, zuerst mit 18 J.
—	Mel. mit 32 J.	T. 16 J. Depression, 17 J. Depression, dann Manie.
—	Gesund.	S. seit d. 27. J. manisch, und depressive Zustände wechselnd. T. 29 J. Manie? Laktation, Manie?
—	Normal.	T., Kind ders. vorübergeh. geisteskr. 1 gesund.
Jung †	Mit 25 J. Manie, mit 37 J. geisteskrank †.	T. 53 J. manisch-melanch. Psychose. T. 18 J. Mel. (Katatonie?).
6, davon 1 geisteskrank.	Period. Manie, zuerst mit 20 J.	T. verworrene Manie? Katatonie?, mit 20 J. zuerst.
Schwester zirk. Suizid, Brud. geisteskrank, Neffe Suiz.	Gesund.	2 gesund. S. Potus, 38 J. ängstl. Depression.

Die nächsten zwei Familien zeigen bei Geschwistern wiederholt aufgetretene manische Erkrankungen, und zwar ist hervorzuheben, dass in Familie XI die Erkrankungen der beiden Schwestern, die im 17. bzw. 18. Lebensjahr zuerst auftraten, einen in ihrer Wiederkehr und den einzelnen Anfällen auffallend ähnlichen Verlauf darboten.

In den folgenden 6 Familien kamen sowohl manische als auch melancholische Zustände vor und zwar teilweise so, dass in derselben Familie bei allen Kranken beides auftrat (XIII, XV) oder nur bei einem (XIV, XVI, XVIII), bei dem andern dagegen eine Melancholie. Bei den vorletzten beiden Familien erkrankte die Mutter mehrfach an Manie die Tochter das eine Mal an einer verworrenen Manie, das andere Mal an einer Melancholie, doch war die Diagnose bei den Töchtern unsicher, es kann sich auch um katatone Psychosen gehandelt haben. Schliesslich ist noch Familie XXI zu erwähnen, bei der die ängstliche Depression des Neffen durch starken Alkoholmissbrauch ausgelöst war während die Kranke zuerst nach der ersten Geburt psychisch erkrankte und seitdem noch mehrfach manisch oder melancholisch war, bis sie sich mit 61 Jahren erhängte.

In den eben besprochenen 11 Familien zeigte sich, mit Ausnahme der 3 ersten, in den einzelnen Familien keine Uebereinstimmung in der Neigung zu mehrfachem oder einmaligem Auftreten der Psychose; über krankhafte Konstitution wird nur selten berichtet; eine greifbare Ursache fand sich auch selten und regellos.

(Schluss folgt.)

## VI.

### Referate.

**Dr. Oscar Pfister**, Die psychanalytische Methode, eine erfahrungswissenschaftlich systematische Darstellung. Verlag von Julius Klinkhardt. 1913.

Der vorliegende dicke Band, der durch ein Geleitwort von Freud die Sanktion erhalten hat, verfolgt den Zweck, die Psychoanalyse den Pädagogen zugänglich zu machen. Der Verf. ist Pfarrer in Zürich und ist zurzeit der rührige Führer des Laienanteils der psychanalytischen Bestrebungen, die, wie er in einer früheren Veröffentlichung sagt, eine „grandiose Mission in Pädagogik und Seelsorge zu erfüllen haben“. Ein materielles Eingehen auf das Buch, das die wohlbekanntesten Gedankengänge wiedergibt und mit eigenen Beispielen belegt, ist an dieser Stelle wohl überflüssig. Die ärztliche Duldung, man könnte fast sagen: Züchtung der kurpfuschenden Laienmitwirkung, ist eine der bedauerlichsten Begleiterscheinungen der an sich schon genügend unerfreulichen Bewegung.

H.

**Robert Bing**, Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Studierende und Aerzte, in 30 Vorlesungen. Mit 111 Abbildungen. Berlin-Wien 1913. Urban & Schwarzenberg.

Bing, dem wir ein treffliches Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik verdanken, legt uns ein für die Bedürfnisse der Studierenden und praktischen Aerzte berechnetes Lehrbuch der Nervenkrankheiten vor. Die gestellte Aufgabe, ein Werk zu schaffen, welches zwischen den Kompendien resp. Leitfäden und den grossen Handbüchern und Nachschlagewerken die Mitte einnimmt, ist vorzüglich gelungen. Die Darstellung in Form von Vorlesungen erfreut durch ihre Frische. Durch Einfügung von Uberschriften, Beigabe von tabellarischen Zusammenstellungen und Rekapitulationen kommt auch die systematische Gliederung des Lehrstoffes zu ihrem Recht. Bei der Einteilung des Stoffes sind wesentlich die ätiologischen und pathologisch-physiologischen Gesichtspunkte massgebend gewesen.

Die praktisch wichtigen Kapitel, wie die nervösen Störungen bei Arteriosklerose, Tabes, Neuritiden, Neuralgien, Neurasthenie usw., haben eine besonders eingehende Behandlung auch bezüglich ihrer Therapie erfahren.

Ein reicher Index erleichtert das Nachschlagen. Die Abbildungen sind gut gewählt und wiedergegeben.

S.