

Die Psychopathologie des Kindesalters

Vorlesungen für Mediziner und Pädagogen

von

Dr. Wilhelm Strohmayer

Professor an der Universität Jena



Zweite, neubearbeitete Auflage

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH 1923

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN MÜNCHEN.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens.

Einzeldarstellungen für Gebildete aller Stände.

Begründet von

Dr. **L. Loewenfeld** und Dr. **H. Kurella**.

Herausgegeben von!

Hofrat Dr. **L. Loewenfeld** in München.

Zuletzt erschienen:

103. Heft. **Psychische Verursachung seelischer Störungen und die psychisch bedingten abnormen Seelenvorgänge.** Von Dr. Karl Birnbaum. 1918. GZ. 3,6
104. Heft. **Die Zukunft der Menschheit.** Von Dr. Semi Meyer, Nervenarzt. 1918. GZ. 2,8
105. Heft. **Über die Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zum Willensproblem.** Von Dr. M. Friedmann. 1920. GZ. 2,5
106. Heft. **Über Telepathie und Hellsehen.** Experimentell-theoretische Untersuchungen. Von Dr. Rud. Tischner. Mit 19 Abbildungen im Text. Zweite verbesserte, stark vermehrte Auflage. 1921. GZ. 3,5
107. Heft. **Die Revolution als psychische Massenerscheinung.** Historisch-psychologische Studie. Von Hans Freimark. 1920. GZ. 3
108. Heft. **Die Ekstase der alttestamentlichen Propheten.** Von Dr. W. Jacobi. 1920. GZ. 3
109. Heft. **Einführung in den OKkultismus und Spiritismus.** Von Dr. Rud. Tischner. Mit 4 Abbildungen. 1921. GZ. 3,5
110. Heft. **Die Psychologie und Ethik des Buddhismus.** Von Dr. Wolfgang Bohn. 1921. GZ. 2,25
111. Heft. **August Strindberg im Lichte seiner Selbstbiographie.** Eine psychopathologische Persönlichkeitsanalyse. Von Dr. Alfred Storch. 1921. GZ. 2,5
112. Heft. **Die Theosophie (Anthroposophie) in psychologischer Beurteilung.** Von Albert Sichler. 1921. GZ. 2
113. Heft. **Materialisationen und Teleplastie.** Von Dr. Adolf Meyer. 1922. GZ. 2

Weitere Hefte in Vorbereitung.

Die Grundzahlen (GZ.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.

Die Psychopathologie des Kindesalters

Vorlesungen für Mediziner und Pädagogen

von

Dr. Wilhelm Strohmayer

Professor an der Universität Jena



Zweite, neubearbeitete Auflage

Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH ♦ 1923

Meinem Lehrer und väterlichen Freunde

Otto Binswanger

zum 70. Geburtstage in dankbarer Verehrung.

© 1923 Springer-Verlag Berlin Heidelberg
Ursprünglich erschienen bei J. F. Bergmann, München. 1923

ISBN 978-3-662-29858-9
DOI 10.1007/978-3-662-30002-2

ISBN 978-3-662-30002-2 (eBook)

Vorwort.

Das vorliegende Buch, das heute in neuem Gewande in die Welt geht, ist der Niederschlag der Erfahrungen, die ich in der Klinik und Sprechstunde sammeln konnte. Über die Psychopathologie des Kindesalters habe ich an der hiesigen Universität oft vor Medizinern und Pädagogen Vorlesungen gehalten. Es ist nicht ganz leicht, vor einer Hörerschaft, die zum Teil aus medizinischen Laien besteht, bei der Erörterung ärztlicher Dinge immer die rechte Mitte zu finden. Was für den Pädagogen eben paßt oder bereits zu viel ist, kann der medizinische Hörer vielleicht schon als eine seine Ansprüche unterbietende Popularisierung betrachten. Ihn aber möchte ich gerade am meisten für die abnormen Erscheinungen der Kinderpsyche interessieren! Wenn ich an manchen Punkten etwas elementar geblieben bin, so schadet das gewiß nichts. Ich weiß aus Erfahrung, daß einfache Tatsachen der Psychopathologie leider noch nicht zum eisernen Bestande ärztlichen Wissens gehören. Ich habe deshalb auch in dieser neuen Auflage an dem Grundcharakter der ersten festgehalten. Es handelt sich um ein Buch schlichter, praktischer Belehrung und nicht prunkender Gelehrsamkeit. Wer den Wunsch nach Vertiefung seiner Kenntnisse hat, findet in dem Literaturverzeichnis Anleitung dazu in Hülle und Fülle. Auf neuere Arbeiten des Gebiets habe ich in Fußnoten ausgiebig aufmerksam gemacht. Eine in ihrer Vielseitigkeit nicht gerade alltägliche Kasuistik halte ich selbst für einen schätzenswerten Schwerpunkt, auf dem dieses Buch ruht. Möchte sie doch auch gelesen werden! Sie ist nicht nur eine Illustration, sondern eine Ergänzung des Textes. Vollständigkeit schließt der enge Rahmen eines Vorlesungszyklus aus. Ich glaube aber, nirgends das Wichtigste übergangen zu haben.

Daß Rossolimo eine Übersetzung der ersten Auflage meiner Vorlesungen ins Russische besorgt hat, ist ein Zeichen der Anerkennung ihres praktischen Wertes.

Jena, im Oktober 1922.

Wilhelm Strohmayr.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
1. Vorlesung. Zur Einleitung. — Psychiatrie und Pädagogik . . .	1—11
2. Vorlesung. Allgemeine Ätiologie und Prophylaxe kindlicher Nervosität	12—36
3. Vorlesung. Die psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters	37—67
4. Vorlesung. Neurasthenie und Chorea beim Kinde. — Behandlung konstitutionell- psychopathischer und neurasthenischer Kinder	68—89
5. Vorlesung. Die Hysterie im Kindesalter (Pathogenese und Symptomatologie)	90—118
6. Vorlesung. Die Hysterie im Kindesalter (Paroxystische Krankheitserscheinungen; Behandlung)	119—136
7. Vorlesung. Die Epilepsie im Kindesalter (Symptomatologie und Diagnose)	137—170
8. Vorlesung. Die Epilepsie im Kindesalter (Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung)	171—204
9. Vorlesung. Die Ursachen des angeborenen Schwachsinn	205—234
10. Vorlesung. Die Symptomatologie des angeborenen Schwachsinn	235—273
11. Vorlesung. Die Behandlung und Fürsorge beim jugendlichen Schwachsinn; Moral insanity	274—303
12. Vorlesung. Die wichtigsten akuten Geisteskrankheiten des Kindesalters	304—340
Literaturverzeichnis	341—346
Sachregister	347—359

1. Vorlesung.

Zur Einleitung. — Psychiatrie und Pädagogik.

M. H.! Ich beabsichtige, Ihnen in den folgenden Vorlesungen die wichtigsten Kapitel der Psychopathologie des Kindesalters abgerundet darzustellen. Das Gebiet, das wir betrachten wollen, dehnt sich aus von den leichtesten seelischen Anomalien der sog. psychopathischen Konstitutionen bis zu den vollentwickelten Geisteskrankheiten des Kindes und umfaßt neben der großen Defektpsychose des Schwachsinn die mit hervorstechenden psychischen Störungen einhergehenden „Neuro-Psychosen“, die Hysterie, Epilepsie und Neurasthenie. Da ich vor Medizinern und Pädagogen spreche, werde ich das schulpflichtige Alter besonders berücksichtigen.

Bevor ich auf mein eigentliches Thema eingehe, muß ich vor meiner gemischten Hörerschaft die prinzipielle Frage erörtern, in welcher Weise sich auf dem Grenzgebiet der abnormen Kinderseelenkunde die Anteile des Psychiaters und des Pädagogen gegeneinander abgrenzen. Ich hoffe, Ihnen überzeugend darlegen zu können, daß ihre gemeinsame Arbeit ohne Kompetenzkonflikte zum Wohle des kranken Kindes durchaus möglich ist.

Die Notwendigkeit des Zusammenwirkens von Psychiatrie und Pädagogik¹⁾ gehört zu denjenigen Tatsachen, die kaum mehr zur Diskussion gestellt zu werden brauchen. Die Wechselwirkungen beider Disziplinen liegen auf der Hand: einerseits wird der Pädagog den Rat und die Hilfe des Psychiaters bei den mannigfachen krankhaften Veränderungen der Psyche des pädagogi-

¹⁾ Vgl. Strohmayer, Psychiatrie und Pädagogik, Enzyklopädisches Handbuch der Heilpädagogik, herausgegeben von Dannemann, Schober und Schulze, Halle, C. Marhold 1909.

schen Alters benötigen, und sich zeitweilig seiner Einwirkung auf das Kind begeben, andererseits wird das Schwergewicht der heil-erzieherischen Maßnahmen bei gewissen psychischen Abnormitäten des Kindes in die Hand des Pädagogen zu liegen kommen. In ersterer Hinsicht brauche ich nur an die Psychosen und Psycho-neurosen des schulpflichtigen Alters (Melancholie, Manie, zirkuläres Irresein, Hebephrenie, Hysterie, Epilepsie und Neurasthenie) zu erinnern, in letzterer an das weite Gebiet des Schwachsinn und der psychopathischen Konstitutionen. Ferner, der Pädagog wird mit Nutzen sich die Erfahrungen aneignen, die von medizinischer Seite auf dem Wege der Experimentalpsychologie, speziell der physiologischen Psychologie gewonnen wurden, und wird dafür den Psychiater unterstützen, indem er bei gesunden und gefährdeten Kinderexistenzen eine rationelle Vorbeugung (Prophylaxe) gegen aufkeimende psychische Abnormitäten üben hilft. Gemeinsam ist endlich die Arbeit beider in der Fürsorge für das abnorme Kind, namentlich das geistesschwache, auch außerhalb der Schule, nicht zu vergessen die Interessenvertretung des jugendlichen Alters vor dem Strafrichter.

Jemannigfacher die Berührungen der Psychiatrie und Pädagogik in der abnormen Kinderseelenkunde sind, um so erwünschter muß eine Klärung des gegenseitigen Verhältnisses beider Wissenschaften sein, nicht zum wenigsten im Interesse des Kindes. Es will mir scheinen, daß von einer befriedigenden Verständigung in manchen Differenzpunkten ein weiteres, sich über das Niveau eines leeren Schlagwortes erhebendes, gedeihliches Zusammengehen der Psychiatrie und Pädagogik abhängt.

Die Psychiatrie ist die Wissenschaft, die sich ganz allgemein gesagt mit der Erforschung, Erkennung und Behandlung der krankhaften Erscheinungen der Psyche, d. h. der Totalität der Geistes-tätigkeit, befaßt. Weil solche auch im jugendlichen Alter auftreten, dessen normalpsychische Bildung in intellektueller, ästhetischer und ethischer Hinsicht der Pädagogik obliegt, so werden zweifelsohne Grenzgebiete entstehen, auf denen sich der Psychiater und Pädagog bei der Arbeit treffen. Bei genauerer Betrachtung lassen sich aber unter den krankhaften Abweichungen der Kinderpsyche wohlumschriebene Gruppen erkennen, die sich der Pädagogik von vornherein entziehen: 1. die Zustände des Schwachsinn, die eine bestimmte Bildungsfähigkeit ausschließen; 2. die psychopathologi-

schen Begleiterscheinungen körperlicher Erkrankungen; 3. die vollentwickelten Psychosen und Psychoneurosen (Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie); 4. die geistigen Defekte, die auf Erkrankungen der Sinnesorgane und der Sprache beruhen. Alle diese Zustände fallen in den Rahmen der Psychopathologie und damit in das Gebiet des Psychiaters. Der Wirkungskreis der pädagogischen Pathologie präzisiert sich anders. Sie befaßt sich mit denjenigen Kinderfehlern, die weniger mit dem Maßstabe der Gesundheit und Krankheit gemessen, als vielmehr unter dem Gesichtswinkel der Bildungsfähigkeit betrachtet werden. Pädagogische Fehler unterstellen sich zunächst nicht dem Begriff des Psychopathologischen. Will man von pädagogischer Pathologie sprechen, was sinngemäß die Bedeutung des Krankhaften involviert, so kann man darunter nur den pädagogischen Anteil bei der Arbeit auf einem ärztlichen Erfahrungs- und Behandlungsgebiet verstehen.

Somit erscheint die Grenzregulierung zwischen Psychiatrie und Pädagogik auf den ersten Blick leicht; in praxi liegen aber die Verhältnisse schwieriger, da sich beide Wirkungskreise an manchen Stellen nicht nur tangieren, sondern eingreifend schneiden. Warum? Einmal sind die Übergänge von der psychischen Gesundheit zur Krankheit fließend, was sich namentlich auf dem weiten Gebiete des Schwachsinnns fühlbar macht; zum anderen treten Kinderfehler im pädagogischen Sinne, d. h. Zustände und Vorgänge, die im Hinblick auf die erstrebte Jugendbildung als ungenügend, bedenklich und schädlich aufgefaßt und beurteilt werden müssen (L. Strümpell), besonders oft auf echt psychopathologischer Grundlage auf. Ich denke dabei hauptsächlich an die unfertigen psychopathischen Zustände Jugendlicher, die eine gewisse Bildungsfähigkeit nicht nur nicht ausschließen, sondern sogar in ihrer Behandlung weitgehende pädagogische Maßnahmen erfordern.

Gerade bei den letztgenannten Kindern können auseinandergehende Auffassungen zu Differenzen zwischen Psychiatrie und Pädagogik führen. Man wird nicht fehlgehen, wenn man behauptet, daß früher der Ausgangspunkt zu mancher absichtlichen und unabsichtlichen Grenzverwischung in der Aufstellung der alten Lehre von der sog. psychopathischen Minderwertigkeit (Koch) lag. Es muß unbedingt zugestanden werden, daß es Individuen

gibt, auf die die Kochsche Definition haarscharf zutrifft, daß ihre psychische Regelwidrigkeit zwar keine Geisteskrankheit darstelle, sie aber doch nicht im Vollbesitze geistiger Normalität und Leistungsfähigkeit erscheinen lasse. Es ist ein Verdienst von Koch, so deutlich auf das ungemein große Zwischengebiet zwischen dem zweifellosen Irresein und der Gesunndheitsbreite hingewiesen zu haben. Was er als „angeborene dauernde psychopathische Minderwertigkeiten“ beschrieb, ist ein bleibender Besitz der Irrenheilkunde geworden. Aber in der allumfassenden Ausgestaltung, wie sie Koch durchführte, mußte der Begriff verwirrend wirken und hob schon innerhalb der Psychiatrie jegliche Möglichkeit der sauberen Scheidung auf. Schon Ziehen charakterisierte die psychopathische „Minderwertigkeit“ bei allzu dehnbarer Auffassung als ein unklares Schlagwort, das der Lückenbüßer für exakte Diagnosen sei. Es ist bezeichnend, daß die vorsichtige Umgrenzung, in der sie in die psychiatrische Wissenschaft übergang, in keinem Verhältnis steht zu der enthusiastischen Verwendung, die sie in der Heilpädagogik fand. Auf den Kochschen Schultern erstand eine „pädagogische Psychiatrie“ (L. Strümpell) von Laien, die unter teilweiser Verkenning des Psychopathischen als eines Krankheitsbegriffs integrierende Bestandteile der Psychiatrie — und die sind bei der exzessiven Dehnbarkeit der psychopathischen Minderwertigkeiten im Sinne Kochs nicht klein! — als pädagogisches Eigentum betrachtete.

Das Zusammenarbeiten zweier Nachbarn kann noch so intensiv sein, zu einer beliebigen Versetzung der Grenzpfähle darf es doch nicht kommen. Dies trifft auch für die Psychiatrie und Pädagogik zu, für zwei Gebiete, deren Hilfswissenschaften doch keine nebensächlichen Zufälligkeiten, sondern grundverschiedene Fundamente darstellen. Darum erscheint es mir gefährlich, wenn in der pädagogischen Pathologie die psychiatrische Diagnosenstellung Gewohnheit werden soll. Die bequeme „psychopathische Minderwertigkeit“ soll nicht in der Hand des Pädagogen alles laienhaft vereinen, was die Psychiatrie mühsam in klinischer Erfahrung wissenschaftlich sonderte. Einstweilen wird die Pädagogik noch vollauf zu schaffen haben, die Kinderpsychologie und die Lehre von den Kinderfehlern auszubauen und gut daran tun, sich in der Erkennung psychopathischer Zustände und bei dem Ausmaße der Breite geistiger Gesundheit im Kindesalter von der

Psychiatrie leiten zu lassen. Ob uns spätere Zeiten eine pädagogische Psychiatrie bringen werden, die sich, wie L. Strümpell meinte, nicht an die durch die psychiatrische Symptomenlehre begründete Diagnostik zu binden braucht, bleibt abzuwarten. Bislang liegen die Grundlagen dazu in der pädagogischen Wissenschaft noch nicht vor.

Man geht der notwendigen Fragestellung in der Kompetenzbestimmung zwischen Psychiatrie und Pädagogik in der Erkennung und Behandlung der psychopathischen Zustände im Kindesalter aus dem Wege, wenn man sagt, es sei für das kranke Kind gleichgültig, von wem ihm in sachgemäßer Weise Hilfe gebracht werde. Es handelt sich dabei gar nicht darum, ob dies im Einzelfalle richtig ist, sondern um die prinzipielle Regelung der Gesichtspunkte, die bei der Aufteilung eines noch im Ausbau befindlichen Arbeitsgebietes durch zwei in ihrem Bildungsgange verschiedene Berufsstände gelten sollen. Es geziemt dem Ernste der zu entscheidenden Frage nicht, Vergleiche herbeizuziehen mit dem, was ein Bauer Prießnitz und ein Pfarrer Kneipp in der Heilkunde geleistet hätten. Man sollte meinen, daß die Pädagogik, wie die Psychiatrie darauf sehen müßte, Normen zu schaffen und Pfüscher zu beseitigen.

Das richtige Verhältnis wird wohl sein, daß sich die Psychiatrie, wenn sie in diesen Dingen mitsprechen will, um die physiologischen Tatsachen und Eigenarten des pädagogischen Lebensalters soweit kümmert, daß sie imstande ist, das ihr Geläufige, Pathologische daran zu messen, und nach Beurteilung der Sachlage die zur Behebung oder Besserung der im Psychopathologischen wurzelnden Kinderfehler erforderlichen Maßnahmen vertrauensvoll der Pädagogik überläßt. Die Psychiatrie will der Pädagogik das „wissenschaftliche Hausrecht im geistigen Leben der Jugend“ keineswegs streitig machen, sie muß sich aber gegen eine Psychiatrie von Pädagogen verwahren, die sich in ihren temperamentvollsten Vertretern kaum mehr ihrer medizinischen Abkunft erinnert. Ich könnte Beispiele davon anführen, wie unter harmlos-ansprechenden Titeln von Pädagogen vollständige Psychopathologien des Kindesalters, die psychiatrischen Werken entlehnt waren, in die Welt hinaus gingen.

Man soll nur nicht immer vorschieben, daß alle, die an der Regulierung der Kompetenzen des Psychiaters und Pädagogen

arbeiten, dabei eine Machtfrage im Auge hätten. Um eine Machtfrage handelt es sich nach meiner Ansicht nicht, weder nach außen noch nach innen. Ich erachte sogar für die Behandlung psychopathischer Zustände im Kindesalter „medizinische Pädagogien“ und „pädagogische Heilerziehungsheime“ als ganz gleichwertig, mag ihr Leiter und Besitzer ein Psychiater oder Pädagog sein. Es kommt nur auf den Wind an, der im Hause weht; mit anderen Worten, wir verlangen nur, daß der Behandlungs- und Erziehungsplan bei psychopathischen Kindern auf Grund psychiatrisch-diagnostischer Erwägungen von ärztlichen Gesichtspunkten ausgeht. Seine Ausführung im Detail und seine Anpassung an die Individualität des Kindes gibt dem Pädagogen noch vollauf zu tun. Das ist auch die Ansicht von Ziehen, der von pädagogischer Seite so gerne als Eideshelfer herangezogen wird.

Das zweite große Feld psychiatrischer und pädagogischer Interessengemeinschaft ist der jugendliche Schwachsinn. Dabei müssen einzelne Arbeitsgebiete gesondert betrachtet werden. Über das Verhältnis des Arztes zur Hilfsschule ist früher viel diskutiert worden. An den meisten Hilfsschulen liegt jetzt eine Dienstanweisung für den Hilfsschularzt vor, die seine Kompetenzen und Pflichten regelt. Mehr als von ihr ist von einem gesunden Takt zwischen Ärzte- und Lehrerschaft zu erhoffen. Der Buchstabe tötet, und wenn beide Teile sich immer nur an ihn klammern, so kann nichts Ersprößliches herauskommen. Im Interesse der Sache ist es wünschenswert, daß der Hilfsschularzt, wenn auch nicht Psychiater von Fach, so doch psychiatrisch vorgebildet sei. Im übrigen muß, wenn irgend wo, in der Hilfsschule der Grundsatz gelten, daß der Psychiater im Erziehungsplane nur Berater sei, daß er sich nicht in schulische Interna mischt und auch den Schein der ärztlichen „Kontrolle“ vermeidet. Die Schule ist die ureigene Domäne des Pädagogen, in der der Psychiater Gast ist. Seine Aufgabe ist erfüllt, wenn er dem Lehrer die krankhaften geistigen Schwächlinge auf Grund seiner psychiatrischen Diagnostik in gemeinsamer Besprechung und Verwendung der schulischen Beobachtungen aufzeigt, auf besondere dem krankhaften Zustande der Schwachbegabten entspringende Kinderfehler aufmerksam macht und die Wege weist, auf denen sie gesundheitlich gefördert und manche Wurzel ihrer Schwach-

befähigung beseitigt werden können. Außerdem muß der Psychiater — und darin darf er sich wohl der uneingeschränkten Zustimmung des Pädagogen vergewissert halten — bei der sauberen Auslese des Hilfsschulmaterials mitwirken. Gewisse Elemente muß er der Schule abnehmen: 1. offenbar geisteskranke Kinder. Sie gehören in die Irrenanstalt oder psychiatrische Klinik, sei es, daß noch ärztliche Behandlung Heilung oder Besserung bringt, sei es, die Chronizität des Zustandes die dauernde Versorgung in einer Pflegeanstalt erheischt; 2. Idioten, die entweder gar nicht oder mit schulischen Mitteln nicht bildungsfähig sind. Sie passen nicht in den Schulbetrieb; 3. Epileptiker (in einer bei der Besprechung der Epilepsie noch näher zu bestimmenden Auswahl) und 4. moralisch Defekte. — In nicht allzuferner Zukunft wird die Zusammenarbeit von Arzt und Pädagog an den Hilfsschulen wesentlich erleichtert werden. Denn je mehr sich das Hilfsschulwesen entwickelt, um so mehr muß es sich Kräfte sichern, die den krankhaft schwachbegabten Kindern gegenüber das richtige Wissen und Können besitzen. Die Anstellung eines Lehrers an einer Hilfsschule oder Hilfsklasse sollte nicht von Zufälligkeiten, einer mehr oder weniger großen Lust zur Betätigung bei Schwachsinnigen usw. abhängig gemacht werden. Auch ein mehrwöchentliches Hospitieren an einer Musterhelfsschule reicht nicht zur Qualifikation eines Hilfsschullehrers aus. Der größtenteils autodidaktische Bildungsgang ist auch nach pädagogischem Zugeständnis ungenügend. Wenn nicht alles trägt, so werden wir eine zweifache Neuorientierung des Lehrerstandes bezüglich der Psychopathologie des Kindesalters bekommen. In dem neuen Bildungsgang der Volksschullehrer, der durch die Universität führt, wird der Erwerb der wichtigsten Kenntnisse obligatorisch gefordert und für die Hilfsschullehrer ein Studienplan aufgestellt werden, der in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht solide Grundlagen für die verantwortungsvolle Arbeit an seelisch-abnormen Kindern garantiert.

Eine Zeitlang spielte die Festlegung des Verhältnisses des Psychiaters zum Pädagogen an den Anstalten für Schwachsinnige (Blöden- und Idiotenanstalten) eine große Rolle. Von psychiatrischer Seite hatte sie eine besonders scharfe Betonung erhalten durch den Inhalt der bekannten Resolution der Irrenärzte in Frankfurt a. M. vom Jahre 1893, die auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie im

Jahre 1905 eine ebenso deutliche Wiederholung fand. Naturgemäß wurden diese Versammlungsbeschlüsse vom pädagogischen Standpunkte aus schon auf der VII. Konferenz für Idiotenwesen (1893) und später vielfach anderwärts aufs heftigste bestritten. Es kann hier nicht auf das zum Teil mit größter Subjektivität und harten Worten ausgesprochene mannigfache Für und Wider eingegangen werden. Das hat kaum mehr als historisches Interesse. In der „Wahrung berechtigter Interessen“ ist wohl hier und dort zuweilen übers Ziel hinaus geschossen worden. So mußte zum mindesten bei einer objektiven Überlegung der Sachlage die von Pädagogen den Ärzten zugeschobene Unterstellung ausgeschaltet bleiben, als handle es sich bei dem „Kampfe um die Leitung der Idiotenanstalten“ um einen Kampf um den „Futterplatz“, oder darum, ein günstiges Ventil für den herrschenden Ärzteüberschuß zu schaffen. Schon eine einfache numerische Betrachtungsweise mußte diese Behauptung als Nonsens stempeln. Ebenso hielt ich es für unstatthaft, wenn von Psychiatern im vorliegenden Zusammenhange die Tätigkeit der Pädagogen an Idiotenanstalten in einem Atem mit der der Masseure, Wärter und Badediener erwähnt wurde. Dagegen lehnte sich der Lehrerstand mit Recht auf.

Eine objektive Regelung der Verhältnisse hat meines Erachtens von der Tatsache auszugehen, daß Schwachsinnige, Idioten und Imbezille, psychisch Kranke sind. Will man dies pädagogischerseits verschleiern, so kommt dies einer Verkennung des Krankheitsbegriffes gleich. Die Feststellung, was krank oder gesund ist, wird hoffentlich für alle Zeiten Sache der Mediziner bleiben. Die Pathologie lehrt uns aber, daß Krankheit ein Leben ist, dessen Äußerungen zum Teil von der Norm abweichen (Ziegler) oder eine Störung im Verlaufe der Lebenserscheinungen, verursacht durch materielle Veränderungen im Organismus (v. Birch-Hirschfeld). Das gilt für den Körper, wie für den Geist. Es ist also mindestens ein pädagogisches Mißverständnis, das behauptet, Idioten oder Imbezille seien nicht Kranke, sondern nur Kranke gewesen und litten nur unter den Folgen einer früheren Krankheit oder einer Entwertung ihres Nervensystems und ihres Seelenlebens (Trüper). Wenn solche Auffassungen maßgebend werden sollten, dann sind auch die nach akuten Geistesstörungen Verblödeten (die „sekundär Dementen“) nicht mehr Kranke und Objekte der Bemühungen des Arztes. Da sie aber

sicher auch nicht solche des Pädagogen sein können, so bliebe nur der Theolog übrig, der sich dieser Individuen annehmen könnte. Dann ist das „Mittelalter“ glücklich wieder da. Daß die Übergänge von der Gesundheit zur Krankheit, auch auf psychischem Gebiete, fließende sind, verkennen wir Mediziner nicht. Es wird aber trotzdem nicht angängig sein, den Schwachsinn, unter Ablegnung seines Krankheitscharakters, nur als eine verunglückte Spielart der Normalpsyche aufzufassen, und diesen pädagogischen Schwachsinn (s. v. v.!) einem psychiatrischen gegenüberzustellen, der neben der grundlegenden Geistesschwäche noch psychopathologische Pflorfsymptome aufweist. Schwachsinn ist für uns in jeder Form eine Defektpsychose (Ziehen), die in die Domäne des Psychiaters gehört. Nicht zum wenigsten deshalb, weil die fachkundige Beobachtung und wissenschaftliche Erforschung ärztliche Vorkenntnisse unbedingt voraussetzen. Freie ärztliche Forschung verträgt sich aber nicht mit einer Unterordnung unter einen pädagogischen — oder auch geistlichen — Direktor.

Ein weiterer Punkt, den wir in der pädagogischen Argumentierung zurückweisen, ist folgender: Weil die Grenzen der ärztlichen Leistungsfähigkeit in der Behandlung des Schwachsinnens eng gezogen seien wegen seiner stabilen organischen Grundlage, die eine Heilung in medizinischem Sinne ausschließe, so könne der ärztliche Anteil an dem Gebiete des Schwachsinnens nur ein nebensächlicher sein. Ich brauche kaum auszuführen, daß die Grenzen ärztlichen Wirkens ins Unhaltbare verschoben würden, wollte man seine Zulassung von der Heilbarkeit oder Besserungsfähigkeit eines Krankheitszustandes abhängig machen ¹⁾.

Was übrigens der Arzt an einer großen Schwachsinnigenanstalt zu tun hat, ist recht viel. Ganz abgesehen davon, daß viele Insassen epileptisch sind und dauernder ärztlicher Kontrolle bedürfen, gibt es jahraus jahrein für Ärzte übergenug zu tun. Da brechen Epidemien aus (Masern, Scharlach, Ruhr, Typhus), da gibt es erbsyphilitische, tuberkulöse, rachitische Kinder, solche, die mit Ohren-, Nasen- und Halsleiden behaftet sind, Ernährungsstörungen aller Art und Blutarmut, Verletzungen und Unglücks-

¹⁾ Vgl. dazu Kellner, die ärztl. Versorgung der Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker. Zeitschr. für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinnens. Bd. VII.

fälle und manche interkurrente akute Psychose. Ohne Arzt in dem großen Anstaltsgemeinwesen ist schlechterdings nicht zu wirtschaften und ein „nach Bedarf“ zugezogener Praktiker ein ganz unzulänglicher Notbehelf. Im Gegenteil, zum Anstaltsarzt gehört ein Mann mit vielseitiger spezialistischer Schulung, der den Schwerpunkt seiner Tätigkeit in der Anstalt hat und mit seinen Aufgaben dort wächst.

Daß dem Pädagogen an den Idiotenanstalten eine große und mühevoll e Arbeit bei der Ausführung des Erziehungsplanes zufällt, kann und will wohl niemand bestreiten. Was er tut, tut er aber für das Kind und nicht für den Arzt. Trotzdem kann ich es begreifen und halte es für durchaus berechtigt, daß er seiner prävalierenden Tätigkeit auch nach außen hin durch eine entsprechende „leitende“ Stellung im Anstaltsbetriebe Ausdruck gegeben wissen will, zumal solchen Psychiatern gegenüber, die zwar gute Ärzte, Organisatoren und Verwaltungsbeamte sind, aber die Heilpädagogik nur vom Hörensagen kennen. Denn es ist meines Erachtens Phrase, wenn man im Zusammenhang mit der Frage der Leitung der Idiotenanstalten sagt, jeder Arzt sei implicite Pädagog und der Psychiater verstehe schon kraft seines Spezialstudiums die Handhabung der Schwachsinnigenpädagogik.

In praxi ist es ungemein schwer, den Ansprüchen beider Berufsstände gerecht zu werden. Immerhin gibt es manche Wege der Verständigung. So könnte man die leitende Stellung nach der Beschaffenheit der Insassen der Anstalt regeln. Während man die eigentlichen „Blödenanstalten“ mit ihren schulisch nicht bildungsfähigen Idioten, wie andere Pflege- und Siechenhäuser, dem Arzte unterstellt, könnten die reinen Landeserziehungsanstalten als zentralisierte Hilfsschulen, der Leitung der Pädagogen unter bloßem ärztlichem Beiräte anvertraut werden. In Anstalten, in denen eine saubere Scheidung des Materials nicht durchgeführt ist, müßten Chefarzt und pädagogischer Leiter koordinierte Stellungen einnehmen, um der Tatsache zu genügen, daß es sich bei den Pfl eglingen um psychisch kranke Erziehungsobjekte handelt¹⁾. Mindestens muß im Vorstande, der in der Regel an der Spitze solcher Anstalten steht, ein psychiatrisch gebildeter Arzt sein, der mit der nötigen Sachkenntnis die ärztlichen Inter-

¹⁾ Eine ähnliche Ansicht vertritt auch Kellner, die Hamburger Idioten- und Epileptikeranstalt in Alsterdorf, Verlag des Rauhen Hauses.

essen vertreten kann. Direktorial- und Verwaltungssorgen kann der Arzt ruhig dem Pädagogen oder Geistlichen überlassen.

Nach dem bisher Gesagten ist die spezielle Erörterung des Verhältnisses der Psychiatrie zur Pädagogik bei Epileptischen überflüssig. Daß die Epilepsie eine Krankheit ist, und zwar eine in ihren körperlichen und psychischen Äußerungen sehr vielgestaltige und unberechenbare, wird niemand leugnen wollen. Man gebe also dem Arzte, was des Arztes ist! Es ist überhaupt ein Unrecht, daß man die Epileptikeranstalten fortgesetzt untrennbar mit denen für Idioten abhandelt, so daß der Anschein zustande kommt, als gehöre der Epileptiker und der Idiot immer zusammen und ihre Internierung in Anstalten und deren Leitung müsse nach denselben Grundsätzen reguliert werden. Daß der Epileptiker verblöden kann und daß es epileptische Idioten gibt, begründet dies nicht. Was private Wohltätigkeit und die christliche Charité für unglückliche Epileptiker geleistet haben, wird auf psychiatrischer Seite voll anerkannt, darf aber keine Veranlassung sein, prinzipiell neuropsychische Kranke, wie es der Epileptiker ist, außerhalb der ärztlichen Autonomie zu stellen.

M. H.! Auch meine Vorlesungen sollen nicht der Verwischung, sondern der Verdeutlichung der Grenze zwischen Psychiatrie und Pädagogik dienen. Ich begrüße hier Mediziner und Pädagogen in gleicher Weise, aber ich rede zu beiden nicht in gleicher Absicht. Ich möchte die Pädagogen nicht dazu verleiten, ein hier gewonnenes psychiatrisches Halbwissen auf eigene Faust in die Praxis umzusetzen, sondern ihnen, denen das körperliche und geistige Wohl unserer Kinder anvertraut ist, das Auge schärfen für die Bewertung gewisser Abweichungen der Kinderpsyche von der Norm und ihnen die Klippen zeigen, die sie nur mit Hilfe des sachkundigen Arztes vermeiden können. Die Mediziner möchte ich zu ernster Umschau mahnen. Langjährige Erfahrung hat mir gezeigt, daß in ärztlichen Kreisen vielfach eine erhebliche Unkenntnis der wichtigsten Tatsachen des normalen und abnormen kindlichen Seelenlebens herrscht, die dem Pädagogen die Lust benehmen könnte, dort Hilfe zu suchen. Das muß anders werden. Wer im Grenzlande mitreden will, muß die Sprache des Nachbarn verstehen. Nur wenn der Arzt sachgemäß raten und helfen kann, erhält und bewahrt er sich das Anrecht auf die Mitwirkung auf dem segensreichen Arbeitsfelde der kranken Kinderpsyche.

2. Vorlesung.

Allgemeine Ätiologie und Prophylaxe kindlicher Nervosität.

M. H.! Die Betrachtung der Psychopathologie des Kindesalters geht am besten von den allgemeinen ursächlichen Grundlagen der nervösen und psychischen Anomalien aus. Wir haben dabei Gelegenheit, einige für die Psychopathologie fundamentale Begriffe kennen zu lernen. Außerdem ermöglicht nur das eingehende Verständnis der Ätiologie eine zweckmäßige Vorbeugung. Diese aber ist und bleibt immer und überall die sicherste Therapie. Die speziellen ursächlichen Faktoren werden wir im Laufe unserer Vorlesungen bei den einzelnen Krankheitsbildern jeweils zu behandeln haben.

Ich beginne mit der Besprechung eines Momentes, das uns allenthalben wieder begegnen wird, der Erbllichkeit¹⁾. Wir bekommen von unsern Eltern und Voreltern bestimmte Gaben des Körpers und Geistes als Erbteil mit, teils vollentwickelt, teils als schlummernde Anlagen, die durch äußere Anreize des Individuallebens zur Ausgestaltung gelangen. Gerade auf dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten ist der Einfluß der Vererbung auch in Laienkreisen so bekannt, um nicht zu sagen gefürchtet, daß man gut daran tut, sich ab und zu der feststehenden Tatsachen zu erinnern.

Die Vererbung krankhafter (pathologischer) Eigenschaften ist ein bekanntes klinisches Vorkommnis. Wie sich in einer Familie Rassetypen, Ähnlichkeiten und Eigentümlichkeiten forterben, so gibt es auch vererbare (hereditäre) Krankheiten. Es scheint sicher-

¹⁾ Vgl. Hoffmann, H., Vererbung und Seelenleben. Einführung in die psychiatrische Konstitutions- und Vererbungslehre. Berlin, J. Springer 1922.

gestellt, daß im Einzelleben erworbene Eigenschaften sich nicht auf die Nachkommenschaft vererben (Ziegler). Vererbare Eigenschaften sind auf primäre Abänderungen der einen oder anderen elterlichen Keimsubstanz oder auf Variationen, die bei ihrer Vereinigung während der geschlechtlichen Zeugung entstehen, zurückzuführen. Als Träger der Vererbungstendenzen ist der männliche Sperma- und der weibliche Eikern anzusehen (Weismann). Auch das erste Auftreten pathologischer Charaktere hängt mit der Kopulation des väterlichen und mütterlichen Geschlechtskernes zusammen. Durch die Vermischung zweier individuell verschiedener Vererbungstendenzen ist die Möglichkeit zahlreicher Variationen der Mischungsverhältnisse der Keimstoffe gegeben und es ist begreiflich, daß unter den bei der Zeugung geschaffenen Keimesvariationen auch gelegentlich solche resultieren müssen, die eine Verschlechterung oder Verkümmern gewisser Organe, Organsysteme oder der ganzen Konstitution für das neuentstehende Individuum bedeuten. Wir nennen dann die neuaufgetretene Variation (Mutation) krankhaft. Durch eine derartige Änderung in der Keimstruktur aus inneren Gründen ist das Anfangsglied einer Kette fortlaufender Vererbung pathologischer Zustände oder Dispositionen gesetzt. Krankhafte Abänderungen der elterlichen Keimsubstanzen, die zu pathologischen Dispositionen bei der Nachkommenschaft führen, werden verursacht durch sog. Keimesschädigungen der Eltern, während ihres Individuallebens durch chronische Vergiftungen (Alkohol, Morphin, Blei), durch Infektionen (Syphilis, Tuberkulose) oder durch konstitutionelle Erkrankungen (Blutarmut, Diabetes, Gicht). In diesen Fällen wird schon krankhaft verändertes elterliches Keimplasma zum Aufbau des neuen Individuums verwandt¹⁾.

¹⁾ Die Tatsache der nervösen Entartung durch Keimschädigung wird neuerdings, wenn auch nicht direkt bestritten, so doch skeptisch beurteilt. Namentlich ist bei der Untersuchung des Keimschädigungsproblems auf statistischem Wege mit einer einseitigen Materialauslese in der Verwertung von Ursache und Wirkung Vorsicht geboten. Mindestens muß immer gefragt werden, ob mit der Feststellung der sog. Keimschädigung die ursächlichen Faktoren erschöpft sind oder ob nicht noch ein spezifischer Anlagefaktor notwendig ist, um die Wirkung der Keimschädigung zur Geltung zu bringen. Diese Erwägungen treffen auf alle späteren Ausführungen bei der Ätiologie der Epilepsie und des Schwachsinnns zu, soweit es sich um die Frage der sog. Keimschädigung handelt (Hoffmann).

Von diesen beiden spezifisch ererbten pathologischen Zuständen sind andere scheinbar ererbte zu trennen: die angeborenen, intrauterin erworbenen konstitutionellen Schädigungen des neuen Individuums, die während der embryonalen Wachstumsperiode nach der normalen Kopulation der elterlichen Geschlechtskerne durch schädliche Einflüsse (Ernährungsstörungen, Trauma, Gemütsbewegungen der Mutter während der Schwangerschaft) auf das sich entwickelnde, histologisch und funktionell sich differenzierende befruchtete Ei (Embryo) bewirkt werden. Auf diese Verhältnisse werden wir namentlich bei dem angeborenen Schwachsinn zurückkommen.

Es würde zu weit führen, alle diejenigen krankhaften Zustände aufzuzählen, die infolge der genannten pathologischen Abänderungen der Keimsubstanzen der Vorfahren bei den Nachkommen als ererbte Schwäche bestimmter Organe oder Gewebssysteme oder als Disposition zu speziellen Krankheiten in Erscheinung treten. Die erbliche Übertragung von Mißbildungen, der Hämophilie (Bluterkrankheit), der Kurzsichtigkeit, Taubstummheit, des fortschreitenden Muskelschwundes u. a. m. ist bekannt. Auch die Keimanlage des Zentralnervensystems kann betroffen und dadurch eine Krankheitsdisposition vererbt werden, die wir als neuro- oder psychopathische Prädisposition bezeichnen. Ihr Wesen ist darin zu suchen, daß eine Tendenz zu nervösen und psychischen Erkrankungen vererbt wird, deren frühere oder spätere, allgemeine oder speziellere Entwicklung von der Art der Prädisposition und der Intensität der Milieueinflüsse und der Schädigungen des Individuallebens abhängt. Die Individuen mit ererbter neuropathischer Prädisposition bezeichnen wir als neuropathisch erblich belastet.

Die Vererbung einer normalen oder pathologischen Eigenschaft in einer Familie ergibt sich durch die Betrachtung der möglichst vollkommenen Ahnentafel und Stammtafel. Die erstere enthält nur die direkten Vorfahren (die 2 Eltern, die 4 Großeltern, die 8 Urgroßeltern usw.), die Stammtafel sämtliche direkte Nachkommen eines Individuums. Gerade die Stammtafel die nicht nur die direkte Aszendenz, sondern auch die sogenannte kollaterale Verwandtschaft (Geschwister, Onkel, Tanten, Vettern, Basen usw.) dartut, ist zum Studium der Erblichkeitsverhältnisse unentbehrlich.

Diese Einsicht ergibt sich ohne weiteres aus den Tatsachen

der Mendelforschung. Ihre Kenntnis muß ich voraussetzen. Die einfache, regelmäßige dominante Vererbung entspricht dem, was man als direkte Vererbung bezeichnet hat; eine Eigenschaft vererbt sich von Generation zu Generation. Bei der einfachen Dominanz muß mindestens eines der Eltern mit der Anomalie oder Krankheit behaftet sein. Die äußerlich gesunden Individuen in diesen Familien sind stets auch keimgesund, also nicht „erblich belastet“ und können auch das Krankheitsmerkmal ihrer Familie nicht weitervererben. Eine Familie mit dominant gehender Anomalie kann sich von dieser frei machen, wenn die sämtlichen belasteten Mitglieder auf Fortpflanzung verzichten. Bei den rezessiven Merkmalen ist im Gegensatz zur Dominanz der indirekte Erbgang typisch. Eltern und Kinder eines Probanden können anomaliefrei sein. Ein rezessives Merkmal oder Eigenschaft wird nur bei homozygoter Beschaffenheit des Trägers manifest. Heterozygoten sind manifest gesund aber keimkrank. Während für einen Teil psychischer Erkrankungen eine Dominanz im Erbgange wahrscheinlich ist (z. B. manisch-depressives Irresein), vererben sich andere Psychosen und Neurosen ausgesprochen rezessiv (z. B. Schizophrenie, Epilepsie). Bei diesen ist die Nachkommenschaft kranker Eltern häufig manifest gesund, während scheinbar gesunde Mitglieder derselben Familie plötzlich kranke Kinder bekommen. Das Typische für solche rezessiv gehenden Anomalien ist die außerordentliche Häufigkeit der kollateralen Belastung durch Merkmalsträger in den Seitenlinien (Geschwister der Eltern oder der Großeltern oder deren Kinder und Kindeskinde).

Bei Psychosen, Psychopathien und Neurosen machen wir die mit dem Wesen der Vererbung eigentlich schlecht vereinbare Beobachtung, daß nicht immer gleichartige Krankheitsbilder den Erbgang einer Familie beherrschen, sondern daß in der Erbfolge verschiedene miteinander abwechseln. Es galt sogar die Meinung, daß die meisten Geisteskrankheiten, Psychopathien und sonstige psychische Ausnahmestände, sowie die Neuropsychosen (Epilepsie, Hysterie) sich im Erbgang als äquivalent gegenseitig ersetzen könnten. Man sprach von einem Polymorphismus der Vererbung. Diese Auffassung bedarf einer gewissen Einschränkung, die auf den neueren Vererbungsforschungen beruht. Die polymorph erscheinende Vererbung ist begründet in Konstitutionslegierungen von verschiedenen Krankheitstypen (intermediären

Konstitutionen) z. B. einer gemischt-zyklothymen und schizothymen Konstitution. Im Erbgange tritt gelegentlich nach dem ursprünglichen Überwiegen des einen elterlichen Charakters später die Veranlagung des anderen Elters hervor (Dominanzwechsel) oder die in einem Individuum enthaltenen Teilelemente der Konstitution (zyklothyme, schizothyme, epileptoide) können sich in aufspaltender Vererbung im Sinne Mendels getrennt auf die Kinder übertragen (H. Hoffmann). Die Erfahrung, daß im Erbgang psychopathisch stigmatisierter Familien neben vollentwickelten Nerven- und Geisteskrankheiten auch ausgeprägte charakterologische Abnormitäten (Sonderlinge, Verschrobene, Hitzköpfe, affektlabile Defektmenschen, Selbstmörder usw.) vorkommen können, ist selbstverständlich. Sie sind nichts anderes als die Merkmale wohlbekannter Konstitutionskreise (sog. „Temperamente“), von denen das zyklothyme und schizothyme den breitesten Raum einnehmen (Kretschmer¹⁾.

Es ist begreiflich, daß für ein Individuum die erbliche Belastung um so schwerer wird, je mehr Vorfahren psychisches Belastungsmaterial häufen (kumulative Vererbung), oder wenn sowohl von Vaters- als auch Mutterseite her neuro- und psychopathische Prädispositionen auf einen Deszendenten sich vereinigen (konvergierende Belastung). In beiden Fällen treten schließlich manchmal in der Nachkommenschaft Merkmale auf, die man, als Zeichen der Degeneration aufzufassen gewöhnt ist. Neben den sogenannten körperlichen und psychischen Degenerationszeichen begegnet man auf dem Degenerationswege einer Familie besonders den Psychosen des manisch-depressiven Konstitutionskreises, der Schizophrenie (Dementia praecox), der Epilepsie, den sogenannten degenerativen Hysterien und, neben den gerade im Kindesalter häufigen psychopathischen Konstitutionen, angeborenen geistigen Schwächezuständen, sei es in der schwersten Form der Idiotie oder in der leichteren der Imbezillität und Debilität. Der Schwachsinn beschließt nicht selten das Degenerationsdrama eines Stammes, da er die Individuen entweder aus sozialen oder physischen Gründen nicht zur weiteren Fortpflanzung gelangen läßt. Eine rasche degenerative Wirkung auf eine Familie beruht natürlich immer in der Hauptsache auf dem in mehrfacher Generationsfolge sich ereignenden Zusammentreffen dominanter psychischer Krankheits-

¹⁾ Kretschmer, Körperbau und Charakter. Berlin, J. Springer 2. Aufl. 1922.

merkmale. Die Dominanz im Erbgang für die eben genannten Psychosen und Neurosen ist aber, wenn auch nicht die Regel, so doch einwandfrei für viele Fälle sichergestellt. Daß bei der Degeneration neben Konstitutionsfaktoren auch konstellative Momente (Kahn), d. h. Veränderungen der Körperverfassung durch äußere (Milieu-) Einflüsse mitsprechen, versteht sich von selbst.

M. H.! Die Nutzenanwendung dieses kurzen Exkurses in die Erblichkeitslehre auf unser Thema ist leicht erfindlich. Wenn Sie nach den angeführten Grundsätzen im Einzelfalle prüfen, welchen Stammes ein Kind ist, so gewinnen Sie sicheren Anhalt bei der Taxe seiner psychischen Verfassung. Es ist die Pflicht der Hausärzte und Pädagogen, die durch ihre ererbte Anlage gefährdeten Kinderexistenzen schon bei der ersten Betätigung im Kampfe ums Dasein, im Getriebe des Schullebens mit sorgsamem Auge zu überwachen. In der Verhütung der Neurosen und Psychosen bei erblich disponierten Kindern kann die Schulzeit Hervorragendes leisten. Außerdem scheint mir in der Erkennung und richtigen Behandlung des originär minderwertigen Schülermaterials einer der wichtigsten Wege zur Lösung der sogenannten Überbürdungsfrage gegeben zu sein.

Die angeborene Anlage, die von der gesundheitlichen Beschaffenheit der Eltern und Voreltern abhängt, wird nun wesentlich beeinflußt von dem Milieu, in dem das Kind aufwächst, und von all den Maßnahmen, die unter den Sammelbegriff der Erziehung fallen. Die Umgebung drückt der Kinderpsyche ihren Stempel auf: häusliches Unglück, Kummer der Eltern gibt den Kindern gerne etwas Sentimentales, Weltschmerzliches, Verbittertes; steter Umgang mit Erwachsenen Altklugheit oder frühreife Blasiertheit; kränkelnde Erzeuger, bei denen das Thermometer und „Diät“ jahraus jahrein eine Rolle spielen, machen ungewollt ihr Kind — wenn es das „einzige“ ist, ganz sicher! — zum Hypochonder. Die Eindrücke der „Kinderstube“ sind von tiefer Wirkung auf den Habitus und die Gedankenwelt des Kindes. Die Erziehung hat die physiologischen Unarten der Jugend zu bessern, hier bahndend und dort hemmend rechtzeitig einzugreifen. Die „Kinderfehler“ des pädagogischen Alters treten erfahrungsgemäß bei neuropathisch Veranlagten doppelt stark in Erscheinung. Denken Sie an die Kinderfehler der Ängstlichkeit und Schüchternheit, der Launenhaftigkeit,

des Eigensinns, der Heftigkeit, des Trotzes, der Unaufmerksamkeit und Zerstretheit, der Grausamkeit und der Lüge, nicht zu vergessen die willensschwache Faulheit! Bei falscher Erziehung können Sie von Schritt zu Schritt verfolgen, wie auf dem Nährboden der ererbten krankhaften Veranlagung Kinderfehler sich zu psychopathologischen Symptomen auswachsen. Das macht der Unverstand der Mütter, Tanten und Großmütter und, wenn wir ehrlich sein wollen, mancher Väter, der in der Verteilung von Zucht und Liebe, Beachtung und Vernachlässigung nicht die rechte Mitte findet, sondern zwischen Extremen schwankt. Ich möchte beinahe sagen, die schlimmeren Krankheitsprodukte sind weniger auf Rechnung erzieherischer Vernachlässigung als vielmehr fortgesetzter, in bester Absicht ausgeübter, fürsorgender Tyrannisierung und Systemwechsel zu setzen. Was ein „nervöses“ Kind in seiner Körperpflege, Ernährung und Lebenshaltung durch die Gesundheitshuberei seiner Eltern oft auszustehen hat, würde sich auch kein Erwachsener gefallen lassen. Ich denke dabei wieder an das bekannte „einziges Kind“¹⁾, um das als Achse sich oft der ganze Haushalt unter der Anführung eines schwachen Vaters oder einer törichten Mutter dreht. Es ist nur Heimzahlung mit gleicher Münze, wenn solche Kinder zu Tyrannen der Ihrigen werden. Ruhe und Stetigkeit, nicht eine die reizbare Resonanz erhöhende Vielgeschäftigkeit und Unrast tut ihnen not. Bei manchen „nervösen“ und hysterischen Kindern kann man die Krankheit als ausschließliches Resultat einer erzieherischen Verballhornisierung erkennen.

Eltern, die an sich selbst die nötige Zucht vermissen lassen, die ihre eigenen Gefühlsausbrüche nicht meistern können, vermögen auch das Affektleben ihrer Sprößlinge nicht zu regeln. Das Kind hat labile Affekte, und ihr Einfluß auf die körperliche und geistige Sphäre seines Ichs ist groß. Die sogenannten ungezogenen und unerzogenen Kinder fallen hauptsächlich durch die mangelhafte Disziplinierung ihres Affektlebens auf. Unlust, Ärger, Zorn und Kummer muß das Kind so beherrschen lernen, daß keiner der Affekte nachhaltig und übermächtig wird,

¹⁾ Vgl. Neter, Das einzige Kind und seine Erziehung. 5. und 6. Aufl. München, Otto Gmelin, 1914.

Friedjung, Die Pathologie des einzigen Kindes. Ergebn. d. inn. Medizin und Kinderheilkunde 1919.

sondern jeder durch Gegenvorstellungen und ablenkende Willensakte zum raschen Ausgleich kommt. Namentlich die körperlichen Begleiterscheinungen der Gefühlsreaktionen, das laute Weinen, Schreien, Toben, Strampeln müssen schon bei kleinen Kindern unter die Herrschaft des Willens gestellt werden. Die pathologisch gesteigerte Affekterregbarkeit und die krankhafte Verstärkung ihrer körperlichen Folgeerscheinungen sind Grundpfeiler der Kinderhysterie.

Ganz besonders empfehle ich eine Abhärtung gegen Schmerz. Fast alle nervös Veranlagten neigen zur psychischen und körperlichen Hyperalgesie, zur Wehleidigkeit, die jedes vorübergehende körperliche Ungemach, jeden alltäglichen Schmerz zum Ausgangs- und Anknüpfungspunkt nervöser Dauersymptome und seelischer Verstimmungen nimmt. Wenn das Kind sieht, daß man auf seine Schmerzen allzugroße Rücksicht nimmt, wird es bald schlau genug sein, daraus Kapital zu schlagen, und der Wille zur Krankheit wächst. Deshalb muß die Erziehung konsequent sein, nicht weniger in der Abhärtung des Körpers gegen Kälte und Hitze, Hunger und Durst, als in der Festigung des Charakters im Schmerz. Gymnastik, Sport und die harte Schule der Gasse müssen den Körper stählen. Nichts ist verkehrter, als die sorgfältige Abschließung des Kindes von dem Umgang mit seinen Altersgenossen und von den kleinen Gefahren und Unbilden der Kindheit. Es muß überwinden lernen, was ihm peinlich und lästig ist, muß unangenehme Eindrücke (Geräusche!) ertragen, auch den Anblick menschlicher Gebrechen. Hüten Sie es aber vor dem Gemeinen in Wort und Bild und Wirklichkeit! Ungesunde Lektüre (Zeitungssensationen, Räuberromantik) erhitzt und vergiftet die Phantasie und weckt unlautere Triebe. Auch der verfrühte Besuch von Theatern, „Kinos“ und namentlich von Schaustellungen à la Panoptikum ist zu verwerfen. Der Kunstgewinn für das Kind ist dabei gering und lohnt nicht das Risiko ethischer Gefährdung. Dass die Eltern die Menschen genau ansehen sollten, denen sie Tag für Tag das Wohl und Wehe ihrer Kinder anvertrauen, versteht sich zwar von selbst. Aber man hört doch oft genug aus dem Kindermund Erlebnisse mit Dienstboten, Gouvernanten und Erziehern, die den Grund zu moralisch depravierenden und gesundheitlich schädigenden sexuellen Verirrungen legten, ohne daß die Eltern auch nur die leiseste Ahnung davon hatten.

Am meisten sehe die Erziehung auf Einfachheit, Ent-

sagung, Gehorsam und auf die Schätzung der kostbaren Zeit. Verweichlichung des Körpers und Charakters durch Luxus leistet der Nervosität den besten Vorschub. Der Hang zum Wohleben, fortwährendes Begehren, Unzufriedenheit, Eigenwille, mangelnde Selbstbeherrschung und die Liebe für das beschauliche Nichtstun: das sind die Haupthindernisse, die sich einer Ausmerzungs-ererbter Krankheitstendenzen entgegenstellen. Gelingt es dem Erzieher nicht, im Kindesalter diese verhängnisvollen Neigungen zu unterdrücken, so kommt der Arzt im späteren Leben bei der hysterischen Frau und dem „neurasthenischen“ Bummler viel zu spät. Bei vielen unserer Nervenkranken scheitern alle ärztlichen Bemühungen, weil sie willensschwach und charakterlos von Jugend auf sind. Sehen Sie bei den Kindern auch auf Wahrhaftigkeit gegen sich selbst und gegen andere! Unwahrheit führt zur Übertreibung und zur Simulation von Krankheitszuständen. Wecken Sie das Selbstvertrauen und einen gesunden Optimismus! Den brauchen wir bei „kranken Nerven“ am meisten; er ist das Gegengewicht gegen die Hypochondrie und ein Ansporn bei der harten Pionierarbeit auf dem Wege zur Gesundung. Jedes Minderwertigkeitsgefühl beim Kinde ist zu beachten und wenn möglich zu beheben. Ihm entsprechen Züge von Ängstlichkeit, Zweifel, Schüchternheit, Feigheit, verstecktem Anlehnungsbedürfnis und unterwürfigem Gehorsam. Diesem subjektiven Minderwertigkeitsgefühl setzt das Kind Kompensationsbestrebungen entgegen, die in Überkompensation ausarten. Über den hypersensiblen, zarten Kern legt sich — in abweisender Absicht als „Protestreaktion“ — eine Oberfläche von Frechheit, Übermut, Auflehnung, Trotz und phantastischen Gernegroßwünschen, die in falscher Bewertung ihrer Ursache zu ganz verkehrten Erziehungsmaßnahmen führen und das Kind der Neurose ausliefern können¹⁾. Angst und Furcht soll das Kind nicht kennen, auch nicht vom Hörensagen. Beide sollen kein Erziehungsmittel sein. Aberglaube, mystischer Schwulst, Ammenmärchen, „Gruseln“ in der Dunkelheit sind Gift für seine Unbefangenheit und eine Quelle kindlicher Angstzustände²⁾.

¹⁾ Vgl. dazu die Arbeiten von Adler, *Über neurotische Disposition*, *Jahrb. f. psychoanalytische Forschung* 1908. — *Trotz und Gehorsam*, *Monatschrift für Pädagogik und Schulpolitik* 1910. — *Über den nervösen Charakter*. Wiesbaden, Bergmann, 1912.

²⁾ Vgl. v. Kügelgen, *Jugenderinnerungen eines alten Mannes*. Wilh. Langewiesche-Brandt, 1920, S. 14 f.

Neuropathisch disponierte Kinder haben einen Hang zur Phantasie und Träumerei. Sie leben gerne in einer der Wirklichkeit entrückten Welt, die sie mit den Gebilden ihrer Phantasie bevölkern, und verraten, wie K. Groos so reizend sagt, durch kein Wort die geheime Traumwohnung, in die sie sich täglich zurückziehen und deren Schlüssel sie niemals ausliefern. Warum? Oft sind der Inhalt unserer „Tagträume“ heiße Wünsche, deren Erfüllung uns die Wirklichkeit versagt und die um so mehr in das Dunkel des Unterbewußtseins verdrängt werden, je weniger sie der kritischen Beleuchtung des Verstandes und, soweit es sich um erotisch-sexuelle Komplexe handelt, der moralischen Beurteilung stand halten. So kommt es — auch schon bei Kindern — zu einer Spaltung der Persönlichkeit und zur Schaffung eines traumhaften Phantasiekomplexes, der als parasitäre Sonderexistenz in dem Geistesleben ihre aktive geistige Tätigkeit lahmlegt und ihr Gefühl nach der Tonart modelt, auf die ihre Wachträume abgestimmt sind. Die Beziehungen der unbewußt gewordenen Phantasien zum hysterischen Symptom, insbesondere zum hysterischen Anfall, sind den Neurologen wohlbekannt. Reißen Sie daher die jugendlichen Träumer und Phantasten von den gedanklichen Spielereien mit dem eigenen Subjekt los und gewöhnen Sie sie an das Handgreifliche und Praktische! Man muß sie von der stillen, träumerischen Innenbetrachtung, der Einsiedelei und Eigenbrödelei, dem fortwährenden Buchleben nicht nur verderblicher, sondern überhaupt romantisch-reizvoller Lektüre abbringen und sie an Übung von Auge, Hand und Urteil durch Sammeln, Bauen, Zeichnen, Malen, Modellieren, Handarbeit und Beschäftigung im Garten gewöhnen. Es ist kein Zufall, daß nervös veranlagte Kinder fast instinktiv von alledem nichts wissen wollen.

Es wäre aber falsch, bei der Erziehung eines Kindes nur auf die bewußten Eindrücke Rücksicht zu nehmen, die es von der Umgebung erleidet. Eine Reihe von Empfindungen und Gefühlen, die mit einer Gesamtsituation oder einem Erlebnis unseres Lebens verknüpft sind, machen wir zwar zu unserem psychischen Eigentum, verarbeiten sie aber nicht bewußt. Diese unterbewußt gebliebenen psychischen Elemente liefern viel Material zu dem, was man als „Stimmung“ bezeichnet, und beeinflussen, wenn sie unvermutet assoziativ geweckt werden, unser Denken, Fühlen und Handeln. „Die bewußten Eindrücke bilden den intellektuellen

die unterbewußten den emotionalen Menschen“ (Waldstein). Deshalb ist es wichtig, das Milieu des Kindes und die Eindrücke auf seine Sinne sorgfältig auszuwählen. Sie formen seine unterbewußte Psyche. Der Grund mancher nervöser Alterationen der Körperfunktionen, des Schlafes und der Stimmung ist in einem unruhigen, gehetzten, disharmonischen Lebensgetriebe des Elternhauses zu suchen oder in fortgesetzten häßlichen Streitszenen der Eltern miteinander oder mit den Diensthofen, in rohen Worten und drohenden Gesten. Das Kind, das derartige Vorkommnisse intellektuell noch gar nicht zu verarbeiten imstande ist, „verdrängt“ sie und stapelt eine Menge lebhaftester Unlust- und Spannungsgefühle in seinem Unterbewußtsein auf, die im Traume (Pavor nocturnus!), in unbegreiflichen Stimmungsschwankungen, Zerstretheit und intellektueller Hemmung, Störungen der Herz- und Verdauungstätigkeit sich Luft machen. Bei der Hysterie werden wir diesen unterbewußten psychischen „Komplexen“, die einen dauernden Einfluß aus dem Unbewußten heraus auf die Psyche ausüben, wiederbegegnen. Achten Sie überhaupt auf das „Erleben“ des Kindes? Wo der Erwachsene lächelt oder sich nur flüchtig ärgert, empfindet das Kind riesengroß und wird mit dem Affekt nicht fertig. Affektverdrängungen aus peinvollen Erlebnissen, Zurücksetzungen, Enttäuschungen wachsen im Unbewußten mit dem Kinde und sind die Ursache späterer Erkrankung oder krimineller Handlungen¹⁾.

Einer sorgsam und verständnisvollen Überwachung und Entwicklung bedarf das Sexualleben (Moll). Wir müssen dabei von der Tatsache ausgehen, daß das Kind nicht frei von Sexualregungen (Verliebtheit, geschlechtlicher Neugierde, Freude am Nackten, Exhibitionismus usw.) ist, wenn ihm auch das bewußte Sexualziel noch fehlt. Das Kind hat eigentlich noch keinen Sexualtrieb, sondern eine Art von „unspezifischer Triebmatrix“, ange deutete, wandelbare polymorphe Gefühlsrichtungen der Sexualität, die sich in einem Schau- und Zeigetrieb und in einer Neigung zur sexuellen Lustgewinnung äußern (Kretschmer²⁾). Sie ist im wesentlichen zunächst autoerotisch. Die Sexualäußerungen der

¹⁾ Vgl. Strohmayer, Über Pubertätskrisen und die Bedeutung des Kindheitserlebnisses Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung, Heft 187 Langensalza Hermann Beyer & Söhne, 1922.

²⁾ Kretschmer, Med. Psychologie, Leipzig, G. Thieme, 1922.

Kindheit sind meist masturbatorisch. Man hat das sog. Ludeln (Lutschen, Wonnesaugen) in Zusammenhang mit der Onanie gebracht. Auch von den Beobachtern, die nicht auf dem Boden Freud'scher Sexualtheorien stehen, wird zugegeben, daß der gewohnheitsmäßige Lustreiz, der mit den Saugbewegungen an den Lippen, an der Zunge, an den Fingern, an Saugflaschen, Gummimundstücken, dem sog. Lutsch oder Zulp, verknüpft ist, eine Art von Orgasmus (starren Blick, glühende Wangen, beschleunigte Atmung) bei kleinen Kindern auslösen kann. Das Ludeln kann ein Vorstadium für die Onanie sein, besonders dann, wenn damit die reibende Berührung gewisser sensibler Körperstellen (Brust, Genitalien) verbunden ist. Man darf einer Verallgemeinerung dieser Ansicht mit Recht widersprechen. Aber man wird wohl vor dem Ludeln bei nervös belasteten Kindern warnen müssen, bei denen der Saugreiz auf die Reizbarkeit des zarten Nervensystems ungünstig, wie alle überflüssigen Reize wirken muß. Meine Ansicht ist zum mindesten insofern auf der Seite der sexuellen Auffassung des Ludelns, als ich peinlichst verhütet wissen möchte, einer eventuellen „Schlaflosigkeit“ eines kleinen Kindes durch Anleitung zum Wonnesaugen zu begegnen. Wenn man erst die vielfache Erfahrung gemacht hat, daß sich jugendliche und erwachsene Psychopathen durch Masturbation Schlaf verschaffen und schließlich nicht mehr einschlafen können, ohne vorherige Onanie, so versteht man den Sinn der Parallele mit dem Ludeln und den Ernst der Warnung davor.

Die offenkundige onanistische Reizung der Genitalzone ist ein überaus häufiges Laster des Kindesalters. Die eingeweihtesten Kenner sind zu der ungeheuerlichen Tatsache gelangt, daß 95% aller Jugendlichen mehr oder weniger intensiv für kürzere oder längere Perioden masturbieren, und zwar Knaben und Mädchen. Es läßt sich nicht mehr bestreiten, daß onanistische Akte schon im Säuglingsalter vorkommen, wenn auch selten. Sexuelle Frühreife mit leichter Erregbarkeit der Genitalzone ist ein Charakterzug vieler nervös-belasteter Kinder. Man findet unter ihnen solche, die schon vom 4.—5. Lebensjahr an sich geschlechtlich reizen, sei es durch Pressen oder Wetzen der Oberschenkel oder durch direktes Reiben, Zupfen oder Drücken der Genitalien mit der Hand. Zweifellos sind die „erogenen Zonen“ (Freud) bei hereditär belasteten Kindern sensibler als bei nor-

malen. So erklärt sich der Umstand, daß sie viel leichter als andere nicht nur durch Verführung, sondern auch durch zufällige Reizungen in der Nachbarschaft der Genitalien (z. B. durch Harnverhaltung oder Verstopfung) zur Masturbation gelangen. Die sonstigen Ursachen der Masturbation beim Kinde sind zahlreich: allzu langes Sitzen, das Stauungen im kleinen Becken veranlaßt, Reibung der Genitalien beim Spielen und an Turngeräten (Kletterstangen), reizende Ernährung (Alkohol, Kaffee, Gewürze), eng-sitzende Kleidung, Velozipedfahren, zu warmes Nachtlager, Springwürmer im After, Phimosen, Langeweile namentlich im Bett u. a. m. Auf eigentümliche psychische Verknüpfungen von Angst und Schlaflosigkeit mit der Masturbation werden wir später zurückkommen.

Über ihre schädlichen Folgen existiert eine große Literatur. Populärmedizinische Aufklärung, oft verbunden mit unlauteren Erwerbsabsichten, hat dafür gesorgt, daß man in der jugendlichen Masturbation eine der Hauptursachen der wachsenden Zahl nervöser Menschen sieht. Vor allem glaubte man mit der Annahme nicht fehlzugehen, daß Onanie im Kindesalter Neurosen und Psychosen verschulde. So schlimm kann es aber unmöglich sein. Eine Schwarzmalerei, wie sie die marktschreierische Selbstbefleckungsliteratur betreibt, ist unerlaubt. Si duo faciunt idem, non est idem. In vielen Fällen, wo Masturbation und Kinderneurose zusammentreffen, ist das Verhältnis der beiden, wie ich vorher schon andeutete, kein kausales, sondern koordiniertes oder die Masturbation ein Symptom der Neuropathie. Ich verkenne den möglichen schädlichen Einfluß der fortgesetzt und häufig geübten Sexualreizungen im Kindesalter nicht: ich kenne den Zusammenhang zwischen Masturbation einerseits und Herzklopfen, Verdauungsstörungen, Bettnässen, rascher körperlicher und geistiger Ermüdbarkeit, Zerstretheit und Indolenz andererseits sogar sehr gut. Man muß aber erst prüfen und dann urteilen, und das Gerede von dem „Säfteverlust“ und „dem Untergang von Nervenfasern und Gehirnzellen“ überhaupt beiseite lassen. So plump ist die Wirkung nicht. Zu beachten ist dagegen das Gemütsleben nervös veranlagter jugendlicher Masturbanten: ihr ängstlicher, scheuer, schüchtern, gewissengeplagter, grüblerischer Habitus, ihre aufreibende psychische Verdrängungsarbeit gegen erotische Vorstellungen, als deren Endeffekt hysterische und

Zwangselemente auftreten. Der Affekt des Ekels ist bei sensiblen, skrupelhaften Kindern, die immer wieder der sexuellen Lockung unterliegen, größer als man vielfach denkt und überträgt sich auf Verrichtungen, die mit der Genitalzone nichts zu tun haben, z. B. als Brechneigung auf die Nahrungsaufnahme. Man spricht dann törichterweise von „Reizung der Magennerven“ durch die Onanie, während doch ein umständlicher, komplizierter psychologischer Umweg vorliegt. Wenn Sie dem Übel steuern wollen, so tun Sie es fein diplomatisch, taktvoll und in mild-belehrender Form! Ich warne Sie davor, das jugendliche Gewissen mit den sog. Folgen der „heimlichen Jugendsünden“ allzusehr zu belasten. Sonst wirkt die Furcht vor den Folgen der Onanie schlimmer als das Laster selbst; denn keine Belehrung vermag Rückfälle zu verhüten. Anstatt einer Befreiung geben Sie den Masturbanten sonst nur eine Last fürs Leben mit, weil sie, wie uns Neurologen zahllose Beispiele zeigen, die irrige, mit Schuldbewußtsein verknüpfte Vorstellung nie mehr loswerden, ihre Masturbation sei die Ursache ihres nervösen Zusammenbruches.

Mindestens ebenso wichtig wie die Verhütung und Eindämmung masturbatorischer Neigungen ist die für Eltern und alle, die mit Kindern zu tun haben, berechnete Warnung, ihre Sexualität zu reizen. Darin wird unbedacht viel gesündigt. Die Überzärtlichen wissen nicht, daß sie durch gehäufte Liebkosungen, fortwährendes Küssen, Streicheln, Tätscheln sogar meist auf erogene Zonen (Ohr, Mund, Hals, Nacken, selbst Gesäß) beim Kinde erotische Instinkte wecken, die zur Masturbation führen. Die wenigsten Erzieher und recht wenige Ärzte wissen, daß sich so geweckte frustrane sexuelle Erregung beim Kinde in Angst, Schlaflosigkeit und Pavor nocturnus verwandeln kann. Sonst würden auch manche Eltern vorsichtiger sein in der Hütung der Mysterien des Ehebettes und in der teilweisen oder ganzen Prostitution ihres nackten Körpers vor ihren Kindern. Es ist doch zu merkwürdig, daß manche Fälle von Pavor nocturnus bei Kindern mit einem Schlage „heilen“, wenn sie aus dem elterlichen Schlafzimmer entfernt oder aus den Händen einer hübschen, zärtlichen Gouvernante erlöst werden, und daß so viele Kinderhysterien mit konvulsivischen und deliranten Anfällen im Anfall erotische Mimik zeigen oder direkt den Coitus nachahmen. Auch daß perverse Anlagen im Kinde schlummern,

wird leider so gut wie immer vergessen. Und doch ist es positiv sicher, daß schon Kinder von 3—5 Jahren ausgeprägte masochistische oder sadistische Sexualerregungen haben können. Eine einmalige Züchtigung aufs nackte Gesäß oder der Anblick irgend einer pädagogischen Grausamkeit, auch das so manchmal im SpaÙe getriebene Beißen der Kinder kann zum Markstein in der Sexualentwicklung nach der Perversität hin werden.

Noch auf ein anderes muß hingewiesen werden, wenn es auch nicht gerne gehört und unter die Freud-Sünden gerechnet wird, auf den sexuellen Einschlag des Verhältnisses zwischen Kindern und Eltern. Daß unterirdische Strömungen vielfach von der Tochter zum Vater und vom Sohne zur Mutter gehen, ist eine Tatsache mit phylogenetischen Belegen. Der Inzesttrieb ist uralte, wie die Ödipussage und die Exogamievorschriften im totemistischen Zeitalter beweisen. Auch heute bestehen noch unklare sexuelle Bindungen zwischen Kindern und Eltern, wenn sie sich auch nicht offenkundig mit sexuellen Gefühlen und Trieben decken. Diese Bindungen sind oft von ausschlaggebender Bedeutung für das Schicksal der Kinder. Das Vaterideal und das Mutterbild sind für sie bestimmend in den wichtigsten Fragen des Lebens, wie Gatten- oder Berufswahl — sei es als Nachahmung oder als Protest —, gar nicht zu reden von der Festlegung von Sympathien und Antipathien im Leben, von Liebe und Haß, von Lebensbejahung und -verneinung, die in ihren Wurzeln auf Gefühlsbindungen an Vater oder Mutter in den Kindheitsjahren zurückreichen. Es ist geradezu eine Aufgabe der Pubertät, die Loslösung vom Elternideal zu bewirken und ein anderes Sexualziel zu suchen. Der Schnitt durch die geistige Nabelschnur, die den Sohn an die Mutter bindet, ist die Vorbedingung für seine normale Männlichkeit. Wo er nicht gelingt, wo der Sohn immer wieder auf infantilen Wegen ängstlich zur Mutter zurückkehrt, wenn sich in ihm die Sexualität regt und ihm das Leben mit neuen Objekten dafür winkt, entstehen seelische Konflikte, deren Lösung oft nur die Flucht in die Neurose ist. Die Loslösung vom Elternideal vollzieht sich auch manchmal unter den Zeichen heftigen Protestes, der sich in einer unverständlichen Renitenz gegen die Eltern, in Opposition und Haß gegen den Vater manifestiert und bei längerer Dauer wegen der ethischen Unverträglichkeit für die Kinder bei diesen zu sekundären Verdrängungen führen kann. Schließlich erwähne ich noch die Konflikts-

möglichkeiten, die bei Kindern gegeben sind, wenn eine hypertrophische ethische Ausprägung des Charakters sich mit einem abnorm heftigen und früh erwachenden Sexualtrieb trifft, dem deutlich perverse Nebenkomponenten sadistisch - masochistischer Art beige-mischt sind. Es bilden sich dann starke ethische Überkompensationen in Form von Gewissenszwang, Skrupulosität, Prüderie, Übergewissenhaftigkeit, denen man ihre sexuelle Herkunft gar nicht mehr ansieht¹⁾. Wir werden in der nächsten Vorlesung auf diese Zusammenhänge noch einmal zurückkommen.

Eine planvolle sexuelle Aufklärung kann ich nur gutheißen. Ich weiß, daß es zu den größten Schwierigkeiten gehört, das bekömmliche Maß abzumessen. Massenaufklärungen in Schulen möchte ich nicht empfehlen. Die sexuelle Vorbereitung und Bereitschaft der Kinder ist individuell zu verschieden. Man soll sie nicht unnötig aus ihrer „Naivität“ reißen, zumal wenn die geschlechtliche Entwicklung sich ohne Schwierigkeiten vollzieht. Wenn aber der sorgfältige Beobachter merkt, daß Konflikte wegen aufdringlicher Sexualerregungen kommen, wenn die Neugierde geweckt wurde und sich in dem bekannten „Fragen“ der Kinder Luft macht, dann muß die Lüge und die Mystik, der gefährliche Kitzel des Verhüllten und Unaussprechlichen der schonenden, offenen, ästhetischen Wahrheit weichen. Schon vorher habe ich angedeutet, welche Wichtigkeit der Pubertätszeit beigemessen werden muß wegen des Beginns der Ausreifung der sexuellen Eigenpersönlichkeit mit der Trieb-richtung auf das andere Geschlecht. Aber auch sonst ist die Pubertät kritisch²⁾. In den Flegel- und Backfischjahren ist die Psyche vielfach in gärender Umgestaltung. Neue Organgefühle, neue Gemüts-erregungen, neue Gesichtspunkte bei der Betrachtung der Umwelt und der Einschätzung der eigenen Persönlichkeit treten auf und es finden sich bei den jugendlichen Individuen manche Zustände, die bei der Erziehung als auf der Grenze des Pathologischen stehend berücksichtigt werden müssen: labile, reizbare Stimmung, apathische oder welt-schmerzliche Depressionen, überzärtliche oder abstoßend-ver-schlossene Haltung, Angstaffekte, religiöse Schwärmereien, impulsive Handlungen, pathologische Zerstretheit. Bei verschiedenen Kindern

¹⁾ Auf alle diese Dinge hat Kretschmer wieder in erfreulicher Sachlichkeit und Ruhe hingewiesen. (Med. Psychologie, S. 125 ff. und 216 ff.)

²⁾ vgl. Strohmayer, Über Pubertätskrisen usw., l. c. und Emil Sinclair (H. Hesse), Demian, Die Geschichte einer Jugend. G. Fischer, 1920.

kommt es in der Pubertät zum Entsetzen der Eltern zu Übergriffen gegen fremdes Eigentum (Entwendungen kleinerer Geldbeträge), ohne daß die jugendlichen Sünder zureichende Motive angeben können. Gewährleistet das bisherige Betragen einen guten Kern, so braucht man diese „Entgleisungen“ nicht gleich tragisch zu nehmen. Sie hören auf, man weiß nicht wie, wenn der Pubertätssturm ausgetobt hat. Man hüte sich, in solchen Fällen mit Kanonen nach Spatzen zu schießen!

Eine ungenügende und fehlerhafte Ernährung ist die Ursache mancher Kindernervosität. An einem allgemein schlechten Ernährungszustande und sekundärer mangelhafter Blutbeschaffenheit nimmt natürlich auch das Zentralnervensystem zu seinem Schaden teil. Die meisten „nervösen“ Kinder sind ungenügend ernährt, mager und blaß. Manche sind zu zappelig, um ordentlich zu essen und zu kauen, und aus der schlechten Angewohnheit wird schließlich eine chronische Anorexie (mangelnde Eßlust), die sich auf Minima in der Ernährung beschränkt, gaumenreizende Leckereien bevorzugt und auf normale Nahrungszufuhr mit Erbrechen reagiert. Nervöse Schwächlinge sind oft auch zu müde, um zu essen. Ausgeruht, haben sie guten Appetit. Darum sollen sie sich nicht vom Schulgang oder Spielplatz weg an den Eßtisch setzen, sondern vor dem Essen eine Stunde ruhen. Andere Kinder verbummeln die regelmäßige Stuhlentleerung, gehen tagelang nicht zu Stuhle und verlieren durch die chronische Verstopfung ihren Appetit. Einseitige Eiweißkost halte ich für schädlich. Bevorzugen sie Kohlenhydrate, Milch, Fette (Butter), Gemüse und Obst! Der Alkohol soll im Kindesalter, mindestens bis zum 15. Lebensjahr, auch in den geringsten Dosen, als Genuß- und Nahrungsmittel verpönt sein. Ich vermeide ihn auch in den Arzneien und Kräftigungssubstanzen (Eisentinkturen!). Ebenso verwerfe ich für das Kind starke Gewürze, Kaffee, Tee und das Nikotin. Schließlich möchte ich noch in die früheste Kindheit zurückgreifen. Wir kennen einen eigenartigen Symptomenkomplex der Säuglinge, der durch die Neigung zu Tetanie, Stimmritzenkrampf und Eklampsie „(Kinderkrämpfe)“ ausgezeichnet ist und den man als spasmophile Diathese (Thiemich u. a.) benennt. Die Spasmophilie, die unverkennbare Beziehungen zu geistigen Entwicklungsstörungen (Schwachsinn) des späteren Kindesalters besitzt, ist außerordentlich beeinflussbar durch die Ernährung. Überernährung mit Kuhmilch ist nach den

Erfahrungen der Kinderärzte in vielen Fällen schuld an der spasmodischen Diathese. Brustkinder erkranken selten daran. Muttermilchdiät hat einen heilenden Einfluß auf Eklampsie und Stimmritzenkrampf. Das Stillgeschäft der Mütter gehört zur Prophylaxe der Kindernervosität.

Das kindliche Gehirn braucht einen geregelten Wechsel von Betätigung und Ruhe. Ich hasse die Kinderdressur der besseren Stände außerhalb der Schule durch mehrere Sprachen und Musik auf Kosten der Spielzeit und ich beklage das soziale Elend, das Knaben und Mädchen in die Hausarbeit und Heimindustrie spannt. Geben Sie den Kindern reichliche Schlafzeit und sehen Sie von frühester Jugend an darauf, daß der Schlafmechanismus, diese Kardinalgrundlage der Nervengesundheit, automatisch und unabhängig von äußeren Faktoren (Licht, Dunkelheit, Jahreszeit, Bett, Zimmer, Heimat, Fremde) funktioniert! Singen und erzählen Sie ein Kind nicht in den Schlaf! Ins Bett gehört es nur, wenn es krank ist oder schlafen soll; Bettruhe als Strafmittel halte ich für unzumutbar. Das Bett soll ihm nicht vereckelt werden, auch soll es keine Langeweile erwecken, die meist nur zur Beschäftigung mit dem eignen Körper führt (Masturbation!). Kleinere Kinder (3—7 Jahre) sollen 12—16, Schulkinder bis zur Pubertät 9 bis 10 Stunden schlafen. Wenn es irgend möglich, lasse ich die Kleinen (auch Schulkinder) Mittags 1—2 Stunden schlafen. Eine Verkürzung des Nachtschlafes fürchte ich davon nicht. Sehen Sie auch darauf, daß das Kind warm schläft! Es ist dringend nötig, daß im Schlafe, wo die Zirkulation verlangsamt und die Eigenproduktion der Wärme vermindert ist, durch genügenden Schutz zu große Wärmeabgabe verhindert wird. Das Kind schläft tiefer und länger, wenn es warm liegt.

Bezüglich der übrigen ätiologischen Faktoren können wir uns kürzer fassen. Oft sind Störungen in den Körperorganen und ihren Funktionen die Grundlage oder die auslösende Ursache krankhafter nervöser und psychischer Reaktionen. Die Ernährungsstörungen habe ich schon erwähnt. Ich erinnere nur noch an häufiges Nasenbluten, Menstruationsbeschwerden und Würmer im Darmkanal. Von den sogenannten Konstitutionskrankheiten hat die Rachitis und die Skrofulose die engsten Beziehungen zu Neuropathien. Die Rachitis werden wir noch speziell beim kindlichen Schwachsinn zu würdigen haben; heute sei darauf hin-

gewiesen, daß Rachitis und Spasmophilie ungemein häufig verknüpft sind. Die skrofulösen Kinder mit ihrer Veranlagung zu chronischen Katarrhen des Respirationstraktus, zu Ekzemen der Haut, Mittelohr- und Augenentzündungen neigen auch zur Nervosität. Ein großes Gewicht legt man seit langem auf die sogenannten adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum, deren erster mechanischer Effekt die Behinderung der Nasenatmung ist. Kinder mit Wucherungen haben ein typisches Aussehen; wenigstens für ausgeprägte Fälle ist der Ausdruck der „adenoiden Maske“ nicht schlecht gewählt: Das bleiche Gesicht ist etwas gedunsen, der Mund steht offen, die Oberlippe läßt die oberen Schneidezähne unbedeckt. Das Gehör kann etwas herabgesetzt sein, die Sprache ist gaumig oder näselnd. Im Schlafe schnarchen die Kinder und sind unruhig und traumgequält. Tagsüber wird über Kopfdruck und Herzklopfen geklagt. In psychischer Beziehung bemerken wir eine gedrückte Stimmung oder leichte Apathie, mangelnde Konzentration und schlechte Merkfähigkeit. Man hat konstatiert, daß in städtischen Schulen 7—10% der Schulkinder mit adenoiden Vegetationen behaftet sind. Da ihre Beseitigung relativ einfach ist, so sollte sie in schweren Fällen nicht unterlassen werden. Wir nützen dem Kinde allein schon durch die Besserung der Atmung. Vor allzukühnen Hoffnungen auf die Hebung der Intelligenz bei Schwachbegabten möchte ich warnen.

Erkrankungen der Sinnesorgane, der Augen und Ohren, können zur Nervosität mithelfen. Ohrleiden müssen behandelt, Refraktionsanomalien (Weit- und Kurzsichtigkeit) korrigiert werden.

Infektionskrankheiten (Masern, Scharlach, Keuchhusten, Typhus) hinterlassen gerne Schwächezustände, die bei ungenügender Rekonvaleszenzzeit den Nährboden für nervös-psychische Erkrankungen abgeben. Ein besonderes Interesse haben in neuester Zeit psychisch-nervöse Krankheitszustände im Kindesalter gewonnen, die als Folgezustände überstandener Grippe mit Encephalitis (Hirnentzündung) und damit verbundener Schlafsucht (Encephalitis lethargica) auftreten (Pfaundler¹). Es handelt sich um eine eigentümliche Schlafstörung der Kinder. Nicht nur etwa um einfache Schlaflosigkeit, sondern mit Einbruch der Dunkelheit zeigen die Kinder eine hochgradige motorische Unruhe. Bei leicht gestörtem (dämmerhaftem) Bewußtsein und mitunter mangelhafter

¹) Pfaundler, Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 30.

Orientierung führen sie manche triebartige Bewegungen aus. Sie wälzen sich im Bette umher, wühlen in den Kissen, werfen sie heraus, lassen sich aus dem Bett fallen, klopfen auf die Betten oder an die Wand, klatschen in die Hände, lutschen, kauen, lachen, sprechen, singen und treiben allerhand Schabernack. Zurechtgewiesen verhalten sie sich einige Augenblicke ruhig. Dann beginnt das Spiel von neuem. Erst in den Morgenstunden tritt Schlaf ein, der fest und tief bis in die Mittagsstunden dauert. Häufig ist Bett-nässen bei Kindern, die schon längst sauber gewesen waren, hart-näckigster Art beobachtet worden. Tagsüber sind die Patienten teils normal, teils verstimmt, motorisch und intellektuell gehemmt. Für ihr nächtliches Verhalten haben sie volle Erinnerung, können es aber nicht motivieren. In manchen Fällen liegen wohl auch Halluzinationen vor. Ich hatte wenigstens den Eindruck, daß Kinder in ihrer nächtlichen Unruhe Erlebnisse der jüngsten Zeit im Gespräche mit halluzinierten Partnern reproduzieren. Abgesehen von dieser sehr unerfreulichen Nachkrankheit der Encephalitis gripposa bei Kindern, die man mit Pfaundler als „Schlafverschiebung“ bezeichnen kann, und die sicher mit Erkrankungsprozessen in den basalen Ganglien des Gehirns zusammenhängt, sehen wir noch eine zweite Art von Folgezustand bei Grippe. In diesen Fällen handelt es sich um eigenartige intellektuelle Rückgänge und ethische Veränderungen der Kinder nach Grippe. Sie werden vorlaut, ungezogen, faul, unaufmerksam in der Schule, neigen zum Herumtreiben und dummen Streichen. Manche werden bösartig, aggressiv mit Worten und Taten und vergreifen sich an fremdem Eigentum. Inwieweit für die seelischen Veränderungen neben den Schädigungen der basalen Ganglien auch solche der Großhirnrinde verantwortlich gemacht werden müssen, bleibe dahingestellt. Jedenfalls ist Grippeencephalitis im Kindesalter prognostisch immer ernst zu nehmen.

Schließlich erwähne ich noch als ursächliches Moment das Trauma, die Verletzung oder Erschütterung in physischer und psychischer Hinsicht, dem das Kindesalter wegen seines leichtsinnigen Wagemuts und seiner naiven Sorglosigkeit ausgesetzt ist. In der Regel sind Traumata (Sturz, Fall, Stoß oder Schlag) ohne nachhaltigen Schaden und was uns die Eltern bisweilen davon erzählen, — ein unvorsichtiges Dienstmädchen findet sich überall als Sündenbock, — ist mit Reserve zu verwerten. Immerhin sind mir aus eigener Praxis

Fälle in Erinnerung, wo nach Sturz aus der Schaukel, Überfahrenwerden durch ein Fuhrwerk oder einen wütenden Radfahrer, mit oder ohne die Erscheinungen einer Gehirnerschütterung (Bewußtlosigkeit, Druckpuls, Erbrechen) sich für Monate ein nervöser Zustand etablierte mit Reizbarkeit, Weinerlichkeit, schlechtem Schlaf, Abmagerung und Kopfschmerz. Man kann solche Fälle mit der traumatischen Neurose der Erwachsenen vergleichen. Daß dabei der psychische Schock eine wichtige Rolle mitspielt, ist klar. Auf die Bedeutung des Traumas für die kindliche Hysterie werden wir später zu sprechen kommen. Daß auch die körperliche Züchtigung bisweilen als traumatisches Moment wirken kann, darf der Erzieher nicht vergessen. Vor körperlicher Abstrafung nervöser Kinder mit pathologisch gesteigerter Affektreaktion möchte ich generell warnen. Gewöhnlich ist in diesen Fällen die motorische Entladung durch Prügel nur eine Ableitung des erzieherlichen Zornes, während sie auf das affektiv-erregte Kind entweder gar keinen pädagogischen Eindruck macht oder wohl gar psychische Erregungszustände auslöst, die die günstigsten Vorbedingungen für hysterische Krampfanfälle schaffen.

M. H.! Bisher haben wir die ursächlichen Faktoren besprochen, die außerhalb der Schule zu suchen sind. Lassen Sie mich jetzt noch mit einigen Worten auf diejenigen Schädlichkeiten eingehen, die das Kind in und durch die Schule treffen können! Mit dem Schlagworte der Schülerüberbürdung, die man so häufig für die Nervosität verantwortlich macht, muß man meines Erachtens vorsichtig umgehen und nicht alles dem Regime zur Last legen, was der minderwertigen Konstitution des Schülermaterials zuzuschreiben ist. Es kommt ja nicht nur auf das an, was der Lehrplan von dem Schüler verlangt, sondern auch darauf, ob er die körperlichen und geistigen Fähigkeiten zur Bewältigung eines Normalpensums mitbringt.

Die schädliche Beeinflussung unseres Nervensystems durch die Summe der geleisteten Arbeit ist abhängig von der individuellen Ermüdbarkeit. Die Ermüdung (Anton) ist der natürliche Folgezustand jeglicher Arbeitsleistung. Durch eigenartige im Stoffwechsel sich bildende und im Blute kreisende chemische Zerfallsprodukte komplizierter Eiweißmoleküle, durch die sogenannten Ermüdungstoxine, tritt nach einem kürzeren oder längeren Arbeitsoptimum ein Zustand der Verschlechterung der Qualität und der

Verminderung der Quantität der Leistung ein, der von ganz bestimmten unangenehmen subjektiven Gefühlen begleitet ist, die man als Müdigkeit bezeichnet. Ermüdung ist aber nicht gleichbedeutend mit Müdigkeit. Das Gefühl der Müdigkeit kann, wie jeder von Ihnen weiß, in den Zeiten stärkster Ermüdung vollkommen fehlen, ja sogar einer Erregung Platz machen, die den Schlaf verscheucht. Der objektive Zustand der Ermüdung zeigt charakteristische Merkmale. Die Körpermuskulatur verliert an Kontraktionsenergie, die Herzaktion, die zuerst merklich beschleunigt ist, verlangsamt sich und wird matter, die Atmung rascher und oberflächlicher. Die Reaktionszeit auf periphere Reize, die das Nervensystem treffen, verlängert sich proportional der Ermüdung. Die normale Reizschwelle für Berührungsempfindungen und der Durchmesser der Weberschen Tastkreise wächst. Die Ideenassoziation wird langsamer; die Aufmerksamkeit läßt nach, und anstatt des durch die aktive Konzentration gelenkten zweckentsprechenden (aktuellen) Gedankenablaufs mit einer leitenden Zielvorstellung drängen sich ungewollte Vorstellungen auf. Das Individuum erscheint zerstreut. Die Fehlreaktionen (verlesen, verschreiben, versprechen) nehmen zu. Mit Nachlaß der aktiven Aufmerksamkeit nimmt die Merkfähigkeit ab. Die große Zahl der natürlichen und anezogenen psychischen Hemmungen lockert sich, und neben einer auffallenden Muskelunruhe (besonders beim Schulkinde in Gestalt von Hin- und Hergucken, Spielen mit den Fingern, Scharren mit den Füßen, Hin- und Herrutschen auf der Bank) treten Unarten (Lachen, Grimassieren, Neckereien der Mitschüler) während des Unterrichts auf. Dazu kommt ein subjektiver Faktor, die mit den Müdigkeitsempfindungen verknüpften Gefühlstöne der Unlust, die ihrerseits wieder hemmend auf den Vorstellungsablauf wirken oder sich dem psychischen Gesamthalte durch Irradiation mitteilen. So führt Ermüdung zu schweren Störungen der Gefühlsreaktionen. Es ist unter den Pädagogen noch lange nicht bekannt genug, wie abhängig die moralischen Qualitäten des Schulkindes von der Ermüdung sind. Manche den Eltern ganz „unbegreifliche“ schulische und andere Verfehlungen (Abgucken, „Mogeln unter der Bank“, Lügen, Naschen und Stehlen) wurzeln in dem durch Ermüdung bedingten Zustand der losgelösten psychischen Hemmungen. Müdigkeit macht die Kinder reizbar oder indolent, bockbeinig oder

apathisch. Ein nervös veranlagtes Mädchen trefflicher Eltern, das sittlich durchaus einwandfrei ist, wurde einst beim Ablesen unter der Bank erwischt, bestraft und leugnete. Als der Vater es zur Rede stellte, erzählte das Kind: „Meine Beine baumeln immer in der Luft, weil die Schulbank zu hoch ist. Das macht mich müde, und beim langen Sitzen tut mir der Rücken weh. Dann kann ich nicht mehr aufpassen. Allmählich wird mirs ganz leer im Kopfe, und ich werde ganz gleichgültig. Dann kann die Lehrerin sagen, was sie will, das berührt mich nicht. Mir ist alles gleich, ob ich eine Lüge sage oder nicht, obwohl ich weiß, daß lügen Unrecht ist.“

Man hat den Zustand der Ermüdung mit Rücksicht auf die Überbürdungsfrage bekanntlich zum Gegenstand experimenteller Untersuchungen gemacht¹⁾. Alle ihre Resultate, seien sie durch ergographische, ästhesiometrische oder pädagogisch-psychologische Methoden gewonnen, haben für die Praxis nur einen beschränkten Wert. Was der eine Schüler spielend trägt, schleppt der andere als eine schwere Last. Während der eine sich rasch erholt, verharret der andere lange im Zustande der Ermüdung, so daß ihm die „normal“ zugemessene Erholungszeit nicht genügt. Deshalb birgt der Schulgang für die rasch ermüdbaren und schwer sich erholenden Schwächlinge so viel Gefahren in sich. Bitte, achten Sie auf diese Kinder! Körperlich und geistig zart, schon äußerlich erkennbar an ungesunder, rasch wechselnder Gesichtsfarbe, entweder zappelig-erregt oder ängstlich-schüchtern, bringen sie die Anwartschaft auf die Nervosität mit. Gar bald klagen sie nach der Schule über Müdigkeit, Spannungsgefühle und Druck im Kopfe. Bei ihnen kommt es bei knapp bemessener Ruhezeit durch die Summation von Ermüdungsresten, die in der mangelhaften Zirkulation und Blutbeschaffenheit und in dem unruhigen und traumgequälten Schläfe keinen rechten Ausgleich finden, zur Dauerermüdung und schließlich zur Erschöpfung mit einem völligen Versagen der intellektuellen Leistungen. Manche der echten jugendlichen Neurastheniker gehören in diese Gruppe. Der Leidensgang wird oft durch den Unverstand der Eltern verschärft, die anstatt zu bremsen, den bei nervösen Kindern meist vorhandenen Ehrgeiz anstacheln und mangelhafte Leistungen durch „Nachhilfe“ zu heben versuchen. Lesen Sie die Leidensgeschichte des jungen Hans Giebenrath in

¹⁾ Vgl. Lobsien, Die experimentelle Ermüdungsforschung. Zeitschr. für Kinderforschung. Bd. 18 19, 1913/14.

Hesses Roman „Unterm Rad“! Er ist der Typus der armen Jungen, deren zartorganisiertes Nervensystem intellektuell und gemächlich unter dem sinnlosen, „gutgemeinten“ Druck der Eltern und Lehrer zusammenbricht. Es ist geradezu ein Rätsel: der so einfache Schluß, daß man einer durch Ermüdung bedingten Verschlechterung der Leistung nicht durch Vermehrung der Arbeit abhelfen kann, wird von Eltern und Lehrern so oft nicht gezogen. Machen Sie es sich zum Prinzip, Kinder, die schon in der Kinderstube ihre rasche Ermüdbarkeit dadurch zeigen, daß sie immer gleich müde sind, nach kurzen Spaziergängen oder Spielen die Farbe verlieren und mit blauen Ringen um die Augen und spitzer Nase herumhocken, reizbar-nörgelig werden, nicht recht essen wollen, über den Kopf klagen und unruhig schlafen, so spät wie möglich in die Schule zu geben, auch wenn ihre intellektuelle Entwicklung sie dazu vollauf befähigt. Ein einziges Jahr Ruhe und Freiheit tut bei einem Kinde oft Wunder. Es ist fürs Leben gar nichts gewonnen, wenn ein Individuum mit 16—17 Jahren das Abiturientenexamen macht, dafür aber schon als junger Student ein ständiger Gast im Sprechzimmer des Nervenarztes ist.

Wenn Sie aber an einem Schulkind merken, daß es chronisch-müde ist, daß seine Leistungen nachlassen, seine Stimmung gereizt ist, sein Schlaf und seine Ernährung leidet, und seine Lehrer über Schwererziehbarkeit und allerhand moralische Verirrungen klagen, dann geben Sie ihm keinen Hauslehrer, sondern Ruhe, und stecken es nicht in eine Presse, sondern befreien es von dem Drucke der Schullast! Mit einem Schlage können Sie dann eine Wandlung in dem Befinden und Gebaren des Kindes erleben, die keine Strenge und keine Nachhilfe zustande gebracht hätte. Lassen Sie mich diese wichtige Tatsache zum Schlusse durch ein lehrreiches Beispiel illustrieren!

Nr. 1. W. K., ein 12jähriger Knabe, ist der späte Nachkömmling der Familie; seine Geschwister sind 10—12 Jahre älter; 2 sind in der Zahnperiode an „Bronchialkatarrhen“ gestorben. Der Knabe hatte im Anschluß an die Impfung eklampthische Anfälle und schrie im Schlafe auf. Er war immer ein zartes Kind, auffallend klein und rachitisch. Von Kind auf hörte er auf dem rechten Ohre schlechter. In der ersten Schulzeit bemerkten die Eltern, daß er in der Sommerfrische gut schlief daß aber mit dem Schulbeginn das nächtliche Aufschreien sofort wieder begann. W. ist nach den Angaben der Eltern ein lieber, aber eigensinniger Junge, etwas frühreif und altklug. Er las viel und gern Indianergeschichten und schrieb auch selbst kleine Theater-

stücke. In der Ordnung war er stets peinlich. Gegen Obst hatte er (wie die Schwestern seiner Mutter) eine Idiosynkrasie. Im ersten Jahre des Gymnasialbesuchs veränderte sich der Junge; er wurde reizbar, besonders wenn er viel Hausaufgaben zu machen hatte. Er machte alles mit Hast und Ungeduld. Schließlich wurde er widersetzlich, ungehorsam und bei Zurechtweisungen wütend. In der Sexta kam er im Latein nicht recht mit. Im Herbst ging er mit den Eltern ins Gebirge und überanstrengte sich auf Touren. Beim Übertritt von Sexta nach Quinta bestand er die Nachprüfung im Latein nicht und wurde nur probeweise versetzt. Über diese Unsicherheit regte sich der Junge sehr auf. Seine Reizbarkeit nahm zu: er wurde tätlich gegen die älteren Geschwister, zuletzt auch gegen die Mutter, schimpfte, stieß und kniff sie. Hinterher bat er um Verzeihung. Nach Züchtigungen drohte er mit Selbstmord. Er erklärte, er sei zu nichts mehr nütze, und suchte nach einem Messer. In seinen Wutanfällen hielt er sich die Kehle zu, bis er nicht mehr atmen konnte. Er schlief spät ein und wollte morgens nicht aufstehen. Gewöhnlich wurde er im Bette erregter, schlug Purzelbäume und beruhigte sich erst, wenn ihm die Mutter Geschichten erzählte.

W. ist ein kleiner Junge; 110 cm lang, 54 Pfund schwer. Sein rachitisch-hydrocephaler Schädel hat einen Umfang von 53 cm. Sein rechter oberer Eckzahn ist doppelt. Sonst zeigten sich keine abnormen Befunde. Er kam in ein Erziehungsheim mit individueller Behandlung und wenig Schulstunden. Die Reizsymptome schwanden sofort, Schlaf und Nahrungsaufnahme waren gut. Der Junge nahm in den ersten 5 Wochen 4 Pfund an Körpergewicht zu. Seine Führung war tadellos.

M. H.! Meine Ausführungen können bei der Vielgestaltigkeit des Themas keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Ich wollte Ihnen ja auch nur das namhaft machen, was für die Ätiologie und Prophylaxe des Kindesalters wichtig ist. Viele allgemeine ätiologische Gesichtspunkte, die für Erwachsene bedeutungsvoll sind (Beruf, Klima, Kulturauswüchse u. a. m.), kommen für das Kind nicht in Frage. Nur die Beobachtung möchte ich nicht unterdrücken, daß die psychoneurotische Rassebelastung der Semiten sich auch beim Kinde frühzeitig und häufig zeigt. Es ist auffallend, wie groß der Prozentsatz der Juden unter meinen psychopathischen Jugendlichen war. Ein Zufall kann dies nicht sein. Daß ich auch verhältnismäßig viel psychopathische Kinder slavischen Stammes zu sehen bekam, hängt vielleicht mit rein äußerlichen Faktoren zusammen.

3. Vorlesung.

Die psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters.

M. H.! Ich führe Sie heute gleich *medias in res* mit der Besprechung der psychopathischen Konstitutionen (Ziehen)¹⁾ des Kindesalters. Man versteht darunter Krankheitszustände, die keine vollentwickelten, wohlcharakterisierten Geistesstörungen sind, sondern gewissermaßen auf der Grenzscheide stehen zwischen dem Normalen und Krankhaften des Seelenlebens. Während ihre Anfänge und leichtesten Ausprägungen sich unmerklich in der Breite der „Norm“ verlieren, führen ihre Steigerungen, entweder vorübergehend oder dauernd, in fließenden Übergängen hinüber zu vollentwickelten Neurosen und Psychosen. Dazu gehört eine große Zahl der Kinder, die man landläufig als „nervös“ bezeichnet, ebenso die Regelwidrigkeiten der jugendlichen Psyche, die zuerst von Koch und später in engster Anlehnung an ihn von Trüper den „psychopathischen Minderwertigkeiten“ zugewiesen wurden. Auch die Bezeichnung der Psychasthenie (Pick, Heller) dürfte damit identische oder mindestens verwandte Begriffe decken.

Die konstitutionellen Psychopathien, die neben dem Schwachsinn wohl die häufigste Form geistiger Abnormität des Kindesalters darstellen, erfreuen sich, wie dies schon in den älteren verdienstlichen Beschreibungen Kochs zum Ausdruck gebracht ist, nicht des „Vollbesitzes geistiger Normalität und Leistungsfähigkeit“. Ihre angeborene psychische Konstitution ist minderwertig. Nicht als ob das Individuum psychisch immer

¹⁾ Ziehen, Die Erkennung der psychopathischen Konstitutionen. Berlin. S. Karger 1912; vgl. auch die Ausführungen über „Die psychopathischen Minderwertigkeiten“ von Siefert, Handb. der ärztl. Sachverst.-Tätigkeit. Bd. 9. Wien und Leipzig 1910.

offenbare, dauernde Minderleistungen aufwiese. Im Gegenteil, einzelne jugendliche konstitutionelle Psychopathen erheben sich in manchen Komponenten oder in der Gesamtheit ihres geistigen Niveaus vorteilhaft über den normalen Durchschnitt. Sie gar für „krank“ zu halten, liegt trotz ihrer abnormen Charaktere kein Grund vor, solange ihr junges Leben sich glatt und anstandslos abwickelt. Bei der ersten ernstesten Belastungsprobe zeigt sich aber die reizbare Schwäche der nervösen Konstitution in einer verringerten Widerstandsfähigkeit der Intelligenz und des Gemütslebens gegen physiologische und pathologische Beeinflussungen durch die Umwelt. Das kann schon die alltägliche Schullast sein, eine akute körperliche Erkrankung, ein Gewissenskonflikt, ein Schreck, der erste Kindesummer, der Verlust eines geliebten Angehörigen. Das gesunde Kind wird von all dem gar nicht oder nur vorübergehend berührt. Die psychopathische „Reaktion“ (Friedmann) äußert sich bei gleichen Anlässen in kaum ausgleichbarer („neurasthenischer“) Erschöpfung, in langanhaltenden, an Melancholie gemahnenden Depressionen oder in halluzinatorischen Erregungszuständen. Die psychische Sensitivität tut sich auch in der abnorm raschen oder abnorm starken Einzelreaktion auf äußere oder innere Anreize kund, was wir am deutlichsten auf dem Gebiete der Affekte sehen. In der Gesamtheit der seelischen Qualitäten fehlt die wohlthuende Harmonie, das Ausgeglichenere; einzelne vermissen wir ganz, andere sind übertrieben ausgeprägt, wieder andere bizarr verzerrt. Allenthalben findet man zum mindesten Anklänge an das Pathologische oder Entlehnungen aus dem Pathologischen, und da und dort hat man das Gefühl, daß nur eine dünne Scheidewand die Psyche von der Psychose trennt. In der psychopathischen Konstitution liegt geradezu die Tendenz (Ziehen) zu den verschiedenartigsten geistigen Störungen begründet. Das Vorhandensein unfertiger, rudimentärer Krankheitszüge beweist ihre Anwartschaft auf eine stets drohende Krankheit. Ihre Verwirklichung hängt von den mannigfachsten Umständen, den ererbten Chancen und den Ursachen des Individuallebens ab. Häufig ist aus dem Charakter der psychopathischen Konstitution der Weg zu erschließen, den die Weiterentwicklung zur Krankheit nehmen will. Gewisse Zeichen deuten nach der Richtung der Hysterie, andere weisen auf die Epilepsie, andere auf die Zwangsvorstellungsneurose, andere endlich auf affektive oder intellektuelle Geisteskrankheiten hin. Ich werde

nicht versäumen, im Laufe meiner Darstellung auf diese Richtlinien nach dem Psychotischen aufmerksam zu machen.

Die übergroße Mehrzahl der psychopathischen Konstitutionen beruht auf der ererbten oder intrauterin erworbenen Veranlagung. Selten sind sie eine reine Erwerbung des frühen Individuallebens. Die Erfahrung lehrt, daß die Symptome umso mannigfaltiger sich zusammengruppierten, je schwerer die erbliche Belastung des Kindes ist. Die prägnantesten Fälle erwachsen auf der erblich-degenerativen Basis. Die ursächlichen Faktoren, die ich Ihnen in der vorigen Vorlesung schilderte, haben meist nur auslösende Wirkung.

Es ist ungemein schwer, die einzelnen Arten der psychopathischen Konstitution, etwa nach symptomatologischen oder ätiologischen Gesichtspunkten sauber voneinander zu scheiden. Ihre Regelwidrigkeit spottet eben jeglicher Regel und jeglichen Schemas. Man hat unter den kindlichen Psychopathen zwei Haupttypen unterschieden, einen passiven und einen aktiven [Kramer, Stier¹⁾ und a.]. Bei dem ersteren handelt es sich meist um schwächliche, körperlich widerstandslose Kinder, überempfindlicher seelischer Prägung, mit gesteigerter Ängstlichkeit, mangelndem Selbstbewußtsein, verschrobenem Intellekt, träumerischem Einschlag und haltlosem, willensschwachem Charakter. Der aktive Typ zeigt gewöhnlich eine robuste körperliche Konstitution. In seinen erträglicheren Spielarten stellt er den „Lausbubentypus“ dar, der wegen seiner Schwererziehbarkeit, affektiven Seichtheit, mangelnden Konzentrationsvermögens, Verstocktheit, Neigung zur Lüge und gesteigerten Phantasieprodukten, tollen Einfällen das Kreuz von Eltern und Lehrern bildet. Die schwerere Ausprägung des aktiven Typs umfaßt die unempfindlichen, rohen, gefühlstumpfen, „abgebrühten“ Psychopathen, deren stark entwickeltes Triebleben beinahe wie ein atavistischer Anklang an den kulturlosen Menschen aussieht. Bei ihnen finden wir die Charakterzüge, die verständlich machen, daß sich aus ihnen die sozialen Schädlinge rekrutieren: Freßgier, Lust an Schmutz und Unordnung, Schadenfreude, Hinterlist, Grausamkeit, Tierquälerei, Unempfindlichkeit gegen Schläge, mangelndes Einfühlungsvermögen, asoziale und antisoziale Instinkte, gesteigerte sexuelle Erregbarkeit. Unter ihnen

¹⁾ Stier, Über Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 45, 1919.

treffen wir die Triebhaften (Wander- und Stehltrieb), die sittlich Minderwertigen (Moral insanity) und die geschlechtlich Abnormen.

Ich will im folgenden gewissermaßen nur kurzumrissene Momentbilder der psychopathischen Charaktere entwerfen, ihre mannigfaltige Vereinigung bei den einzelnen kindlichen Individuen kann Ihnen nur das praktische Beispiel zeigen. Die nächste Verwandtschaft besteht zweifellos mit der Kinderhysterie. Dort werden wir den psychopathischen Konstitutionen wiederbegegnen, die von vornherein hysterischen Einschlag aufweisen.

Am schönsten sehen wir die psychische Disharmonie der psychopathischen Konstitutionen in ihrem Gemüts- und Affekt-leben. Die Affekte der Freude, Trauer, Sorge, des Kummers, des Zornes und der Angst überschreiten in der Intensität und Nachhaltigkeit die Norm und frappieren durch ihren jähen Wechsel. Eben noch überschäumend in Lust, schlagen die Kinder durch einen Blick, ein Wort, das Versagen eines Wunsches, durch das Mißlingen eines Spielprojektes ins Gegenteil um, sitzen schmolldend oder traurig in einem Winkel oder verstecken sich grollend im Keller oder auf dem Dachboden und verweigern die Nahrung. Andere explodieren in hellem Zorn mit brutalen Schimpfworten und Angriffen auf die leblose und lebendige Umgebung. Manchmal richtet sich der Wutaffekt gegen die eigene Person: Die kleinen Wüteriche werfen sich auf den Boden, raufen sich die Haare und bearbeiten ihren Körper mit Faustschlägen. Mehrfach ist mir von den Eltern erzählt worden, daß solche Kinder im Affekt aus dem Hause liefen und sich in der Welt herumtrieben, bis man sie polizeilich einlieferte. Lieber hungern oder betteln, als im Groll gegen die Eltern nachgeben! Mancher der rätselhaften Kinderselbstmorde ist auf Rechnung der pathologisch-ge-steigerten Affektreaktionen der psychopathischen Konstitution zu setzen.

In dieses Kapitel gehört das folgende Beispiel eines intellektuell gutentwickelten Knaben, dessen Abnormität fast ausschließlich auf dem Gebiete des Affektlebens liegt:

Nr. 2. Christoph von L.; 9 Jahre alt. Sein Vater war Paralytiker, in der mütterlichen Linie ist der Jähzorn erblich. Der Junge entwickelte sich bis zum Beginn des Schulunterrichts ganz normal. Seitdem veränderte er sich: er neigt periodenweise zur Träumerei; im Spiele zeigt er eine gewisse Planlosigkeit. Im Lernen ist er wechselnd, bald interessiert, bald zerstreut. Er lernt spielend auswendig, ist aber im Rechnen und in der

Geographie schlecht. Er schläft ausgezeichnet und ist das Bild der Gesundheit. Aber bei den geringsten Veranlassungen wird er explosiv zornig, schimpft in den gemeinsten Kutscherausdrücken, schlägt um sich, beißt und zertrümmert Gegenstände. Manchmal bleibt er plötzlich starr stehen und bekommt einen „bösen Gesichtsausdruck und stechende Augen“. Kommt dann das geringste, was ihn reizt, so bricht die Wut los (epileptisches Äquivalent?).

Der Junge hat Zeichen erblicher Syphilis (geschwollene Lymphdrüsen) und degenerative Ohrform (breiten, stark umgeklappten Helix und keine Ohr-läppchen).

In diesem Zusammenhang sind auch die Anfälle der kindlichen Psychopathen zu erwähnen, die man als „Wegbleiben“ oder nach dem Vorgange von Ibrahim als „respiratorische Affektkrämpfe“ bezeichnet hat¹⁾. Es handelt sich um Kinder von neuro-psychopathischer Gesamtkonstitution mit einer besonderen krankhaften Steigerung der vasomotorischen Erregbarkeit und einer emotiven Übererregung bei einer sensibel-sensorischen Hyperästhesie. Die Anfälle werden ausnahmslos durch eine plötzliche Erregung des Kindes ausgelöst (Stoß, Fall, Verletzung, Ärger, Wut). Beim Schreien oder Versuch zu schreien kommt es zu einem Krampf der Inspirationsmuskeln, die Atmung steht still, das Kind erblaßt, wird bewußtlos, sinkt nach hinten, verdreht die Augen, wird steif und dann blau im Gesicht. Zungenbiß kommt nie vor, wohl aber unfreiwillige Urinentleerung. Nach Sekunden oder höchstens Minuten löst sich der Krampf spontan oder durch rechtzeitiges Setzen starker psychischer oder Hautreize. Das Kind macht sich schreiend Luft und kommt wieder zu sich. Mit Epilepsie haben diese Anfälle nichts zu tun, wenn auch Bratz²⁾ sie als „affekt-epileptische leichtesten Grades“ bezeichnet hat. Sie erlöschen immer während der Kinderzeit; ihre Prognose ist gut. Auch mit spasmodischen Symptomen (Stimmritzenkrampf) sind sie nicht zu verwechseln. Von den nervösen „Ohnmachten“ trennt die respiratorischen Affektkrämpfe ihr Auftreten im frühkindlichen Alter und ihre Verursachung durch Affekterregung (nicht durch widrige Sinneseindrücke, Hitze, Müdigkeit, Überanstrengung).

¹⁾ Vgl. Ibrahim, Über respiratorische Affektkrämpfe im frühen Kindesalter (das sog. „Wegbleiben“ der Kinder). Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 5, 1911.

Stier, Die respiratorischen Affektkrämpfe des frühkindlichen Alters. Samml. zwangl. Abhandl. Bd. 1, Heft 6. Jena. Gustav Fischer. 1918.

²⁾ Bratz, Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29, 1911.

Praktisch ebenso bedeutsam wie der Wutaffekt ist der Angst-
affekt der Kinder. Wir bemerken bei ihnen oft schon die dauernde
Neigung zu übertriebener Ängstlichkeit vor Menschen und Tieren,
in der Dunkelheit, vor Gespenstern unter dem Bett und hinter den
Vorhängen, verbunden mit einer abnormen Schreckhaftigkeit bei
unvermuteten Geräuschen oder bei Gewittern. Zuweilen kommt
es aber zu ausgeprägten, stürmischen, den Kindern selbst fremd-
artig und krankhaft erscheinenden Angstanfällen (nicht selten
abends), in denen allerhand Wahnvorstellungen (z. B. krank zu
sein, sterben zu müssen) und zwangsmäßige „dumme“ Gedanken
auftauchen. Auch vorübergehende Sinnestäuschungen (Visionen)
kommen im Angst- (wie im Wut)affekt vor. Aber nicht nur der
Einzelaffekt wird durch äußere Anlässe pathologisch verstärkt.
Traurige Erfahrungen, schreckhafte Erlebnisse, körperlicher Schmerz,
durch Krankheit aufgezwungene Bettruhe können bei den jugend-
lichen Psychopathen anhaltende schwermütige Depressionen zeitigen,
die an das Krankheitsbild der Melancholie erinnern. Manche
unterliegen in ihrer Stimmung unmotivierten Schwankungen.
Am bekanntesten sind motivlose traurige Verstimmungszustände,
die tage- und wochenlang anhalten können, mit intellektueller
Hemmung und Schlaflosigkeit, mangelnder Eßlust und Abnahme
des Körpergewichts einhergehen und in gewissen Fällen eine eigen-
tümliche Periodizität erkennen lassen. Auch wenn keine exaltierten
Perioden die traurigen ablösen, wird der gewissenhafte Arzt dann
daran denken, daß die Konstitution in die Richtung der perio-
dischen oder zirkulären Affektpsychosen einlenkt. Daß
motivlose kurzdauernde Verstimmungsanfälle (mit oder ohne Wut-
paroxysmen) zu den kindlichen Vorläufersymptomen späterer Epi-
lepsie gehören, hat Aschaffenburg mit Recht bemerkt.

Auch sonst stoßen wir im Gemütsleben kindlicher Psycho-
pathen auf bemerkenswerte Anomalien. Während man einerseits
Kinder sieht, die von Gefühl und Mitgefühl (Sentimentalität) über-
fließen, keine Fliege töten, keine Blume abbrechen können, weil
es ihnen „weh tut“, begegnet man andererseits rohen Geschöpfen,
die sich in ausgesuchter Grausamkeit, Tierquälerei und
Schadenfreude gefallen und die erbarmungslosesten Schläge
ohne eine Träne ertragen. Es war mir immer auffällig, wie wenig
entwickelt die altruistischen Gefühle bei kindlichen Psychopathen
sind. Sie sind gewöhnlich Egoisten, stellen ihr kleines Ich

eigensinnig in den Vordergrund und tyrannisieren die Familie. Die egozentrische Betrachtungsweise führt zur übertriebenen Berücksichtigung mancher kleiner Beschwerden, zur „Wehleidigkeit“, zu ausgesprochenen hypochondrischen Charakteren. Genau wie beim erwachsenen Hypochonder bedingt auch beim Kinde die psychische Hyperalgesie mit der begleitenden Gefühlsreaktion der reizbaren Verstimmung eine überängstliche Beachtung alles dessen, was an Krankheit erinnert. Ein harmloser Husten erweckt quälende Furcht vor Schwindsucht, jeder kleine Schnitt oder Riß in der Haut wird aus Angst vor Blutvergiftung peinlich desinfiziert. Solche Kinder können nicht vom Tode reden hören, regen sich über den Anblick von Trauerkleidern und Leichenwagen auf und fürchten, jung sterben zu müssen. Sie beobachten wie die richtigen Hypochonder den Stuhlgang, können viele Speisen nicht „vertragen“ und scheuen die frische Luft und das kalte Wasser.

Wenn neben schweren Störungen auf dem Gebiete des Gefühlslebens (mangelhafte Entwicklung der ethischen Gefühlstöne) leichte Intelligenzdefekte vorliegen, so kommen Bilder zustande, die an die Moral insanity (vgl. 11. Vorlesung) erinnern. Es ist überhaupt bemerkenswert, daß sich die psychopathische Konstitution sehr oft mit Schwachsinn (Debilität und Imbezillität) paart. Beide erwachsen gerne als koordinierte Erscheinungen auf erblich-degenerativer Grundlage.

Eine derartige Beeinträchtigung des Intellekts gehört aber nicht notwendig zu den Charakteren psychopathischer Konstitutionen. Viel wichtiger ist bei ihnen die bekannte Tatsache der einseitigen Begabung. Manche Kinder überraschen durch ihr enormes Gedächtnis für Daten, Namen, Eisenbahnstationen („wandelnde Kalender und Kursbücher“), während sie sonst unfähige Schüler sind. Dazu zählen auch die sogenannten Wunderkinder, die Rechengenie, die Musiktalente und eigentümliche frühreife Kinderblüten, bei denen massenhaftes schmarotzendes Geranke alles Brauchbare überwuchert und ertötet.

Nr. 3. Ein 11jähriger Junge ist mir unvergeßlich. Seine Eltern waren Geschwisterkinder. Mit $\frac{1}{2}$ Jahre lag er zwei Tage lang in Krämpfen. Er war hochgradig eigensinnig. Strenge verstärkte den Eigensinn. Er zeigte eine große motorische Unruhe: im Bette wiegte er stundenlang den Oberkörper vor- und rückwärts und begleitete die Bewegung mit monotonem Singen oder Sprechen. Ein geordneter Unterricht war wegen der großen

Ablenkbarkeit des Kindes unmöglich. Trotzdem verfügte er über erstaunliche Kenntnisse, die er sich im Gespräche mit den Erwachsenen, durch Lektüre und vieles Fragen aufgeschnappt hatte. Er sprach mit der gleichen Sicherheit über die Röntgenstrahlen, wie über die wichtigsten Badeorte Deutschlands und ihre Indikationen und über den Herero-Aufstand. Sein Gedächtnis war fabelhaft, was er einmal hörte, behielt er; er rechnete blitzschnell und entwickelte im Dialog eine raffinierte Dialektik. Auf dem Klavier unterschied er die feinsten Tonnancen und für sprachliche Dinge hatte er das sicherste Gefühl. Eine aktive Konzentration war ihm aber nicht möglich. Jedes neue Wort löste ein kurzes rasch verpuffendes Brillantfeuerwerk aus. Gewisse Gedankenreihen liefen zwangsmäßig mit photographischer Treue und monotonen Gesten ab. Der Knabe bildete auch neue Worte und hatte sich in seiner Phantasie ein Land, die sogen. „Laufwälder“ zurechtgelegt, in dem er schaltete und waltete. Stundenlang beschäftigte er sich mit Ausschneiden, und zwar schnitt er aus einer beliebigen Sorte Papier stets dasselbe aus: „Schuhknöpfer“ in allen Größen und Formaten, Hähne, Kamele und Fischbestecke. Jeder Sorte gab er eine Wortmarke. Seine Eigensinnausbrüche begleitete er mit einer Flut von Schimpfworten, Kratzen, Beifien und Spucken.

Gewöhnlich finden wir bei den psychopathischen Erethikern hochgradige Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperprosexie gepaart mit Konzentrationsmangel, eine geringe Beherrschung der motorischen Impulse, eine leicht ideenflüchtige Denkweise und enorm labile Affekte. Auch hört man, daß die Kinder im alltäglichen Leben, soweit es sich um den eignen Vorteil handelt, wohl schlaue und berechnend sind, alles rasch erfassen, was ihnen ins geistige Blickfeld kommt, sich für alles „interessieren“. Aber beim theoretischen Interesse bleibt es. Es folgt kein Drang zum werktätigen und selbsttätigen Handeln. Trotz aller geistiger Regsamkeit können sich solche „Kindergenies“ nicht beschäftigen. Sie sind mit ihrer ewigen Frage „was soll ich tun?“ eine Qual für ihre Erzieher. Weil sie nicht in der Lage sind, Schritt für Schritt im Unterricht zu folgen, sondern nur sprungweise das zu erfassen, was ihren Geist fesselt, sind sie zur großen Enttäuschung der Eltern nach einer mißverstandenen Glanzperiode in der Kinderstube schlechte Schüler. Vielfach erlebte ich, daß die Hauptbeschäftigungen der ersten Schulzeit, Lesen und Schreiben, ihnen ganz besondere Schwierigkeiten machen. Der Unlustaffekt, der sich an die Nichtbewältigung dieser Fertigkeiten knüpft, irradiert auch auf andere Fächer; das Interesse erlischt und bald gelten solche Kinder dann für dumm und faul. Sie werden nicht versetzt und bleiben auch in den Fächern zurück, die ihre Intelligenz spielend meistern könnte.

Ganz besonders wichtig ist die den intellektuellen

Leistungen mancher kindlicher Psychopathen anhaftende Periodizität. Die gesunde Konstanz fehlt. Perioden guter Leistungsfähigkeit wechseln mit solchen trostlosen Darniederliegens der geistigen Funktionen. In den guten Zeiten leidliche Schüler, sind sie in den schlechten faul, zerstreut, vergeßlich, zu dummen Streichen aufgelegt und reizbar. Man sucht dann vergebens nach der Ursache und Abhilfe. Man findet die erstere nicht und die rätselhafte endogene Periodizität trotz aller Mittel. Ich habe Sie schon vorher auf analoge periodische Erscheinungen in der Stimmung aufmerksam gemacht. Ich darf jetzt noch hinzufügen, daß dann auch die Bewegungen der Kinder sich verändern, plump und schwerfällig werden. Sie träumen vor sich hin, kauen mühsam das Essen hinunter und — was sonst gar nicht vorzukommen braucht — nassen in diesen Zeiten Nachts ein. Nach einigen Wochen macht dieser Zustand der früheren Norm Platz.

Aus einer bedauerlichen „Inkongruenz von Einbildungskraft und realen Verstandesleistungen“ (Siefert) ergibt sich bei den Psychopathen manches Unerfreuliche und sozial Unbrauchbare. Die realen Verhältnisse werden verkannt und anstatt kritischer Wertung der Umwelt und Einstellung des Ichs darauf kommt es zu phantastischer Umweltauffassung und schauspielerischer Eigengebarung, die sich mit der rauhen Wirklichkeit nicht verträgt und die Stetigkeit der Lebensführung unterbindet. Krankhaften Auswüchsen der Phantasie begegnen wir ungemein häufig und, als ihrer Folge und der Quelle so vieler Strafen und elterlichen Kummers, der Neigung zur Lüge. Teils aus reiner Lust am Fabulieren, teils in renommistischer, teils in betrügerischer Absicht bauen die Kinder aus Erlebtem, Erlauschtem und Erstrebtem Phantasiegebäude auf und wissen oft hinterher nicht mehr Wahrheit von Dichtung zu scheiden¹⁾. Sie fürchten sich vor den Gespenstern, die ihre eigene Phantasie in die Welt setzte. Ein von mir behandelter Junge, der bis ins kleinste Detail und nicht ohne Geschick die Satzungen eines „Kinderfreistaates“ entwarf, erzählte abends die raffiniertesten Schauergeschichten und sah im dunklen Zimmer schwarze Räuber und weiße Gespenster. Ein anderer Knabe hatte sich in seiner Phantasie ein Kaiserreich zurecht gelegt mit mächtigen Städten, Gebirgen, Schlössern und Millionen

¹⁾ Vgl. Haymann, Kinderaussagen. Samml. zwangloser Abhandlungen von Hoche, Bd. 8, Heft 7, Halle, Marhold, 1909.

von Einwohnern. Seine Hauptstadt hieß Romanica, er selbst war Gebieter im Reiche, das er Sedantien taufte. Eigentümlich war, daß er nur an seinem Phantasiegebilde webte, wenn er auf dem Kloset saß. So saß er stundenlang und träumte sich („auf dem Throne“) in seine Herrscherrolle hinein. In den Pubertätsjahren entwickelte sich bei ihm eine Zwangsvorstellungsneurose. Jeder Lehrer kann ein Lied singen von den pathologischen Lügern, die wegen schlechter Zensuren den Schulranzen verbrennen oder ins Wasser werfen und dann eine Geschichte erdichten, um den Verdacht der Täterschaft von sich abzuwälzen. Falsche Anschuldigungen von Dienstboten gehören zu den alltäglichen Vorkommnissen. Nicht zu vergessen ist die Kategorie halbwüchsiger Mädchen mit verderbter sexueller Phantasie, die durch erfundene Angaben Unschuldige wegen Sittlichkeitsdelikten auf die Anklagebank bringen. Der Hang zur Lüge und zu ungesunder Phantasie verknüpft sich gern mit der Neigung zum Diebstahl. Nicht jede Lüge ist ein Krankheitsprodukt, nicht jedes Eigentumsvergehen, als krankhaft, entschuldbar bei Kindern. Phantastische jugendliche Lügner und Diebe bitte ich aber stets genau auf sonstige psychopathologische Merkmale zu prüfen. Wer sich Mühe gibt zu suchen, kommt bald an die Wurzel des Übels. Bei der Kinderhysterie werden wir der *Pseudologia phantastica* wiederbegegnen.

Ein Beispiel von vielen mir zu Gebote stehenden Fällen möge Ihnen den Typus und den Werdegang solcher psychopathischer Phantasten zeigen!

Nr. 4. Georg M.; 11½ Jahre alt; Großeltern mütterlicherseits sind Geschwisterkinder gewesen; eine Kusine des Vaters ist eine bekannte Novellistin; eine jetzt 20jährige Schwester ist hysterisch veranlagt, ein 18jähriger Bruder machte auch eine „Lügenperiode“ durch. Im 2. Lebensjahr litt Georg an Stimmritzenkrampf auf rachitischer Basis. Dann entwickelte er sich körperlich und geistig rasch. Mit 4 Jahren deklamierte er bereits Kinderliedchen mit „Pathos und Geste“. Er ahmte seinen Bruder beim Lesen nach und schrieb „Briefe“ auf Papier. Mit 6 Jahren konstruierte er sich — er ist sehr musikalisch — ein Orchester aus Trommel, Pfeife und Badewanne. Als er zur Schule kam, verblüffte er durch seine Fragen. Die Religion interessierte ihn besonders; er grübelte: „Mama, der liebe Gott hat alles geschaffen, dich und mich und die Tiere im zoologischen Garten; wie hat er aber sich selbst geschaffen, daß er da war?“ Oder: „Nicht wahr, wenn der liebe Gott oben auf der Erdkugel sitzt und sich so herunterbeugt, dann kann er auch nach Amerika sehen?“ Mit 7 Jahren log er bereits aus Großtuererei ohne Nutzen. In der Quinta klagte der Junge öfter über Migräne (Kopfschmerz, Augenflimmern, Übelkeit). Mit 11 Jahren merkte der Lehrer

größere Unaufmerksamkeit. Um diese Zeit entwendete er zum erstenmal 50 Pfennige. Jetzt stiehlt er mit Vorliebe 2-Markstücke. Er kauft Freimarken und verschenkt sie dann. Schläge nützen nichts. „Meinetwegen kann mich der Vater totschiagen“. Er liest mit Begier Bücher und Zeitungen; das Häßliche und Blutrünstige interessiert ihn am meisten. Er ist immer in Gedanken mit Räubergeschichten beschäftigt. „Mutter, wie wärs, wenn wir mal einen Eisenbahnzug ansteckten!“ Selbst Jude, verschlang er mit Passion die Nachrichten von den Judenmetzelen in Rußland. Er lernt spielend und hat ein deutliches dramatisches Talent. Er las die Oedipustragödie und trug sie im Auszug richtig vor. Auf meine Frage, was er werden wollte, antwortete er ohne Besinnen: „Archäologe, wie Schliemann“. Im Essen ist er pedantisch. Er ißt nie 2 Gerichte zusammen, z. B. nie Fleisch mit Kartoffeln, sondern immer nacheinander. Manchmal macht er noch die Hosen naß (Blasenschwäche?). — Er ist ein gut gewachsener, hübscher Junge mit einem leicht skaphozephalen Schädel. Seine Zähne sind schlecht gestellt und querverieft; der rechte Hoden liegt noch im Leistenkanal. — Er hat sich späterhin, nachdem er aus der Großstadt in eine Kleinstadt versetzt worden war, ausgezeichnet entwickelt, spielend die Oberrealschule absolviert, im Sport Hervorragendes geleistet. Er ist als Offizier im Weltkrieg gefallen.

Es bedarf kaum eines Hinweises darauf, daß bei solchen Jungen die vergiftende Sherlock-Holmes-Literatur von unübersehbaren Folgen sein kann.

Bei einer relativ kleinen Anzahl von psychopathischen Konstitutionen fallen am meisten die inhaltlichen Störungen des Denkens auf, die man als wahnhaft oder zwangsmäßig bezeichnet. Fixierte Wahnideen überschreiten bereits den Rahmen der einfachen Psychopathie; wahnhaft-einfälle periodischen oder episodischen Charakters, krankhafte überwertige Vorstellungen im Sinne des Größen- oder Verfolgungswahns, so daß das Krankheitsbewußtsein vollkommen fehlt, kommen vor. Die Grenze zwischen Phantasie- und Wahnvorstellung kann sich zeitweilig bis zur Unkenntlichkeit verwischen. Man sieht dann im Gebaren der Kinder eine hochmütige Abgeschlossenheit, ein selbstherrliches Wesen, despektierliche Behandlung der Eltern und Geschwister („ich bin ja ein Königssohn“), bis ganz plötzlich der „Einfall“ korrigiert wird.

Entschieden häufiger sind im Kindesalter, die Zwangsvorstellungen, ebenfalls überwertige Denkinhalte, die aber in der Regel für das Kind den Charakter des Krankhaften und Störenden behalten. Entweder handelt es sich um zwangsmäßig sich in den Vorstellungsinhalt einschiebende Einzelvorstellungen („ich muß immer an einen Sarg denken“) oder um Zwangsbefürchtungen, daß etwas geschehen könnte („an meinem Finger klebt

Grünspan; wenn er ins Essen kommt, vergifte ich mich“), oder um Versuchungsgedanken („du mußt mit diesem Messer deine Mutter erstechen“). Alle Arten sind peinvoll, zum Teil ungemein angstbetont. So ist es begreiflich, daß die Zwangsvorstellung leicht zur Zwangshandlung im Sinne einer Sicherung oder Abwehr führt. Am deutlichsten sehen wir dies bei der Zweifelsucht (Zwangszweifel), die sich an ganz gleichgültige Handlungen hängen und deren Ausführung ungeheuer verzögern kann. Die Zwangszweifel beziehen sich auf die Richtigkeit oder Tatsächlichkeit ausgeführter Handlungen und bedingen den Fortschritt der Handlungen störende Wiederholungen, deren Unterlassung quälende Angst erweckt. Eine große Anzahl erwachsener Zwangsvorstellungsneurotiker erzählen mit Sicherheit, daß ihre ersten Zwangselemente schon in frühesten Kindheit auftauchten. Ein Student gab mir an, daß sich schon im 4. Lebensjahr bei den ersten Gebeten mit der Mutter „lästerliche“ Gedanken zwischen die Sätze des Gebetes zwangsmäßig eindrängten: z. B. „Gott ist ein schlechter Kerl“. Ein anderer kämpfte schon im 10. Jahre mit zwangsmäßigen Kontrastvorstellungen; wollte er sagen „weiß“, so kam ein Zwang über ihn, „schwarz“ zu sagen; wo er bejahen wollte, drängte sich ihm die Lust der Verneinung auf. Auffallend oft gestanden mir Jugendliche auf Befragen das eigentümliche zwangsmäßige Gefühl, bei ganz gleichgültigen Handlungen durch ein „Gelübde“ gebunden zu sein. Unterlassung sei deshalb Sünde gegen Gott. Sie müssen z. B. auf dem Trottoir immer auf bestimmte Steine und niemals auf die Ritzen treten. Ein 9 jähriger Knabe meiner Klientel mußte sofort mit jeder ihm zu Gesicht kommenden zwei- oder mehrstelligen Zahl (an den Straßenbahnwagen, Firmenschildern, Telephonnummern usw.) rechnerisch operieren, indem er die Quersumme zog, die einzelnen Ziffern miteinander multiplizierte und verglich.

Nr. 5. Ich kenne einen jetzt 16jährigen Realschüler, bei dem mit 9 Jahren die Zwangsvorstellung auftrat, daß er sterben müsse. Nicht lange darauf bemerkten die Eltern, daß der Junge sich auffallend oft die Hände wusch. Als Grund stellte sich eine Berührungsfurcht heraus. Der kleine Patient hatte die Zwangsvorstellung, durch Berührung mit Gebrauchsgegenständen Grünspan in den Mund zu bekommen. Ein zweiter Zwangsgedanke, die Mutter erstechen zu müssen, machte ihm oft wahnsinnige Angst. Die Zwangsvorstellungen, die der Knabe als krankhaftpeinigende Eindringlinge empfindet, haben zu mannigfachen „Abwehrhandlungen“ geführt. Er begleitet die Abwehr der Vorstellungen mit allerhand Grimassen des Gesichts,

Wackelbewegungen des Kopfes und Rumpfes, Schlagen mit Händen und Füßen und phantastischen Verdrehungen des Körpers. Bisweilen gerät er dabei in Wut, so daß er Gegenstände zertrümmert. Die Zwangsvorstellungen wirken auch sonst auf seine Handlungen ein. Er muß z. B. mitten auf der Straße, unter der Türe stehen bleiben, er hört mit Essen und Sprechen auf und starrt vor sich hin, bis er einen Gedanken „untergekrigelt“ hat. Man hat bei dem Knaben lange diese Abwehrreaktionen verkannt. Man sprach von Veitstanz, Tics, petit mal auf epileptischer Basis. Der Knabe ist mäßig begabt. Er ist zweimal sitzen geblieben. Eine Tante (Schwester der Mutter) habe ich wegen chronischer Verrücktheit behandelt. Der ältere Bruder des Patienten litt in der Pubertätszeit an übertriebener Schwindtsuchtsfurcht und war vor Kurzem bei mir, weil ihn in der Verlobungszeit Angstafekte heimsuchten. — Der Patient ist Zwangsneurotiker für das spätere Leben geblieben.

Diese und ähnliche Fälle, in denen die Zwangsvorstellungen das Krankheitsbild vollkommen beherrschen, stehen bereits auf der Grenzscheide zwischen der „obsessiven“ (Ziehen) psychopathischen Konstitution und der echten Zwangsvorstellungsneurose („compulsives oder obsessives Irresein“), von der ich Ihnen noch ein Beispiel von ausgeprägter Zweifel- und Grübelsucht mitteilen werde:

Nr. 6. Ernst R., ein 15jähriger Knabe jüdischer Konfession, soll sich ziemlich normal entwickelt haben. Bemerkenswert ist nur die Angabe der Eltern, daß der Knabe eine übertriebene Furcht vor Hunden und eine Idiosynkrasie gegen körnige Speisen und „Milchhaut“ gezeigt und im 8. und 9. Lebensjahre an Pavor nocturnus gelitten habe. Bis zur Quinta war er ein sehr guter Schüler. Von da an ließ er in der Aufmerksamkeit nach. Im Zusammenhang mit der Konfirmation traten bei dem Knaben religiöse Grübeleien auf, die sich bis jetzt erhalten und zu der Zwangsgrübeleie verdichtet haben, ob er sich taufen lassen solle. Daneben tauchten Zwangsskrupel auf, daß er die Mutter nicht lieb habe. Ganz allmählich stellte sich aber, zunächst bei der Toilette, eine Zweifelsucht ein, die mit einer peinvollen Kontrolle darüber begann, ob er die Schnürsenkel richtig in die geschnürten Schuhe eingesteckt habe. Die Zweifelsucht ist seit 2 Jahren lawinenartig bei dem Knaben gewachsen und hat ihn vollkommen lahmgelegt. Jede Handlung erfordert zahlreiche Wiederholungen. Schon beim Aufstehen beginnt der nagende Zweifel: „Ist das der richtige Strumpf für den rechten Fuß? Ist der Fuß, über den den Strumpf gezogen hast, auch rein? Hast du auch alle Seife aus dem Gesicht gewaschen? (unzählige Waschungen!) Hast du auch richtig das Hemd in die Hose gesteckt und gut zugeknöpft (unzähliges Stopfen und Auf- und Zuknöpfen!)“ usw. So zieht sich das Anziehen über den Vormittag hin. Dann beginnt dieselbe Zweifelprozedur auf dem Klosett: „Hast du die Türe wirklich verriegelt? (mehrfaches Nachsehen!): Ist genug Klosettpapier da? Hast du die Hose richtig abgestreift? Hast du dich ordentlich gesäubert? Ist die Wasserspülung genügend gewesen?“ usw. Er sitzt stundenlang mit seinen Zweifeln auf dem Klosett

Nachts kommt er mit großer Verspätung ins Bett, weil er fortwährend an der Türe probiert, ob sie auch wirklich geschlossen ist. Seine Briefe strotzen von Ausstreichungen, Einklammerungen und Korrekturen, die ihm der Zweifel diktiert. Der Schulbesuch ist unmöglich geworden und der an sich sehr intelligente Junge reibt sich als Sklave seiner Zwangselemente fast völlig auf.

Der Krankengeschichte eines 12 jährigen Jungen entnehme ich endlich einen Beleg für die Art der Zwangsvorstellung, die man als Fragezwang bezeichnet. Bei dieser Art von Grübelsucht drängen sich oft monotone, triviale Fragen auf, die Antwort verlangen. Jede Antwort drängt zu einer neuen Frage:

Eine Knabe grübelt und frägt in unaufhörlicher Monotonie. Z. B. „kann eine Patrone ein Rhinoceros zerreißen? Ist seine Haut so hart wie ein Felsen? Kann ein Felsen ein Rhinoceros zerdrücken? Ein kleiner Fels kann es wohl nicht? Ein Eber kann nicht mit Spießeln durchstochen werden? Die wirft er einfach nieder? Ist die Haut von dem Rhinoceros 1 Zoll dick? Warum? Ist sie einen Zoll dick? Oder etwas dicker? Etwa so dick wie ein Finger lang? Hat der Elefant eine dickere Haut? Wenn eine Patrone einen Felsen zersprengen kann, der Fels ist doch dicker, als die Haut des Rhinoceros? Das ist wohl Dynamit? Wenn ich immer ruhig liegen muß, da kann doch viel passieren? Da kann ich wohl einen Schlag kriegen? Ich kann vielleicht unartig werden, nicht wahr, das kann leicht passieren? Und wenn es passiert, dann ist es sehr schlimm? Das kann doch leicht sein, daß ich dann nichts dafür kann?“ Oder eine andere Gedankenreihe: „Fährt ein Luftschiff rascher durch die Luft, als eine Glocke vom Kirchturm fällt? Ist die Luft nicht zu zart, den Luftballon zu tragen? Bewegt sich die Luft? Kommt der Blitz aus den Wolken? Wieviel Meter hoch sind die Wolken? Auf den Alpen liegt ewiger Schnee, kommt der auch aus den Wolken usw.“? Der Knabe ist normal intelligent, erzählt brillant wieder, rechnet schnell, spielt Schach und beschäftigt sich mit technischer Phantasie am Baukasten.

Unter den psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters mit Zwangselementen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, ist mir ein Fall als besonders bemerkenswert erschienen, da er im Krankheitsbilde einige nicht gerade alltägliche Charaktere aufweist und mir Veranlassung zu einigen allgemeinen Überlegungen gibt:

Nr. 7 J. D., 9 Jahre alt, von jüdischen Eltern stammend, ist als das einzige Kind nach 10jähriger Ehe mit der Zange geboren. Die tuberkulöse Mutter soll schließlich in jungen Jahren an einem Sarkom gestorben sein; der Vater lebt und ist angeblich gesund. Als Säugling soll J. die ganzen Nächte durchgeschrien haben. Er lernte rechtzeitig laufen und sprechen. Im 4. Lebensjahre zeigte er einen eigentümlichen „Drang zum Laufen und Rennen“. Wollte man ihn daran hindern, so wurde er sehr zornig und schrie. Er stellte sich dabei vor, daß er ein Pferdchen sei und ahmte auch die Bewegungen der Pferdchen nach. Diese Rennleidenschaft, wie die Eltern

des Knaben sich ausdrückten, hat bis vor 2 Jahren gedauert. In seinem 5. Lebensjahre bekam er eine Erzieherin, die noch heute bei ihm ist und die den Knaben genau zu studieren Gelegenheit hatte. Schon in den ersten Tagen ihrer Bekanntschaft mit ihm fiel ihr manches Absonderliche an ihm auf. Hörte er z. B. jemanden auf der Straße husten, so lief er ihm nach, gab ihm einen Klaps und sagte: „Ich erlaube Dir nicht zu husten.“ Wenn er als oder trank, zählte er die Bissen und die Schlucke. Sein Essen mußte genau abgemessen sein. Er erhob ein Geschrei, wenn in seinem Teller weniger Suppe war, als er gewöhnt war zu essen. Beim Frisieren zählte er die Kamm- und Bürstenstriche und schrie, wenn die Gouvernante nicht die gewohnte Zahl der Striche innehielt. Er schlug und kratzte sie, bis sie sich endlich bequeme, die Striche zu zählen. Zu diesen Zwangspedanterien sind im Laufe der Jahre noch andere Zwangsvorstellungen gekommen. Wenn J. sieht, daß sich jemand mit den Nägeln über den Kleidern kratzt, so springt er hinzu und streicht mit der flachen Hand über die gekratzte Stelle. Er meint, das Kratzen tue dem Stoffe weh. Bestimmte Tierlaute sind ihm verhaßt, das Muhen der Kuh, das Bellen des Hundes, vor allem aber das Krähen des Hahnes. Hört er einen dieser Tierlaute, während er etwas tut, so muß er die angefangene Handlung wieder rückgängig machen. Hat er z. B. während des Hahnenschreis einen Schluck Milch in den Mund genommen, so spuckt er ihn wieder in das Glas zurück. Hat er sich ein Kleidungsstück angezogen, so zieht er es aus und fängt von vorne an. Während er etwas erzählt, darf man nicht ja und nicht nein sagen, sonst wiederholt er seine Erzählung. Gewisse Tiere darf man in seiner Gegenwart nicht nennen, sonst kommt es zur Wiederholung der jeweiligen Handlung, z. B. Wolf, Bär, Tiger usw. („Tiere, die den Menschen fressen“). J. hat ferner die Zwangsvorstellung, daß er mit seinen Nägeln kratze, obwohl sie ganz kurz gehalten werden müssen. Wenn er mit seinen Nägeln jemanden berührt, bestraft er sich selbst. Das „Selbstbestrafen“ ist bei ihm überhaupt sehr häufig. Macht er einen Fehler beim Schreiben, so schlägt er sich. Hat er irgendwo Schmerzen, so schlägt er unter Schimpfreden auf Gott und Teufel die schmerzende Stelle, um sie zu strafen.

Der Knabe befand sich in dauernder motorischer Unruhe: er läuft immer hin und her, auch wenn er sich anzieht, faßt alles an, was er sieht, und fragt in inkohärenter Weise allerhand: „Was ist das für ein Apparat? Warum ist die Fahne auf dem Hause? Gibt es hier auch eine Ausstellung, in der man Kaffee trinkt und Schlagsahne isft? Ich habe heute nacht geträumt, mein Kanarienvogel ist gestorben. Darum zeige ich dem lieben Gott die Feige (was etwa so viel heißt, wie: eine lange Nase machen).

Er ist ganz unerzogen: Er spuckt ins Zimmer, sagt nicht guten Tag und nicht adieu, nimmt von anwesenden Erwachsenen gar keine Notiz und ist sehr unmanierlich. Auch treibt er mit Vorliebe allerhand Schabernack: er versteckt die Streichhölzer, entwendet Geld, wirft seine Kleider zum Fenster hinaus, uriniert, um den Arzt zu ärgern in die Stube, defäziert neben das Nachtgeschirr usw. Im Bett masturbiert er, wenn er sich unbeachtet glaubt. Auch sonst sind seine sexuellen Gefühlstöne stark ent-

wickelt. Er riecht gerne an den Fingern, nachdem er an den Genitalien gerieben hat. Bei der Betrachtung eines Fuchses in einem Bilderbuche fragt er: „Was hat denn der Fuchs da hinter seinem Schwanz? Da kommt etwas heraus, das stinkt“. Mit großer Monotonie zeichnet er Tiere, z. B. Elefanten, die er stets mit Genitalien versieht und urinieren und defäzieren läßt. Auch den Menschen stellt er mit Vorliebe urinierend dar. Ob er einen Elefanten oder einen Kanarienvogel zeichnet, nie fehlt der Penis mit dem Skrotum. Als ich ihn einmal fragte, warum einige Tiere, die er gezeichnet hatte, nicht mit dem Sexuelsymbol versehen sein, meinte er: „Das sind Weibchen“.

Auch ein anderes Zeichenthema läßt eine gewisse Stereotypie erkennen. Er zeichnet enorm hohe Häuser mit sehr vielen Fenstern oder Menschen, die sich zanken, streiten, schlagen, an den Armen oder Beinen zerren, auf einander herumtrampeln usw.

In intellektueller Beziehung ist bei J. noch folgendes bemerkenswert: Sein Interesse ist schwer zu fesseln. Seine Aufmerksamkeit ist springend. Er beobachtet höchst ungenau. Hat er aber etwas Neues gelernt, so bringt er dies immer wieder schablonenhaft zu Papier. Sein Gedächtnis ist überaus gut, aber ganz einseitig mechanisch. Während er nicht imstande ist, eine ganz einfache Erzählung wiederzugeben, weiß er genau, auf welcher Seite des Buches ein Passus einer Geschichte steht und moniert es sofort beim Vorlesen, wenn man absichtlich ein anderes Wort in den Tenor einer Geschichte einfügt. Seine Hauptstärke ist sein Gedächtnis für Zahlen und Daten. Schon als vierjähriges Kind rechnete er, ohne Unterricht gehabt zu haben, wieviel z. B. 62 Pferde Füße haben. Er weiß genau, was er an jedem einzelnen Tage seines Lebens, soweit das Erinnerungsvermögen eines Kindes überhaupt reichen kann, getan hat, vom Aufstehen bis zum Schlafengehen. Zahlreiche Stichproben, die die Gouvernante an besonders markanten Tagen kontrollieren konnte, erwiesen die untrügliche Treue und Festigkeit seines Gedächtnisses.

Eine Virtuosität seines Gedächtnisses besteht für Kalenderberechnungen. Er ist imstande mit absoluter Sicherheit und größter Schnelligkeit anzugeben, auf welchen Wochentag ein bestimmtes Datum fiel oder fallen wird. Zahlreiche Proben, die ich an der Hand der bekannten Grotfendischen Tabellen anstellte, ergaben seine Zuverlässigkeit in dieser Beziehung, wenigstens innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts und jenseits des Jahres 2000 wurde er unsicher.

Ich hätte keine Veranlassung genommen, hier diesen Fall vorzutragen, wenn auch Zwangsvorstellungen in so kindlichem Alter nach meinen Erfahrungen immerhin zu den seltenen Symptomen der psychopathischen Konstitution gehören. Auch ein verblüffendes Zahlengedächtnis kommt ja bei Psychopathen und selbst Schwachsinnigen, wenn auch nicht immer in dieser Prägnanz, häufig genug vor. Was mich an dem Falle J. am meisten interessierte, war seine Sexualität im allgemeinen und ihre Beziehungen zu den vorliegenden Zwangselementen. Daß um mit

Ziehen zu reden, eine ausgesprochene sexuelle Hyperhedonie vorliegt, ist unzweifelhaft. In seiner Phantasie und in der Praxis schwelgt der Junge im Sexuellen. Die Zeichnungen, von denen er täglich viele lieferte, waren Beweis dafür. Auf einer Zeichnung stellte der Knabe dar, wie ein Mensch aus den Genitalien eines anderen herausfällt. Auf Befragen erklärte er mir diesen Vorgang so: „Das ist Laura, wie sie aus dem Nikola herausfällt“. Es war nie zu eruieren, wer die Phantasiegestalt „Laura“, von der er öfter faselte, war. Wir haben hier ohne Zweifel eine kindliche Geburtsphantasie vor uns, doppelt interessant, weil das weibliche Individuum aus dem männlichen „herausfällt“. Er erklärte spontan weiter: „Nikola hat die Laura gegessen und jetzt kriecht die Laura heraus“. Dem sachkundigen Auge kann weiterhin nicht entgehen, dass durch die Zeichnungen des Knaben ein starker sadistischer Zug geht. Die Menschen schlagen sich, trampeln aufeinander herum, ziehen sich an den Beinen, spucken sich an. Tiere beißen die Menschen. Ein Bär zankt sich mit dem Ofen. Der Teufel streitet sich mit dem Herrn Jesus. Die Bein- und Armstellungen sind möglichst ausgerenkte. Ganze Tierreihen beißen sich in den Schwanz. Demgegenüber ist leicht zu erkennen, daß was bei dem Jungen in das Kapitel des Krankheitszwanges gehört, masochistischen Charakter trägt. Kein aufmerksamer Beobachter wird leugnen können, daß in den Zwangshandlungen abgesehen von dem naheliegenden Motiv der Schutzmaßnahme und der inneren Sicherung etwas Büßerisches liegt, das mit Recht zu gewissen religiösen Zeremonien in Parallele gesetzt werden kann. Bei dem Knaben sehen wir aber direkt in seinen Zwangsvorstellungen das Gegenstück seiner sexuellen Tendenz: Er steht unter der Zwangsvorstellung, daß er mit seinen Nägeln jemanden verletzen könnte; Nägel dürfen nicht einmal den leblosen Stoff kratzen, sonst muß er ihn wieder glatt streichen. Er bestraft sich selbst. Die Tiere, die aggressiv sind und verletzen, darf man in seiner Gegenwart nicht nennen, sonst bestraft er sich durch die Wiederholung der jeweiligen Handlung.

Es liegt mir ferne, hier die Frage aufzurollen, inwieweit die Ansichten berechtigt sind, die Freud von dem Mechanismus der Entstehung der Zwangsvorstellungsneurose dargelegt hat. Ich möchte nur die Aufmerksamkeit auf die Beziehungen gewisser perverser Partialkomponenten der Sexualität zu dem In-

halte der Zwangsvorstellungen¹⁾ hinlenken, wofür mir der mitgeteilte Fall eines ganz jugendlichen Individuums wegen seiner Durchsichtigkeit im Verhältnis zu dem oft unauflösbaren Wirrwar bei Erwachsenen besonders geeignet erscheint.

Ab und zu stoßen wir bei kindlichen Psychopathen und zwar schon im zartesten Alter auf einen eigentümlichen Gewissenszwang und eine peinvolle Skrupulosität. Die Frage, ob gut oder böse, kommt ihnen in Wort und Handlung und lähmt ihre Jugendlust. Abends beim Nachtgebet legen sie Rechenschaft über ihr Tagewerk ab, beichten der Mutter, was sie gesagt und getan haben, und schlafen erst beruhigt ein, wenn diese ihr Gewissen absolviert hat. Fast regelmäßig gesellt sich dazu eine Neigung zur Pedanterie. Nicht nur, daß die Kinder unglücklich sind über jedes Fleckchen in der Kleidung, in den Büchern und Heften, sie pflegen auch in ihren Spielsachen und im Kinderzimmer eine Ordnung einzuhalten, die als schrullenhaft imponiert. Jeder Gegenstand hat seinen Platz, jedes Schächtelchen wird noch einmal in ein Schächtelchen verpackt und dann in die Schublade gebettet. Kein Mensch darf die Ordnung stören. Eine Bettvorlage darf nicht schief liegen, keine Ecke eines Teppichs umgebogen sein, kein Schuh verkehrt stehen. Das Aus- und Anziehen muß in festliegender Reihenfolge vor sich gehen, die Kleider müssen pedantisch geordnet und glatt gestrichen auf dem Stuhle liegen. Ich kenne als non plus ultra einen Knaben, der unglücklich war, wenn die Tischordnung nicht alphabetisch war und der auch selbst nur nach dem Alphabet aß: Compot, Fleisch, Nachtsch, Suppe. Und noch ein drittes Charakteristikum zeigt sich meist bei diesen Kindern: eine übertriebene Schüchternheit und Schamhaftigkeit. Sie werden leicht verlegen und bei jeder Anrede rot. Sie haben eine Scheu vor dem Nackten und Sexuellen. Sie ziehen sich nicht in Gegenwart anderer aus, lassen nur Urin, wenn sie allein sind, und der Gebrauch des Klosetts erweckt ihnen peinliche Empfindungen. Die Zärtlichkeit zu geliebten Personen drängen sie zurück. Sexuelle Regungen (Erektionen usw.) betrachten sie als Sünde; der sexuellen Aufklärung in Gasse, Schule und Haus gehen sie geflissentlich aus dem Wege. Diese Kindersymptome haben insofern eine gewisse Bedeutung, als sie als Vorläufersymptome von Hysterien

¹⁾ Vgl. Strohmayer, Über die Rolle der Sexualität bei der Genese gewisser Zwangneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 45. 1919.

und Zwangsvorstellungsneurosen durch die Psychoanalyse Erwachsener mit frappanter Häufigkeit erkannt werden. Sie sind die Hauptfaktoren, die in dem Verdrängungsprozeß der Sexualstrebungen, durch Konvertierung in Angst, hysterische Phänomene und Zwangselemente, maßgebend und neurosebildend sind (Freud). Derartige Individuen bleiben trotz Pubertät psychosexuell unentwickelt und als frigiden Ehemännern und geschlechtlich anästhetischen Frauen begegnen wir ihnen im späteren Leben wieder. Auf die sexuelle Wurzel der pathologischen Schamhaftigkeit, Prüderie, Übergewissenhaftigkeit, Skrupulosität und Zwangspedanterie hat neuerdings wieder Kretschmer (l. c. 132, 216 ff.) hingewiesen. Er macht mit Recht auf die noch lange nicht genug gewürdigte „Ambivalenz“ des Sexualtriebes (konstitutionell lebhafteste Triebrichtung und gleichzeitige Triebhemmung mit starker Verdrängungstendenz) aufmerksam. Nur aus dem Zwiespalt der ethischen Entwicklungstendenz des Gesamtcharakters und dem hypertrophischen, überreizten und vielfach pervers gerichteten Sexualtrieb des Individuums, gegen den es sich durch enorme ethische Überkompensation schützen will, ist die Eigenart der erwähnten Kindesnaturen und ihre Weiterentwicklung zu Zwangsneurotikern zu verstehen.

Damit betreten wir wieder das heikle Sexualgebiet. Die scheinbaren Antipoden der eben geschilderten Kinder sind die sexuell frühreifen mit abnorm starker und frühzeitiger manifester Entwicklung der sexuellen Gefühlstöne. Schon in den ersten Lebensjahren kann man deutliche geschlechtliche Regungen wahrnehmen, die sich in Erektionen und in der Neigung zu onanistischen Akten kundtun. Ich darf Sie nochmals daran erinnern, was ich Ihnen von den Zusammenhängen des Kinderludels mit der Masturbation sagte. Die exzessiven, unverbesserlichen kindlichen Masturbanten sind in der Regel Psychopathen, die ihre Zugehörigkeit zum Abnormen auch durch andere Krankheitssymptome dartun. Man hört auch nicht selten, daß derartige Kinder Lust am Nackten haben, in sexuelle Erregung geraten, wenn sie sehen, wie die Mutter sich entkleidet, daß sie gerne zu Damen auf den Schoß gehen und mit Vorliebe den Busenausschnitt betrachten, daß sie in ihren Liebkosungen stürmisch, aggressiv und „handgreiflich“ werden und geradezu — meist handelt es sich um Knaben — sich mit den Dienstmädchen sexuell

erregen. Die sexuellen Hyperhedonien im frühen Kindesalter, die sich in unflätigen sexuellen Redensarten, unzüchtigen Handlungen, Beischlafsversuchen, vorzeitiger Prostitution usw. offenbaren und sich mit anderen ethisch-moralischen Defekten verknüpfen, finden sich sehr häufig bei dem sogenannten aktiven Typus der kindlichen Psychopathen. Anlage, Großstadtluft, Verwahrlosung, böses Beispiel und Verführung schaffen groteske Fälle kindlicher Sexualbetätigung, deren tatsächliche Existenz keinem Arzt, Erzieher und Strafrichter unbekannt bleiben dürfte¹⁾. Konträre Sexualempfindungen und andere Perversitäten²⁾ reichen, wie viele Geständnisse Perverser beweisen, bis in die früheste Kindheit zurück.

Nr. 8. Ein Student, der wegen perverser Neigungen mich konsultierte, erzählte mir folgendes: „Ich stand als ganz kleines Kind von etwa 3 Jahren im Hemd in der Stube und wurde von meinem Vater wegen einer Ungezogenheit auf das nackte Gesäß gezüchtigt. Diese Züchtigung ist mir in einer gewissen „schauerlich-süßen“ Erinnerung geblieben. Aus dem 6. Jahre erinnere ich mich genau, daß es mir angenehm war, wenn ich mir vorstellte, von einem Mann auf das Gesäß geschlagen zu werden. Diese Vorstellung gewann an Reiz, wenn ich mich über einen Stuhl legte. Mit 10 Jahren auf dem Gymnasium hatte ich eine deutliche Lustempfindung, wenn ich mir unter dem schlagenden Mann einen Lehrer vorstellte, den ich besonders verehrte. Mit 15—16 Jahren traten neben diesen homosexuell-masochistischen Vorstellungen auch sadistische auf. Ich geriet in geschlechtliche Erregung und onanierte, wenn ich mir vorstellte, einen Knaben zwischen 10—14 Jahren auf das Gesäß zu schlagen, oder wenn ich mich selbst mit dem Stock auf das entblößte Gesäß schlug.“

Nr. 9. Ein 21 jähriger Student mit masochistisch-fetischistischem Geschlechtstrieb gab mir mit aller Bestimmtheit an, daß er schon auf der Vorschule des Gymnasiums mit besonderer Lust träumte, in einem Kerker von schönen Frauen mißhandelt zu werden. In der Sexta onanierte er auf den Schuhen und Unterkleidern seiner Mutter. Sein Kleiderfetischismus kostete ihn auf dem Gymnasium weit über sein Taschengeld. Er verbesserte seine Einnahmen durch Wetten auf den Rennplätzen und Spekulationen an

¹⁾ Vgl. die höchst instruktiven Beispiele von Stier, Charitée-Annaleu, XXXIV. Jahrgang.

²⁾ Vgl. Stier, Über Sadismus bei Kindern. Berl. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 10.

Hirschfeld, Das urnische Kind. Zeitschr. für Kinderforschung. Bd. 8. 1903.

Cohn, Kinderprügel und Masochismus. Zeitschr. f. Kinderforschung. Bd. 16, 1911.

Donath, Ideeller Masochismus im zarten Kindesalter. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 68 69. 1921.

der Börse (!). Er war ein abnorm entwickelter auffallend hübscher Jüngling, der allgemein für älter taxiert wurde. Als er aus der Hauptstadt in ein Provinzstädtchen versetzt worden war, fuhr er mehrmals wöchentlich dorthin zurück und verbrachte die Nächte in Gesellschaft von schönen Frauen der eleganten Welt (Dirnen mied er aus Ekel). Er war glänzend begabt und ein gewandter, geistreicher Causeur. Seine Schulaufgaben machte er in der Eisenbahn. Sein außerordentliches Gedächtnis kam ihm sehr zu statten. Kein Mensch ahnte in ihm den 17jährigen Pennäler.

Noch wenig bekannt und gewürdigt sind im Kindesalter eigenartige Verknüpfungen von sexueller Erregung mit ängstlicher Spannung. Angst und Erwartungen lösen Erektionen oder Pollutionen aus. Ich kenne Schüler, die bei Extemporalien, wenn sie ängstlich waren, nicht fertig zu werden, Samenerguß hatten. Andere Kinder — Knaben und Mädchen —, die an abendlichen Angstzuständen leiden und nicht einschlafen können, vertreiben sich Angst und Schlaflosigkeit durch Onanie.

Von anderen abnormen Trieben erinnere ich Sie der praktischen Wichtigkeit wegen hauptsächlich an den krankhaften Sammeltrieb, der sich auf die wertlosesten Gegenstände z. B. auf die Nummern des Abreißkalenders, Namen der Lokomotiven usw. erstrecken kann. Einer meiner kleinen Patienten sammelte Wollfäden und Adressen, die er, ohne je Gebrauch davon zu machen, in sein Notizbuch eintrug. Vom Sammeltrieb zu kleptomani-schen Tendenzen ist nur ein Schritt. Dabei kann man die unbegreifliche Tatsache erleben, daß Kinder sich fremdes Besitz-tum aneignen, um es einfach wegzuworfen, in den Ofen zu stecken, im Abort zu versenken oder auf die Straße zu tragen. Für dieses rätselhafte Gebaren, das sich übrigens auch auf die eigenen Kleidungsstücke oder Spielsachen ausdehnt, findet man kein zu-reichendes Motiv und erhält auf Befragen die Antwort: „Ich weiß nicht, warum ich es tue, aber ich muß es tun“. Es ist ein dunkler Zwang, der die Kinder treibt. Strafen sind wirkungslos. Trotz aller Versprechungen kommt es ständig zu Rückfällen. Manchmal ist ein periodischer Charakter des Stehltriebs deutlich. Auf Krankheit verdächtig ist auch die Gleichsinnigkeit der wieder-holten Stehlhandlung.

Zur Illustrierung dieser Kindertypen gebe ich Ihnen einen Fall, der auch noch andere psychopathische Stigmata aufweist:

Nr. 10. V. J., 15 Jahre alt; von mütterlicher Seite stark belastet (Mutter Hysterika; Großmutter leidet menstruell an „fixen Ideen“, eine Cou-sine der Mutter ist geisteskrank). Schon als Säugling hatte das Kind eine

auffallende Furcht vor Hunden. Im 9. Monate begann sie zu schielen. Bereits im 2. Jahre trat Nägelkauen und Nägelreißen auf. Seit dem 8. Jahre stottert sie. Stottern und Schielen verstärkten sich im Affekt. Wenn das Mädchen aufgeregt war, erbrach es. Es wurde spät sauber und bekundete auffallend wenig Schamgefühl. Um die Mutter zu ärgern, gebrauchte es unanständige Ausdrücke, die es dem Dienstpersonal abgelauscht hatte. In intellektueller Beziehung erwies der Schulbesuch das Mädchen als debil; außerdem waren die Leistungen sehr wechselnd. Die Furcht vor Hunden ist auch jetzt noch eine ungeheure. Mit eintretender Geschlechtsreife (im 13. Jahre) traten Neigungen deutlicher hervor, die schon früher andeutungsweise bestanden hatten. Das Mädchen entwendet Dinge aller Art und wirft sie fort. So stahl es seinen Mitschülerinnen und Erzieherinnen Schmucksachen, Bilder, Kleidungsstücke, um sie direkt ins Klosett zu werfen. In unbeachteten Augenblicken wirft sie im Zimmer befindliche Gebrauchsgegenstände blitzschnell in den Garten. Sie gibt selbst an, daß sie „so etwas tun muß und es nicht lassen kann“. Hinterher zeigt sie bittere Reue.

Von dem merkwürdigen Drange, planlos fortzulaufen (Wandertrieb), haben Sie sicher schon gehört. Auch dieser Trieb ist nicht ganz aufgeklärt. Die Kinder laufen, wenn der „Rappel“ über sie kommt, von Haus und Schule weg, treiben sich ziellos draußen umher und werden bei polizeilicher Suche an entlegenen Orten, abgerissen und ausgehungert, aufgegriffen. Man trifft diesen Wandertrieb (Fugues) auch bei der Hysterie, Epilepsie (vgl. epileptische „Verstimmungsanfälle“) und beim Schwachsinn. Was das Fortlaufen psychopathischer Kinder betrifft, so sind die Wurzeln und die Motive verschieden¹⁾. Bei einer Gruppe handelt es sich um krankhaft gesteigerte Affektivität und Neigung zu Angstzuständen. Auf unangenehme Erlebnisse des Alltags (Ärger, Furcht, Sorge) reagieren diese Kinder mit fortlaufen. Bei einer zweiten ist die hypertrophische Phantasie die forttreibende Kraft (Umsetzung von im Kino Gesehenem oder Gelesenem in die Wirklichkeit). Bei einer dritten Gruppe handelt es sich um sittlich minderwertige Psychopathen mit mangelhafter Ausbildung der ethisch-moralischen Gefühlstone, Unlust zur Arbeit und Selbsthaftigkeit, Unfähigkeit zur Einfühlung und Lust zu zügellosem Umhertreiben. Das sind die Rekruten des späteren Landstreichertums. Für eine Reihe von Fällen, bei denen der Trieb zum Zug in die Weite übermächtig, impulsiv und unvermittelt auftritt, haben wir keine verstandene Erklärung. Da waltet ein dunkler urhafter Menschheits-

¹⁾ Vgl. Stier, Wandertrieb und pathologisches Fortlaufen bei Kindern. Samml. zwangloser Abhandl. I. Bd. Heft 1/3. Jena, Gustav Fischer. 1913.

trieb in krankhafter Verzerrung. Daß es Fälle von familiärem Fortlaufen gibt, ist bekannt (Seige¹⁾). Heute möchte ich Ihnen den Fall eines 9jährigen Knaben mitteilen.

Nr. 11. A. J. ist ein gesunder und geweckter Knabe, in der Schule immer der „Erste“, artig und folgsam. Mit 7 Jahren lief er zum erstenmal ohne ersichtlichen Grund in den Wald, wo er abends gefunden wurde. Seitdem kommt das „Entlaufen“ häufig vor und die Zeit der Abwesenheit wird immer länger. Er kann nie sagen, warum er fortlief. Entweder er kommt selbst wieder, ausgehungert und „abgerissen“, oder er wird gefunden. Prügel haben gar nichts genützt. Im letzten Sommer war er viermal fort, 2 mal 3, einmal 4, zuletzt 8 Tage. Dabei ist er sonst ein guter Junge. Er lügt, nascht und stiehlt nicht. „Aber er ist gleichgültig gegen alle, hat keine Liebe zu Eltern und Geschwistern, glaubt an keinen Gott und keine Geschichten in der Bibel“. So schreibt der Vater.

Auch in körperlicher Beziehung zeigt die konstitutionelle Psychopathie des Kindesalters manche Abweichungen von der Norm. Wohl jeder von Ihnen kennt wenigstens vom Hörensagen die sogenannten Degenerationszeichen, jene körperlichen „Stigmata“, die einen gewissen Rückschluß auf die psychischen Qualitäten eines Individuums gestatten sollen. Wir finden sie auch bei unseren abnormen Kindern. Ich will Sie nicht mit langen Ausführungen über den diagnostischen Wert und Unwert der Degenerationszeichen behelligen, nicht mit der namentlichen Aufzählung der Unsumme von Stigmata beschweren, über die eine fast unübersehbare Literatur besteht (Näcke u. a.). Im allgemeinen wollen Sie an dem Standpunkte festhalten, daß das Vorhandensein gehäufte degenerativer Stigmata wohl zu einer ganz besonders eingehenden und scharfen Untersuchung des gesamten Geisteszustandes eines Individuums auffordern soll, daß es aber die Diagnose nur stützen und nicht allein ausmachen kann. Es gibt normale Menschen mit Degenerationszeichen, und schwer abnorme ohne solche. Unter diesen Kautelen mache ich Sie mit den wichtigsten Stigmata bekannt. Es handelt sich dabei:

1. um morphologische Abweichungen bestimmter Organe von der Norm durch Wachstumsstörungen oder Entwicklungshemmungen oder um Mißverhältnisse in der Lagerung und in der Größe einzelner Organe des Körpers. Dazu gehören gewisse Schädelbildungen. Die schwereren (z. B. Mikrozephalie)

¹⁾ Seige, Wandertrieb bei psychopathischen Kindern. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn. Bd. IV. 1911.

finden wir hauptsächlich beim Schwachsinn. Am häufigsten sah ich bei psychopathischen Kindern Ungleichheiten der Schädelhälf ten, Vorstehen des Ober- oder Unterkiefers (obere und untere Prognathie resp. Caput progenaeum) und Stenosierungen des Hinterhaupts. Die Schädelanomalien, die auf Hydrozephalus und Rachitis zurückzuführen sind (Caput quadratum, Klinozephalie, vorspringende Stirn usw.), haben streng genommen nichts mit Degenerationszeichen zu tun. Ferner sind zu nennen: Steilheit des harten Gaumens, Hasenscharten, ungleichmäßige Fleckung und verschiedene Färbung der Iris, abstehende Ohren (Henkelohren), Höckerbildung am Ohre, angewachsenes Ohrläppchen, unregelmäßige Stellung der Zähne, abnorm gelegene Haarwirbel, zusammengewachsene Augenbrauen, Hineinragen der Haargrenze in die Mittelstirn, Verbildungen an den Genitalien. Von diesen muß ich den Kryptorchismus, die Lagerung der Hoden in der Bauchhöhle oder im Leistenkanal (ein- oder doppelseitig) als das häufigste Vorkommnis und neben der Schädelasymmetrie als das geläufigste Degenerationszeichen bei den kindlichen Psychopathen überhaupt bezeichnen. Zusammengewachsene oder überzählige Finger oder Zehen sind Seltenheiten.

2. Um dauernd vorhandene Asymmetrie oder Anomalien in der Innervation bestimmter Muskelgebiete. Hier sind zu nennen: Ungleichheiten in der Innervation der Gesichtsmuskulatur (Fazialisdifferenz), Linkshändigkeit, Schielen (Strabismus), Augenzittern (Nystagmus), Stottern, Stammeln und das Fehlen der Kniescheibenreflexe (letzteres sehr selten!). Diese Anomalien weisen im letzten Grunde auf abgelaufene oder noch bestehende Gehirnstörungen hin. Man muß sich dessen bewußt bleiben, auch wenn man von Degeneration spricht.

3. Um periodisch oder unter dem Einflusse normaler oder pathologisch gesteigerter Reize auftretende Funktionsstörungen, die zum Teil Zerrbilder normaler Reaktionen des Organismus auf körperliche und psychische Reize darstellen: Neigung zum Herzklopfen, zu lästigem Erröten und Schwitzen (nicht selten halbseitig), Migräne, Ohnmachten¹⁾, die Eigenschaft, auf starke gemüthliche Reize oder auf Fieber mit Konvulsionen oder Delirien zu reagieren;

¹⁾ Vgl. Stier, Über Ohnmachten und ohnmachtsähnliche Anfälle bei Kindern. Neurol. Zentr.-Bl. 1919, S. 797 und Samml. zwangl. Abhandl. Bd. I. H. 7. Gustav Fischer, Jena.

eine ausgesprochene Intoleranz selbst gegen kleine Dosen Alkohol, die sich zuweilen in furibunden Rauschzuständen äußert; vereinzelt, später nie wiederkehrende echte epileptische Anfälle.

In meiner Kasuistik nehme ich stets auf etwaige Degenerationszeichen Rücksicht. Wenn Sie darauf achten, bekommen Sie selbst ein Urteil über ihre Häufigkeit und Erscheinungsform.

Von den Störungen der Körperfunktionen, die sich mit der Psychopathie vergesellschaften, nenne ich Ihnen zuerst die des Schlafes. „Nervöse“ Kinder schlafen schwer ein, wälzen sich lange im Halbschlaf, sprechen, lachen, gestikulieren im Traume, knirschen mit den Zähnen, fahren mit einem Schrei vom Lager auf. Dabei erwachen sie entweder sofort, wie von einem Alp befreit oder geraten in einen halbawachen Dämmerzustand, in dem sie die Umgebung verkennen, auf keine Anrede reagieren und unter dem Eindruck schreckhafter Sinnestäuschungen stehen. Mit weit aufgerissenen Augen, angstvoll verzerrtem Gesichte und zitternd stehen, knien oder liegen sie dabei im Bette, machen Abwehrbewegungen, suchen sich zu verstecken, weinen oder schreien, bis nach einigen Minuten die Beruhigung und der Schlaf wiederkommt. Am andern Tage erwachen sie ohne Erinnerung für den Vorfall. Man bezeichnet diese Anfälle bekanntlich als nächtliche Angst (*Pavor nocturnus*). Auch echtes *Nachtwandeln* kommt vor. Beide Symptome haben gewisse Beziehungen zur epileptischen Konstitution. Bei der Epilepsie komme ich darauf zurück.

Nr. 12. Ein 7jähriger Junge, dessen Onkel Epileptiker ist, fuhr fast täglich zwischen 11— $1\frac{1}{2}$ 12 nachts aus dem Schlafe auf, schrie furchtbar, sah mit stierem Blick um sich und schlug angstvoll mit Armen und Beinen in die Luft. Wenn der Junge wach wurde, ging ein kurzes Zittern durch den Körper und dann schlief er wieder weiter. Die Untersuchung ergab den interessanten Befund: Pupillendifferenz, fehlende Kniephänomene und Hutchinsonsche Zähne (hereditäre Lues?) — Im Kriege habe ich den Pat. wieder gesehen; das Wiedersehen war eigentümlich. Ein Leutnant wurde mir im Lazarett mit einer schlaffen Lähmung des linken Beines und einer grotesken sekundären Gehstörung vorgestellt. Alles machte den Eindruck einer psychogenen Erkrankung. Aber dazu wollte das doppelseitige Fehlen der Kniescheibenreflexe nicht stimmen. Bei genauerer Erörterung der Vorgeschichte erkannte ich in dem Offizier den Knaben, der mir vor 15 Jahren wegen der Anlageanomalie der Areflexie besonders aufgefallen war.

Hier sind auch noch die zu wenig bekannten motorischen Schlafstörungen der psychopathischen Kinder zu erwähnen, die

in Form von Zwangsimpulsen rhythmischer Art auftreten. Oppenheim hat sie als Schlaftic, Zappert als Jactatio nocturna beschrieben¹⁾.

Die ticartige Unruhe tritt auf, wenn das übrige Gehirn zur Ruhe kommt. Sie spielt sich im Halbschlaf oder Schlaf ab. Die Kinder werfen im Takt den Kopf auf der Unterlage hin und her, teils mit, teils ohne begleitendes monotones Summen oder wiegen den Oberkörper pagodenhaft auf und ab oder machen im Bettchen knieend schaukelnde Bewegungen des Oberkörpers. Auf Anruf hören sie auf, um nach kurzer Zeit wieder das alte Spiel zu beginnen.

Die die Schlaflosigkeit vermittelnden und unterhaltenden Faktoren sind im Kindesalter bemerkenswert oft Rachitis und Skrofulose, bei letzterer besonders die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. In manchen Fällen ist die Schlafstörung geradezu das Frühsymptom konstitutioneller Psychopathie. Kinder, die im Säuglingsalter zu den sog. Schreikindern gehörten, zeigen gern in den ersten Lebensjahren krankhafte Schlaflosigkeit.

Nr. 13. Ich beriet ein 3jähriges Kind; die Mutter ist „nervös“ und cholertisch, ihr Vater Weinhändler; in der ganzen mütterlichen Familie ist ein cholertisches Temperament Erbgut. Während der Schwangerschaft mit diesem Kinde, die rasch auf eine Zwillingfrühgeburt folgte, war die Mutter durch den Tod der eigenen Mutter schweren Gemütsbewegungen ausgesetzt. Das Kind entwickelte sich körperlich ausgezeichnet; die Intelligenz erscheint normal. Von Geburt an fiel seine starke Unruhe auf. Das Kind schrie Tag und Nacht, nur beim Essen war es still. Es schlief immer nur einige Stunden. Tagsüber wollte es immer versorgt sein; ließ es die Mutter allein, so brüllte es fürchterlich. Auch jetzt noch bleibt es nicht allein. Es ist äußerst empfindsam; ein Wort, ein Blick, selbst das Gefühl, daß man über es spricht, ruft eine Schreiszene hervor. Mit fremden Leuten spricht das Kind nicht, sondern wenn man es ansieht, hält es die Hände vors Gesicht und schreit. Abends schläft es nur ein, wenn Vater oder Mutter am Bette sitzt. Meist schon nach 3 Stunden wacht es auf, wälzt sich im Bette herum, spricht und will unterhalten sein. Gegen Morgen fällt es in einen Halbschlummer, in dem das Kind viel mit den Zähnen knirscht. Bisher haben die Eltern auch 3 ausgeprägte Pavor-Anfälle beobachtet. Einmal dauerte der Zustand der Unklarheit 2 Stunden: das Kind erkannte die Eltern nicht, schlug immer nach einem Manne, der am Bette stand, und rief ihn beim Namen: „Geh weg Du, X“.

Die kindlichen Schlafstörungen stehen zweifellos manchmal,

¹⁾ Vgl. Trömmner, Über motorische Schlafstörungen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. und Psych. Bd. IV. 1911.

nicht immer im Zusammenhang mit Sexualerregungen. Man hat die Pflicht, darauf zu achten, ob sie das Kind wach halten. Schon aus der Erfahrung heraus, daß auch Kinder — die frühreifen Psychopathen voran — leichte Angstzustände im dunklen Schlafzimmer und Schlaflosigkeit durch Masturbation bekämpfen. Darauf habe ich vorhin schon hingewiesen.

Eine geläufige Erscheinung der psychopathischen Konstitution ist die eigentümliche psycho-motorische Störung, die sich in gewohnheitsmäßigen, schließlich automatischen Muskelzuckungen, Gesten oder Stellungen äußert, die man als Tics bezeichnet (Meige und Feindel). Ursprünglich eine Abwehrbewegung, ein mimischer Ausdruck, eine natürliche Reaktion auf eine gegebene Situation, emanzipiert sich schließlich die Muskelkontraktion von der Macht des schwachen Willens und bleibt als eine grund- und zwecklose, übertriebene und unangebrachte Bewegung, die Selbstzweck ist. Die klinischen Erscheinungsformen der Tics sind sehr variabel: Gesichtszuckungen, Augenblinzeln, Nasenschnüffeln, Kopfschütteln, Schulterheben, „Flügelschlagen“, Kratzen, Händereiben, Schnarchen, Blasen, Pfeifen, Spucken, Hüpfen, Springen und das Ausstoßen bestimmter (oft unanständiger) Worte. Die Tics pausieren im Schlafe und verstärken sich im Affekte; Aufmerksamkeit und Willensanstrengung wirken hemmend auf sie. Die Tic-Kinder, die ich kenne, schlafen alle unruhig, leiden auffallend oft an Bett-nässen, großer Schreckhaftigkeit, zeigen bei aller Intelligenz schwere Aufmerksamkeitsstörungen und neigen zu schlechter Körperhaltung (Skoliose). Mehrfach wurde mir von den Müttern erzählt, daß die Kinder schon in frühesten Kindheit vor dem Einschlafen mit dem Kopfe schleudernde Bewegungen auf der Unterlage ausführten und im Takte dazu brumnten (vgl. oben).

Nr. 14. B. v. W. 11 Jahre alt; mit mäßigem angeborenem Hydrozephalus; lernte mit 2 Jahren laufen, mit 3 Jahren sprechen; er war immer ein schwächlicher Junge. Er gehört zu den Kopfwacklern vor dem Einschlafen und hat das Bett-nässen bis jetzt beibehalten. Er masturbiert bei deutlich erigiertem Penis. Seine Sprache ist schnell, hastig, stoßweise. Beim Gehen und Stehen sieht man an ihm zahlreiche Tics: Hüpfen, Händereiben, Flügelschlagen der Arme, Seitenpuffen mit geballter Faust, Meckern, Augenverdrehen. Bei freudiger Erregung gehen diese Tics in wüstem Gewoge durcheinander. Er neigt zu starken Wutausbrüchen. In der Wut stampfte er mit den Füßen, wurde leichenblau, schielte stark (divergierender Strabismus), schimpfte und warf mit Gegenständen. Einmal ging er mit dem Messer auf die Pflegerin los. An erregten Tagen war das Kopfwackeln vor dem

Einschlafen sehr stark. Der Junge war übernormal begabt, hatte ein brillantes Gedächtnis und eine üppige Phantasie, die reich an originellen Einfällen war. — Die körperliche Untersuchung ergab neben dem periodischen Auswärtsschielen einen hydrozephalen Schädel und eine linksseitige Stenose des Hinterhauptes. — Pat. hat mit 17 Jahren einen ausgesprochenen hebephrenischen Schub durchgemacht. Er ist defekt geblieben. Er ist zu keiner Arbeit zu gebrauchen und zeigt neben einer fast kindlichen Phantasiewucherung eine enorme Urteilsschwäche. Mit 23 Jahren traten bei dem Pat. epileptische Anfälle auf. Er ist jetzt 32 Jahre alt, ein typischer Defektmensch.

Nr. 15. In manchen Familien gibt es mehrere Tic-Kinder, Abkömmlinge und Nachahmer einer nervös-hysterischen Mutter. So kenne ich einen 11jährigen Knaben A. L., schwächling und mager, blaß, intelligent, der eine Anzahl respiratorischer Tics aufweist (Schnüffeln, Fauchen, Krächzen) neben Kratzen am Hinterkopf. Die hysterische Mutter, die ich auch behandelte, leidet an asthmatischen Zuständen und faucht gleichfalls, ebenso ein älterer Bruder. Der Knabe onaniert seit dem 5. Lebensjahr und litt von 3. bis 10. Jahr an täglichem Pavor nocturnus: In der 9. Abendstunde wachte er aus dem Schlafe aus, stellte sich aufrecht ins Bett, schrie und weinte und erbrach zuweilen. Er hatte, wie die Mutter, eine starke Angst vor Hunden und ist in der Toilette sehr pedantisch. Er hat einen kleinen rachitischen Schädel; das Hinterhaupt fällt steil ab und springt links mehr vor; die Ohren sind verschieden groß, am linken ist der Helix stark umgeklappt, am rechten ist ein Darwinscher Höcker; die rechte Schulter hängt (Skoliose!); der Penis ist auffallend klein. — Der Knabe masturbierte stark. Das nächtliche Aufschrecken und das Erbrechen hörte auf, als man ihn isoliert — fern von dem „Fräulein“ der Familie — schlafen ließ.

An die Tics erinnern die sog. „nervösen“ Gewohnheiten unserer Kinder: das Nägelkauen, das Haut- und Haarpuzfen. Zu den schlechtesten davon zählt man mit Unrecht auch das Bett nässen. Es gibt Fälle von Enuresis, wo das Einnässen jede Nacht, andere, wo es nur sporadisch geschieht. Die Harnentleerung erfolgt meist, nicht immer, gegen Morgen. Bei manchen Kindern entwickelt sich die Enuresis aus der physiologischen heraus. Sie werden nicht „sauber“. Bei anderen Kindern tritt das Übel erst im 6.—7. Jahre ein, um im 13.—14. eine Verschlimmerung zu erfahren¹⁾. Bis in die spätere Kindheit über das 13. Jahr hinaus fortgesetzte Enuresis nocturna hat bei geistig normalen Kindern — bei Schwachsinnigen ist es anders — stets die Bedeutung eines

¹⁾ Trömnner (l. c.) spricht bei der Enuresis von einer Art Reflexinfantilismus. Von seinen Bettnässern boten $\frac{4}{5}$ keine Zeichen besonderer körperlicher oder geistiger Schwäche dar. Einige Autoren (Fuchs, Peritz) haben darauf aufmerksam gemacht, daß Enuresis sich häufiger mit Spina bifida occulta und Myelodysplasie verknüpft. Man findet bei Enuretikern in der

pathologischen Vorkommnisses. Ich habe Sie schon vorher auf die psychischen Erschlaffungszustände periodischer Art mit Einnässen aufmerksam gemacht. Ferner möchte ich Sie an das Zusammenreffen von Phimose mit Enuresis nocturna erinnern und an die Fälle von angeborener Blasenschwäche (mangelhafte Entwicklung des Blasenschließmuskels), bei denen jede stärkere Füllung der Blase zur unfreiwilligen Entleerung z. B. beim Lachen, Laufen und im Affekt (wegen Ablenkung der willkürlichen Kontinenz) führt. Unter den bettnässenden Kindern findet man gewohnheitsmäßige Masturbanten in bemerkenswertem Prozentsatz vertreten. Die Masturbation geschieht gelegentlich im Halbschlaf und auf der Höhe der sexuellen Erregung erfolgt das Einnässen. Enuresis und Sexualerregung verknüpfen sich sehr frühzeitig. Ein $2\frac{3}{4}$ jähriger sehr intelligenter Junge näßte in der Rekonvaleszenz von den Masern ab und zu über Tag ein. Auf masturbatorischen Reizungen ertappt, sagte er: „Erst spiele ich am Popo und auf einmal ist der Bach da!“ Manche Kinder nässen periodisch ein. In Zwischenräumen von Wochen ist mehrere Tage hintereinander das Bett naß, ohne ersichtlichen Grund.

Von den Störungen des Verdauungsapparates erwähne ich die Neigung zum Erbrechen (bei Affekterregungen und Ekelempfindungen) und zu Durchfällen und eigentümliche Idiosynkrasien gegen gewisse Speisen z. B. gegen Milchhaut, die zum Erbrechen reizen. Der Genuß von Fischen oder Erdbeeren führt zu Quaddelbildung auf der Haut (Urticaria). Am merkwürdigsten sind die Fälle, wo ein Ekel vor Fleisch besteht, das in jeder Form zurückgewiesen wird, und wo die geringsten Quantitäten von Eiereiweiß (auch bei Ausschluß jeder Autosuggestion, wenn es versteckt gegeben wird) an Vergiftung erinnernde Zustände (Erbrechen, Durchfälle, Schmerzen, Fieber) hervorrufen („Eierscheu“). Man kann ganz passend auch von Berührungsidiosynkrasien reden. Manche Kinder haben eine Scheu und direktes physisches Unbehagen bei der Benützung des Klosetts, beim Sitzen auf fremden Stühlen und bei der Berührung von Haaren, Samt, Seide und Watte. Dies ist etwas Grundverschiedenes von der bisweilen beobachteten

Kreuzbeingegend Hypertrichosis, häufiges Vorkommen der Fovea coccygea, fistelartige Einziehungen der Sacrococcygealgegend, an den Füßen Syndaktylie und Empfindungsstörungen für kalt und warm an den Zehen. Das Röntgenbild ergibt Spina bifida.

Überempfindlichkeit der Kopfhaut, der Haare und der Nägel.

M. H.! Ich habe Ihnen heute nur in Umrissen das vielgestaltige Bild der psychopathischen Konstitutionen im Kindesalter gezeichnet. Ihre Diagnose ist bei erschöpfender Erforschung des Entwicklungsganges und bei richtiger Kenntnis des Symptomwertes nicht schwer. Schwieriger ist die Frage: Welche Aussichten bieten, selbst eine richtige Behandlung vorausgesetzt, diese Kinder? Sehr verschiedene. Ein Teil kommt zu relativer Gesundung, behält aber einen wechselnden Gesundheitszustand fürs Leben; die Konstitution mit ihren Charakteren schwankt auf und ab. Gute Zeiten wechseln mit schlechten, in denen namentlich echte „neurasthenische“ Beschwerden das Bild beherrschen: im Durchschnitt bleiben diese Individuen aber fürs Leben brauchbar und leistungsfähig. Andere nehmen am Wendepunkt der Pubertät die definitive Entwicklungsrichtung zur vollentwickelten Neurose oder Psychose. Die Pubertät ist für jugendliche Psychopathen eine kritische Zeit erster Ordnung. Sie wirkt verschärfend auf die psychopathischen „Kinderfehler“ und läßt vor allen Dingen die Neigung zu ethischen Defekten stärker hervortreten. Auch der Hang zu den impulsiven Akten (Davonlaufen, Selbstmord) nimmt zu. Das Triebleben, vor allem der Sexualtrieb, greift nach den Jugendlichen. Sie geraten in Hörigkeit zu Personen anderen Geschlechts, die nicht selten dramatisch auf dem Boden der Eifersucht endet (Geliebten- oder Selbstmord). Schundliteratur und andere Phantasiereizmittel finden die stärkste Resonanz (Nachahmung von Sherlock-Holms-Geschichten, Bandenbildung). Hochstaplerische Tendenzen mit Schuldenmachen, betrügerische Manipulationen, Zechprellereien, Urkundenfälschung usw. schießen oft plötzlich auf der Basis der Großmannssucht des Pubertätsalters auf und helfen das Gewebe der Pseudologia phantastica spinnen¹⁾.

Die Affektstörungen mit den körperlichen und geistigen Begleiterscheinungen können hysterisches Gewand annehmen, die periodischen Verstimmungen sich zu ausgeprägten periodischen oder zirkulären Affektpsychosen fixieren. Ungünstig sind nach meinen Erfahrungen durchweg die Fälle mit Zwangselementen zu beurteilen, ebenso die mit neurotischem Gewissenszwang, Skrupulosität und

¹⁾ Mönkemöller, Die Psychopathologie der Pubertätszeit. Zeitschr. für Kinderforschung. Bd. 18. 1913.

Pedanterien. Die Gründe dafür habe ich Ihnen schon vorhin auseinandergesetzt. Ein Teil der kindlichen Psychopathen macht in der Pubertät eine hebephrenische Psychose durch, die zur „Heilung“ oder direkt oder in Schüben zum Defekt führen kann. In diese Kategorie gehören die Fälle, wo nach tadelloser Schullaufbahn mit dem Abschluß der Pubertät ein geistiger Entwicklungsstillstand und damit de facto ein Rückschritt eintritt. Besonders gefährdet sind die jugendlichen Individuen, wo die Psychopathie auf dem Boden schwerer degenerativer Vererbung erwächst. Sie bleiben, auch wenn sie das Schicksal vor geistigen Erkrankungen bewahrt, immer fragwürdige Existenzen, die Halffertigen, Willenlosen, die überall im Leben anstoßen und scheitern. Ihr mangelhaftes Urteil und ihre Selbstüberschätzung führt vielfach zu Konflikten, der Beruf wird häufig gewechselt. Sie unterliegen den Versuchungen des Alkohols oder des Morphiums. Bizarrerien im Charakter und Benehmen (Neigung zur Einsiedelei, dünkelfhafter Hochmut, Verschwendungssucht, Egoismus, auffallende Liebhabereien und Exzentrizitäten in der Lebensweise, im Sport usw.) sind die Veranlassung, daß auch der Laie die Empfindung hat, als stünde das psychopathisch-degenerierte Individuum stets mit einem Fuße im Irrenhause. Bei der Besprechung der Moral insanity werden wir diesen Existenzen wieder begegnen.

4. Vorlesung.

Neurasthenie und Chorea beim Kinde. — Behandlung konstitutionell-psychopathischer und neurasthenischer Kinder.

M. H.! Heute habe ich Sie mit einem Krankheitsbilde bekannt zu machen, das sich wegen seiner Genese und charakteristischen Symptomanordnung aus dem Gros der kindlichen psychopathischen Konstitutionen heraushebt, mit der Neurasthenie. Sie wissen, daß diese Neuropsychose eine häufige Erwerbung der Erwachsenen im Kampf ums Dasein ist. Faßt man aber den Krankheitsbegriff recht, so kann man dies vom Kindesalter nicht behaupten. Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß es viel mehr konstitutionell psychopathische und hysterische Kinder gibt als neurasthenische. Ich möchte die Neurasthenie des Kindesalters geradezu als eine Seltenheit bezeichnen. Vor allen Dingen darf auf ihre Häufigkeit nicht in der Weise geschlossen werden, daß man bei erwachsenen „Neurasthenikern“ nachforscht, ob einzelne von ihren nervösen Symptomen bis in die Kindheit zurückreichen. Oft handelt es sich dabei bejahendenfalls nur darum, daß kindliche Psychopathen später neurasthenisch geworden waren. Es empfiehlt sich, die Begriffe Nervosität und Neurasthenie auseinanderzuhalten. Ein nervöses Kind hat eine Veranlagung zu den verschiedensten neuropathischen Erkrankungen und kann auch neurasthenisch werden, ebenso wie ein originär gesundes, nur viel rascher und leichter als dieses. Die Erfahrung spricht sogar dafür, daß die „Schülerneurasthenien“ in der überwiegenden Mehrzahl prädisponierte Kinder betreffen, die in der Schule von jeher unter einem gewissen Mißverhältnis zwischen Wollen und Können, zwischen Anforderung und Leistung litten, sich zur Not über Wasser hielten und schließlich

an irgend einem Steine des Anstoßes zu Fall kamen. Das kann eine akute Infektionskrankheit sein, eine unzureichende Ernährung und hartnäckige Verdauungsstörung, große Sommerhitze, übertriebener Sport, exzessive Onanie, ein Trauma, fortgesetzte Überanstrengung des Akkommodationsapparates am Auge, intellektuelle Erschöpfung bei plötzlich gesteigerter Schulleistung. Daran ist besonders bei der Aufnahme einer neuen Sprache in den Lehrplan oder bei intensiv betriebenen Musikstudien neben der alltäglichen Schullast zu denken. Daß ein absolut gesundes Kind durch die Schule neurasthenisch wird, bestreite ich, wenn ich von vereinzelt Schülern der höheren Gymnasialklassen absehe, die entweder die Pflege von Allotria oder Stundengeben des materiellen Erwerbs wegen zu anhaltender Nacharbeit zwingen. Daß in diesen Jahren bisweilen auch der Alkohol- und Tabakmißbrauch am Übel nicht ganz unbeteiligt ist, kann nicht geleugnet werden.

Bei der Schilderung der neurasthenischen Symptome verweise ich Sie auf die Grundtatsachen, die ich Ihnen bei der Würdigung des ätiologischen Faktors der geistigen Ermüdung vortrug. Die Neurasthenie ist eine Ermüdungsneurose und wer die Wirkungen der Ermüdung, Dauerermüdung und Erschöpfung auf unser Nervensystem nicht kennt, versteht das Wesen der Erkrankung nicht. Ich habe dem damals Gesagten nur wenig hinzuzufügen. Wie beim Erwachsenen, so ist auch beim Kinde der Grundzug der Neurasthenie eine affektive Störung, die sog. reizbare Verstimmung, dadurch charakterisiert, daß kleine Anlässe intensive Unlustaffekte, vornehmlich Ärger und Zorn, auslösen. Bei Kindern, wo schon die normale Ermüdung weitgehende Stimmungsanomalien (launenhafte Ungezogenheit) weckt, ist es bei der neurasthenischen Dauerermüdung selbstverständlich, daß Ermahnungen und Strafen der Erzieher, Neckereien der Altersgenossen, kleine Mißgeschicke des Alltags Wein- oder Zornausbrüche hervorrufen. Nur selten und meist dann, wenn die Erschöpfung bereits hinüberführt ins Gebiet der Erschöpfungspsychose, sind die Kinder stumpf, für gewöhnlich aber reizsam, wehleidig, schreckhaft, geräuschempfindlich. Es ist immer ein schlimmes Zeichen, wenn ein Kind über Lärm klagt und selbst keinen Lärm mehr macht. In dem ganzen Gebaren fällt eine Hast und Unstetigkeit auf. Die Sprache ist schnell, überstürzend; die Finger und Füße können

nicht recht still gehalten werden. Dazu treten die Aufmerksamkeitsstörungen, die ich Ihnen früher bei der Ermüdung schilderte, und steigern die motorische Unruhe. Die ausgestreckten, gespreizten Finger zittern; die Augenlider flattern, wenn man die Kinder in militärischer Haltung mit geschlossenen Augen stehen läßt. Die Extremitäten sind kühl, die Hände feucht, dagegen nicht selten der Kopf und die Ohren heiß. Die meisten Kinder klagen über Herzklopfen, und der untersuchende Arzt findet eine beschleunigte, unregelmäßige Herzaktion (rasche Änderung des Schlagrhythmus bei minimalen Bewegungen z. B. Aufrichten aus der Horizontalen). Die Kniephänomene sind gesteigert. Der Appetit ist mangelhaft, der Stuhlgang meist angehalten. Sehr prägnant sind die Störungen des Schlafes. Abends werden die Kinder nicht schläfrig, sondern „angeregt“, wollen nicht ins Bett, liegen stundenlang wach und wachen morgens nach einem vielfach unterbrochenen und traumgequälten Schläfe müder auf, als sie sich niederlegten. Die „nervösen“ Kinder sind alle Morgenschläfer. Vor dem erschwerten Einschlafen klagt manches Kind über ideenflüchtiges Zwangsdanken: die Ereignisse des Tages ziehen kaleidoskopartig, sich mit beginnenden Traumgebilden im Halbschlaf mengend, an dem geistigen Auge vorüber. Ängstliche Oppressionsempfindungen auf der Brust scheuchen den leisen Schlummer immer wieder weg.

Vielfach beklagen sich die jugendlichen Neurastheniker über rasche geistige Ermüdbarkeit, erschwerte Konzentration, mangelhafte Merkfähigkeit und schlechtes Gedächtnis und gehen auch tatsächlich in den Schulleistungen zurück, um so mehr, je höher sie in den Klassen aufrücken. „Von Jahr zu Jahr wird das Kind nervöser“ berichten die Eltern, „und seine Leistungen immer geringer“. In solchen Fällen empfiehlt es sich, genau zu prüfen, ob nicht angeborene Debität (Schwachbefähigung) die Grundlage der neurasthenischen Erkrankung bildet. Man muß sich hüten, den angeborenen Intelligenzdefekt und aufgepfropfte intellektuelle Ermüdungssymptome zu konfundieren.

Ich rate ferner bei jugendlichen Individuen, namentlich in den Pubertätsjahren, beim Vorhandensein „neurasthenischer“ intellektueller Ermüdungssymptome mit der begleitenden reizbaren Stimmungslage die Möglichkeit einer beginnenden, langsam sich entwickelnden schweren psychischen Er-

krankung nicht aus dem Auge zu lassen. Ich erinnere nur an die Anfangsstadien mancher hebephrenischer Psychosen, die in ihrer stillen Entwicklung die Schwere des herannahenden Unglücks kaum vorausahnen lassen. Die Klagen über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, eine gewisse Zerfahrenheit im Denken, eine leichte Abnahme des Gedächtnisses, eine auffallende Hemmung im Gedankenablauf, ein verstimmtes, reizbares, empfindsames Gebaren werden oft mit der bequemen Diagnose der Neurasthenie gedeckt, und in einer bestehenden „Blutarmut“, in der Pubertätsentwicklung, in anstrengenden Schuljahren ein scheinbar plausibler Grund für das Leiden gefunden. Bedenkt man, daß eine nicht geringe Zahl jugendlicher Individuen durch die eigenartigen, unter neurasthenischen Beschwerden sich einleitenden, progressiv oder in Schüben verlaufenden geistigen Schwächezustände, die den Ausgang gewisser Formen der Dementia praecox darstellen, im Leben geistig, moralisch und materiell Schiffbruch leiden, so erscheint die Forderung gerechtfertigt, bei der Diagnose der „neurasthenischen“ Erkrankung Jugendlicher weitere Gesichtspunkte walten zu lassen. Bei anderen Kindern verbirgt sich hinter neurasthenischer Insuffizienz ein plötzlicher Stillstand in der Entwicklung, ohne daß sonstige Zeichen psychischer Erkrankung zu entdecken sind. Man kann von einem bestimmten Zeitpunkt an das Ausbleiben des geistigen Fortschrittes notenmäßig feststellen. Bei bisher ganz guten Schülern werden die Leistungen minderwertig. Gedächtnis, Urteil, Phantasie und die geistige Spannkraft sind den steigenden Ansprüchen nicht mehr gewachsen und bei Versuchen mühsamen Ausgleichs der Mißerfolge durch vermehrten Fleiß melden sich Kopfschmerzen und schlechter Schlaf. Man spannt die „neurasthenischen“ Kinder aus, behandelt sie, sie erholen sich körperlich ausgezeichnet, aber der Duft der psychischen Persönlichkeit ist unwiederbringlich verloren. Das Kind ist relativ defekt geworden, sozusagen auf die Stufe der angeboren Debilen zurückversetzt und bleibt immer rückständig. Seien Sie also in der Taxierung intellektueller Ermüdungs- und Ausfallssymptome bei Kindern vorsichtig!

Unter den subjektiven Beschwerden wird das Kopfweg am öftesten genannt, weniger oft der Rückenschmerz beim Sitzen. Bezüglich des ersteren ist zu unterscheiden zwischen dem sogenannten anämischen Kopfschmerz, der meist nach längerem Verweilen

in der schlechten Luft der Schulstube auftritt und in die Stirn- oder Schläfengegend lokalisiert wird, und dem neurasthenischen Kopfdruck, der als ein drückendes, spannendes oder krampfendes Gefühl über die ganze Schädeldecke hin empfunden wird und die Kranken den ganzen Tag nicht losläßt. Auch über Hitze im Kopfe wird geklagt. Auf der Scheitelregion finden sich auffallend heiße Stellen. Einzelne Dornfortsätze der Hals- und oberen Brustwirbelsäule sind druckempfindlich.

Die *Asthenopia nervosa* (Wilbrand und Sänger) neurasthenischer Kinder beruht auf einer Schwäche der Akkommodationsmuskeln der Augen. Beim Lesen jammern die kleinen Patienten über einen stechenden Schmerz in den Augen und in der Stirn; es flimmert ihnen vor den Augen, die tränen. Die Buchstaben und Zeilen verschwimmen. Um besser sehen zu können, rücken die Kinder das Buch immer näher und drehen es der Lichtquelle zu. Die Anstrengung beim Lesen ist an dem Runzeln der Stirne, Zusammenkneifen der Augenlider und anderen grimassierenden Innervationen des Gesichts zu erkennen.

Gehäufte Klagen über körperliche Schmerzen müssen den Verdacht auf eine Komplikation der bestehenden Neurasthenie durch Hysterie erwecken; besonders die halbseitige Anordnung von Schmerzdruckpunkten am Kopfe, in den Zwischenrippenrumen, am Abdomen sprechen für Hystero-Neurasthenie. Im allgemeinen ist der suggestive Einfluß auf echt neurasthenische Symptome, wie leicht verständlich, außerordentlich gering. Die Flüchtigkeit, Variabilität und suggestive Veränderlichkeit zum Schlechten und Guten spricht für den hysterischen Untergrund der „Neurasthenie“. Einen derartigen Mischfall von kindlicher Hystero-Neurasthenie will ich Ihnen mitteilen.

Nr. 16. Rudolf M., 9 Jahre alt, ist das einzige Kind seiner Eltern. Sein Vater ist körperlich gesund, aber sehr „weich“. Er weint bittere Tränen, wie er mir die Leidensgeschichte seines Jungen erzählt. Dieser war immer ein zartes Kind und wurde zart behandelt. Er steht im 2. Schuljahre und sitzt als Erster. Seit der Schulzeit klagt der Knabe über Kopfschmerz und kalte Füße, ist schlecht, weil es ihm beim Essen im Halse wrge, und ist immer müde. Vor 8 Wochen machte er eine Influenza durch. Seitdem verschlimmerte sich der Zustand. Der Knabe hat dauernden Kopfschmerz, den er in die Stirne lokalisiert, und Schwindel. Er ließ sich oft führen, weil ihm so schwindelig war. Beim Lesen verschwammen ihm die Buchstaben. Nach kurzem Spielen oder Laufen klagte er laut über den Kopf. Die Untersuchung ergab nichts, als eine offenbar übertriebene Schmerzhaftigkeit der

Kopfperkussion. Bei der Anamnese stellte ich an den Vater in Gegenwart des Jungen die Frage, ob er zuweilen auch erbrochen habe, was der Vater verneinte. Am nächsten Tage nach dem Erwachen das übliche heftige Kopfwerehen und — Erbrechen beim 1. Frühstück! Ich sagte vor dem Knaben, daß er erst dann wieder zu den Eltern käme, wenn er ganz gesund sei. In 3 Tagen waren ohne jegliche Kur, durch einfache Suggestivbehandlung Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen beseitigt. Der Junge tollte frisch im Garten umher.

Hier sehen Sie die Macht der Krankheits- und Gesundheits-suggestion beim hysterischen Kinde. Der Knabe hatte zur hysterischen Veranlagung reelle neurasthenische Beschwerden geringfügiger Art hinzubekommen, die in der Atmosphäre des elterlichen Verzuges sich üppig entfalteten.

Eine Schulkrankheit *κατ' ἐξοχήν*. die ich zweckmäßig gleich hier anreihe, ist der sogenannte Veitstanz, die Chorea St. Viti, auch Sydenhamsche Chorea genannt. Sie steht insofern mit den psychopathischen Konstitutionen und der Neurasthenie in Zusammenhang, als die ersteren auch für die Chorea besonders disponiert erscheinen und die letztere oft die Basis ist, auf der sich Chorea aufpfropft. Zur Psychopathologie rechne ich den Veitstanz in ganz besonderer Absicht: einmal spielen in seiner Ätiologie psychische Momente eine hervorragende Rolle, zum anderen weisen die choreatischen Kinder so deutliche psychische Alterationen auf, daß es geradezu fehlerhaft wäre, den Begriff des Veitstanzes durch die motorische Komponente des Krankheitsbildes als erschöpft anzusehen. Das hervorstechendste Symptom sind zweifellos unwillkürliche unkoordinierte, zuckende Bewegungen, deren Charakteristikum ist, daß sie sich durch Affekterregungen und — im Gegensatz zum Tic — durch den Willensimpuls verstärken, im Schlafe aber pausieren. Die Mehrzahl der Erkrankungen fällt in die Zeit vom 5.—15. Lebensjahr; die Mädchen werden häufiger ergriffen als die Knaben (im Verhältnis von etwa 3 : 1). Sicherlich kommen mit zunehmendem Alter (Pubertät) die Mädchen noch mehr in die Überzahl. Ich habe dabei nur die echte Chorea im Auge, ihr hysterisches Ebenbild schalte ich bei der Berechnung aus. Es ist zwar für das schulpflichtige Alter von größter Bedeutung, da auf dem Wege der Nachahmung (psychischen Infektion) in Pensionaten oder Schulen wahre Chorea-Epidemien entstehen können, so umfänglich, daß der Klassenschluß nötig ist. Es handelt sich aber dabei nicht um eine epidemische

Verbreitung der Chorea, sondern meist um eine epidemieartige Vervielfältigung des hysterischen Abklatsches einer echten Chorea oder um choreiforme Bilder vulgärer Hysterie.

Die meisten Chorea-Kinder weisen eine zarte, anämische, nervös-reizbare Allgemeinkonstitution auf. Als auslösende Momente treten die verschiedensten Faktoren in Mitbewerb. Schreck und Gemüterschütterungen spielen wohl die Hauptrolle, ebenso pädagogische Mißgriffe inner- und außerhalb der Schule: Beschämungen, Bestrafungen, körperliche Züchtigungen, neben den depressiven Affekten der Examens- und Zensurfurcht. In einigen Fällen ist die Überanstrengung zarter Geschöpfe direkt als Ursache nachweisbar. Junge Mädchen bekommen den Veitstanz, nachdem sie einige Wochen mit Klavierunterricht gepeinigt worden waren. Gerade in diesen Fällen ist ein „neurasthenisches“ Vorstadium unverkennbar. Masturbation, Zahnextraktionen, Bandwürmer, Phimosen usw. sind in ätiologischer Hinsicht mit Vorsicht zu betrachten. Im wesentlichen gilt heutzutage die Chorea als eine infektiöse Krankheit, wenn auch die Spezifität des Krankheitserregers noch keineswegs feststeht. Sicher ist der Zusammenhang zwischen dem akuten Gelenkrheumatismus und dem Veitstanz. Der Sitz des Angriffspunktes im Zentralnervensystem ist nicht eindeutig zu bezeichnen. Man weiß, daß die basalen Ganglien enge Beziehungen zur Chorea haben; aber auch das Kleinhirn (Nucleus dentatus) und seine Verbindungen mit dem Mittelhirn (Bindearme), der Nucleus ruber usw. müssen in Betracht gezogen werden. Man ist darüber noch nicht einig geworden, ob die Chorea bedingt sei durch kapilläre Embolien und Verstopfungen feinsten Blutgefäße der genannten Hirnteile durch Thromben, die von der mit dem Gelenkrheumatismus so häufig verknüpften Herzklappenentzündung (Endokarditis) herrühren, oder ob das Zusammentreffen von Rheumatismus, Herzklappenentzündung und choreatischer Hirnreizung gleichwertig auf einem infektiösen oder toxischen Agens beruhe. Jedenfalls konstatiert man auffallend oft chronische Herzklappenveränderungen (Mitralsuffizienz ist das häufigste) bei Choreakranken neben der Angabe des überstandenen akuten Gelenkrheumatismus. Die Beziehungen der Chorea zu infektiösen Prozessen einerseits und zu den basalen Ganglien andererseits sind durch die Encephalitis choreatica bei Grippeerkrankungen neuerlich gestützt worden.

Die Erkrankung entwickelt sich meist mit Vorläufererscheinungen neurasthenischer Art. Die Kinder werden reizbar, verstimmt, quengelig, „ungezogen“. Sie klagen über Mattigkeit, schlechten Appetit, leichte Schmerzen da und dort. Gar bald merkt man die beginnende Unruhe, das Spielen mit den Fingern an Haar und Kleidern und leichte Grimassen der Gesichtsmuskulatur (Nasenrümpfen, Schnüffeln, Verziehen der Mundwinkel, Stirnrunzeln, Blinzeln). Die Schrift wird zitterig, fahrig und überschreitet die Linien, die Handarbeiten werden flüchtig und minderwertig. In den Schreibheften treten viele Kleckse auf. Da gibt es wohl manchen Tadel und Strafen, und die psychische Erregung bringt den Stein rasch ins Rollen. In wenigen Tagen ist der Veitstanz da.

In den verschiedensten Muskelgebieten herrscht eine bunte Unruhe: Ohne Zweck spielen die Finger, die Hand wird gebeugt, gestreckt, gedreht, der Arm ab- und adduziert, die Schultern gehoben und gesenkt. Der Rumpf wird von einer Seite nach der anderen geworfen, die Stirne gerunzelt, der Mund verzogen. Dabei hüpfst das Kind von einem Beine auf das andere, die Kniegelenke werden bald abnorm gebeugt, bald durchgedrückt, die Füße versetzt. In schweren Fällen ist das Gehen und Stehen durch die fortwährenden unwillkürlichen Bewegungen der Beine unmöglich. Die Zunge wälzt sich im Munde hin und her; oft beißt sich das Kind darauf. Das Fahrige in den Bewegungen nimmt bei gewollten Muskelleistungen zu, und der schließliche Bewegungseffekt wird durch die Mitbewegung nicht willkürlich innervierter Muskelgebiete grotesk. Sollen die Kinder z. B. eine gefüllte Tasse zum Munde führen, so fährt der Arm aus, der Inhalt spritzt aus der geschleuderten Tasse und mit einem Ruck schlägt sie gegen die Zähne oder auf den Tisch zurück. Die intendierten Bewegungen erfolgen blitzschnell, gerade als ob das Bestreben obwalte, mit einer schnellen gewollten Aktion durch den Wirrwarr der ungewollten möglichst rasch und glatt hindurchzukommen. Will man die Zunge gezeigt haben, so wird sie ganz rasch herausgeschleudert und verschwindet sofort wieder im Munde. Von Schreiben ist nun keine Rede mehr. Die Kinder müssen gefüttert werden. Kauen können sie meist nicht; auch bei flüssiger Ernährung liegt wegen der unwillkürlichen Bewegungen der Schlingmuskulatur die Gefahr des Verschluckens sehr nahe. Infolge der Beteiligung der Zungen-,

Kehlkopf-, Brust- und Bauchmuskeln bekommen Sprache und Atmung etwas Abgehacktes und Stoßendes. Zunge und Lippen erzeugen eine Menge schmatzender oder schlürfender Geräusche. Alle Affekterregungen steigern die Muskelunruhe, schon die Beobachtung und der bloße ärztliche Besuch. In schweren Fällen kann man sehr treffend von einer vollkommenen „Muskelanarchie“ sprechen. Der Körper wird wie ein Spielball hin- und hergeworfen, Extremitäten, Kopf und Rumpf werden brüsk gegen Wand und Bettstelle geschlagen, so daß man das Kind vor ernster Beschädigung hüten muß. Durch die gestörte Nahrungsaufnahme und die Muskelunruhe leidet der Kräftezustand. Der Schlaf wird unmöglich. Zuweilen stellen sich Temperatursteigerungen von bedenklicher Höhe ein. Ich habe ein kräftiges 17jähriges Mädchen unter hyperpyretischen Temperaturen (42°) verloren. Allgemeine Entkräftung mit fettiger Degeneration des Herzmuskels ist dann die Todesursache. Immerhin sind Todesfälle eine Seltenheit (3—5 %). Sonst verläuft die Erkrankung in 6—12 Wochen und darüber zur Heilung. Leichte Fälle heilen schon in 3—4 Wochen. Am längsten halten sich die choreatischen Bewegungen im Gesicht und in den Fingern. Leider hat die Chorea die üble Neigung zum Rückfall; 1—2 Rückfälle sind gewöhnlich.

Schwere Psychosen in Form von Depressionszuständen, maniakalischen Erregungen, halluzinatorischer Verwirrtheit, wie sie auf dem Boden der Chorea bei Erwachsenen vorkommen, fehlen auch beim Kinde nicht. Meist bleibt es aber bei einer gewissen Labilität der Affekte, einer Neigung zu weinerlicher Reizbarkeit oder zu zornmütiger Erregung. Auf diese psychischen Anomalien ist auch während der ganzen Rekonvaleszenz zu achten, um Schwererem vorzubeugen. Noch lange, nachdem alle choreatischen Bewegungen abgeklungen sind, bewahren die Kinder eine psychische Vulnerabilität, sind schwer lenkbar und eigensinnig, zur Einsamkeit geneigt, speziell auch zu erhöhter, zuweilen stürmischer Herztätigkeit. In einigen Fällen habe ich erlebt, daß die Kinder tätlich gegen die Eltern wurden; ein Mädchen meiner Klientel ließ sich einmal im Zornaffekt hinreißen, die Fenster zu zertrümmern.

M. H.! Nachdem wir so einen Überblick über die konstitutionell psychopathischen („nervös“ veranlagten), neurasthenischen und choreatischen Kindercharaktere gewonnen haben, will ich Ihnen

im Zusammenhang die Grundsätze ihrer Behandlung darlegen. Das Wichtigste ist eine rationelle Vorbeugung, deren Hauptgesichtspunkte ich Ihnen in der 2. Vorlesung gab. Ich verweise heute, um Wiederholungen zu vermeiden, darauf. Hinzufügen möchte ich aber, daß ich, wenn die eigene Häuslichkeit eine Prophylaxe nicht garantiert, stets für Verpflanzung in andere Verhältnisse bin. Besonders nötig ist dies, um ein erblich prädisponiertes Kind fehlerhaften Erziehungseinflüssen der hysterischen Mutter zu entziehen. Prophylaktiker gehören in eine gesunde Umgebung, am besten in die Miterziehung mit anderen gesunden Kindern, wo sie „Stein unter Steinen“ sind, zumal wenn sie die „einzigen“ Sorgenkinder in einer Familie darstellen. Bei normaler Intelligenz bin ich für den Besuch der Normalschulen. Zu den Prophylaktikern rechne ich die Kinder, die nachweislich erblich belastet sind und diese Belastung durch leichte psychopathische Stigmata (Affektstörungen, disharmonische intellektuelle Entwicklung, Phantasiewucherungen, Wehleidigkeit, Andeutung von Zwangselementen, Pedanterie, Gewissenszwang, Schüchternheit, Neigung zu Schlafstörungen, Tics) dokumentieren. Die Ihnen bekannten körperlichen und psychischen Degenerationszeichen können bei der Taxe mitsprechen. Manche von ihnen passen zunächst nicht in die Normalschulen, sondern bedürfen einer individualisierenden Behandlung, die bis über die Pubertätsjahre hinaus auf eine harmonische Entwicklung des Geistes und Körpers nach festen Prinzipien, nicht nur auf den Unterricht, sondern auf die Erziehung einer Persönlichkeit und auf die Bildung des Charakters Rücksicht nimmt. Am ehesten ist dies in gutgeleiteten Pensionaten möglich, wo das Zusammenleben von Älteren und Jüngeren eine körperliche und geistige Abhärtung, eine Übung in der Selbstzucht und im Selbstvertrauen und eine Unterordnung unter die Grundsätze eines auf altruistischen Fundamenten ruhenden Gemeinwesens fordert und bietet. Es ist nicht gleichgültig, wo derartige Kinder aufwachsen. Der Schauplatz der Erziehung ist ausschlaggebend für ihren Erfolg. Wie wir den schädlichen Einfluß der Großstadtluft auf Körper und Geist des Kindes bemerken, ihre einseitige Reizung der Phantasie, ihre Verführungen zum Luxus, Wohlleben und Laster, so können wir die Kräftigung des kindlichen Gesamtorganismus fördern durch den Aufenthalt in gesunder Luft, schöner Natur und in einem ländlichen Heime, das dem Kinde Gelegenheit

zu hygienischen Körperübungen, täglicher praktischer Arbeit und Bewegung in Garten, Feld und Wald oder zur Betätigung in der Werkstätte bietet. Spiel und Sport allein erfüllen nicht den vollen erzieherischen Zweck, sondern erst die Anleitung zur praktischen Auffassung der Umwelt und zur individuellen Mitwirkung an ihrer Gestaltung. Gerade die nervösen Konstitutionen, die zum Innenleben, zur Selbstbetrachtung, Träumerei und Phantasie neigen, bedürfen von Jugend auf einer die Wirklichkeit erfassenden Übung der Sinne und Hand, einer Einführung in die richtige Bewertung alles dessen, was das Leben vom einzelnen an Pflicht und Arbeit fordert. Ein Gegengewicht gegen die dröhnende Nervosität dieser Kinder ist nicht in der Aufstapelung von Schulwissen gegeben. Das macht den Geist öde und beschwert den Leib, wenn die Erziehung nicht zugleich eine Persönlichkeit aus dem Kinde formt, die durch Idealismus und Optimismus, durch Begeisterung für das Schöne und Gute und durch ein tiefes Gefühl sittlicher Verantwortung der Gesamtheit gegenüber von der egozentrischen und egoistischen Ichbetrachtung losgerissen wird. Es wäre zu wünschen, daß diese Erziehungsprinzipien, die für die deutschen Landerziehungsheime (Lietz) maßgebend sind, auch unseren nervösen Prophylaktikern im weitesten Maße zuteil würden.

Ich habe schon früher nachdrücklich gefordert, nervös veranlagte Kinder möglichst lange der Schule fernzuhalten, wenn sie zart und schwächlich an Körperkonstitution sind. Bei der Auswahl der Schule soll das Maß der intellektuellen Begabung und nicht der soziale Rang und Stand des Vaters maßgebend sein. Schwächer begabte neuropathische Kinder, denen die Bewältigung des normalen Schulpensums Mühe macht, die schon in den ersten Schuljahren hinter ihren Altersgenossen zurückbleiben, sollen frühzeitig geschont werden, anstatt daß der kurzsichtige Ehrgeiz der Eltern mit allen Mitteln die Erfüllung von Schulleistungen durchzudrücken sucht, die dem intellektuellen Niveau des Kindes nicht entsprechen. Das fortgesetzte Pressen unter pädagogischem Hochdruck ist sinnwidrig und zwecklos und bei nervösen Konstitutionen langes Experimentieren gefährlich. Erinnern Sie sich, was ich über ihre gesteigerte Ermüdbarkeit und die Konsequenzen ihrer Ignorierung gesagt habe! Es ist zu spät, wenn den Eltern erst dann die Augen aufgehen, wenn schwerere psychopathologische Sym-

ptome oder ethische Verfehlungen, die geistigen Erschöpfungszuständen entspringen, ein Eingreifen gebieterisch erheischen (Trüper). Bei manchen Schülern reicht die nervöse Spannkraft immer nur für Monate, aber bei rechtzeitig eingefügten Erholungszeiten gleicht sich die Erschöpfung immer wieder aus. Gegen Ende des Schuljahres, in heißen Sommern, fallen sie ab, schlafen und essen schlecht, werden reizbar und gehen in den Schulleistungen zurück. In den großen Ferien erholen sie sich wieder, besonders wenn der Geldbeutel der Eltern eine Sommerfrische an der See oder im Gebirge erlaubt. Es ist ein Segen, daß neuestens durch die Ferienkolonien und Kindererholungsstätten vom roten Kreuz auch die Kinder armer Volksschichten gesunden Ferienaufenthalt geboten bekommen. Unter den blassen, schlechtgenährten Proletarierkindern der Großstädte wimmelt es von Nervosität und Psychopathie. Es versteht sich von selbst, daß der Schulbesuch ausgesetzt werden muß, ohne Rücksicht auf die Ferien, wenn die „Nervosität“ ein reines Produkt der Schule ist. Echte Schulneurasthenien heilen erst dann, wenn der Schuldruck monatelang wegfällt. Die gleiche Behandlung verlangen die Schüler, die sich nach einer schweren körperlichen Erkrankung neben den Schulleistungen nicht erholen können oder solche, die (gewöhnlich an der Grenze des Pubertätsalters) deutliche Symptome von Chlorose oder Anämie zeigen. In den meisten aller dieser Fälle habe ich die günstigsten Erfahrungen mit monatelangem Aufenthalt an der See gemacht. Ich kann die Nord- und Ostseebäder in gleicher Weise rühmen. Die appetitanregende Seeluft und die gesunde Bewegung am Strande tun manchmal geradezu Wunder. Außerdem lasse ich regelmäßig warme Seebäder nehmen (26° R., langsam fallend im Verlauf von Wochen auf 18° R.).

Für nervöse Kinder mit „skrophulöser Diathese“ empfehle ich die Soolbäder des Binnenlandes (Sulza, Kösen, Dürrenberg, Münster a. Stein usw.) und lasse bei katarrhalischen Prozessen der Luftwege und adenoiden Wucherungen gradieren. Handelt es sich um sehr abgemagerte, chronisch unterernährte Patienten, so bevorzuge ich die kombinierte Freiluftliege- und Mastkur, die ich zu Hause oder in einem Waldluftkurort durchführen lasse. Ihr Prinzip ist die zweistündliche Darbietung kleiner Mahlzeiten. Ich lasse die Kinder nicht den ganzen Tag

liegen, sondern gestatte stundenweises Sitzen und kurze Spaziergänge. Das macht die Kleinen williger und verhindert kindlichen Unfug. Geistige Betätigung wird nach Vorschrift in steigender Dosierung mit zunehmender Kräftigung gestattet. Das Körpergewicht wird als Maßstab für die Hebung der Gesamternährung von Woche zu Woche kontrolliert. Die Klagen über „Kopfweh“ ignoriere man am besten. Das trefflichste Mittel dagegen ist die frische Luft. Nur selten greife ich zu Kopfgalvanisation und Nackenmassage. Antineuralgica (Antipyrin, Phenacetin usw.) gebe ich einem Kinde nie. Etwaiges Erbrechen wird durch Leibumschläge, Faradisation des Magens, kleine Dosen von China-Rhabarbertinktur und, last not least, durch psychische Autorität bekämpft. Bei der leider sehr häufigen Verstopfung verwende ich Leibmassage und Obst (Apfelmus, Pflaumen, Feigensaft). Handelt es sich um nachweisliche (!) Blutanomalien (Anämie oder Chlorose), dann sind Eisenpräparate am Platze, z. B. das Levico-Wasser, Hämatogen, Eisentropon oder Jodeisenlebertran. Im übrigen warne ich vor kritiklosem Schematismus. Man heilt auch bei den Kindern nicht alles mit „Eisen“.

Von den Spezialsymptomen bedürfen die Störungen des Schlafes besonderer Behandlung. Die Erkennung ihrer Ursache ist unerlässlich. Handelt es sich um leicht erregbare, abends übermüdete Kinder, so ist eine körperliche und geistige Schonung in den Nachmittags- und Abendstunden, frühes Abendbrot und zeitiges Zubettgehen nötig mit der wichtigen Belehrung, durch Ruhigstellung aller Muskeln die Schlafatmosphäre zu begünstigen. Man kann diese Suggestion fördern durch die bekannten hydropathischen Vollpackungen (bei ängstlichen Kindern eventuell nur bis unter die Arme!), die man 1 Stunde nach dem Abendbrot, 20—24^o R. warm, eine Stunde lang appliziert. Man kann den Effekt dadurch verstärken, daß man auf 1 Eimer Wasser eine handvoll Staßfurter Badesalz hinzufügt. In vielen Fällen kommt man damit allein aus. Wenn nicht, so gebe ich vor dem Abendbrot Brom (1,0 Bromsalze in Wasser gelöst) und eventuell vor dem Schlafengehen oder während der Packung eine zweite Dosis. Dieses Mittel tut besonders gute Dienste, wenn ein aufgeregtes Traumleben die geringe Schlaftiefe fortdauernd stört oder wenn bei der bei neurasthenischen Kindern regelmäßigen Überempfindlichkeit des Gehörorgans jedes kleine Geräusch den Schläfer weckt.

Von eigentlichen Schlafmitteln sehe ich im Kindesalter prinzipiell ab, wenn nicht triftige Gründe vorliegen. Das Brom ist auch von guter Wirkung, wenn Sexualerregungen die Kinder nicht schlafen lassen. Bisweilen gebe ich in solchen Fällen den Monobromkampfer (0,1 pro dosi) am Abend. Hydropathische Packungen und Brom beseitigen auch am besten die mit der Dämmerung einsetzenden Angstzustände, das ideenflüchtige Zwangsgedanken und die gelegentlichen („hypnagogen“) Halluzinationen, vor dem Einschlafen. Es ist auch nicht gleichgültig, wie und wo das Kind schläft. Daß zu weiches, zu warmes und zu kaltes Lager unhygienisch ist, versteht sich von selbst. Weniger bekannt ist, wie ich Ihnen schon in der letzten Vorlesung sagte, daß die Reizung der Psychosexualität des Kindes durch Sehen und Hören sexueller Dinge mitschlafender Erwachsener den Schlaf beeinträchtigt und Pavor nocturnus-Zustände auslöst. Ich empfehle Ihnen, bei allen diesen nächtlichen, aus dem Schlafe ausbrechenden Angstanfällen den Versuch der Isolierung des Kindes zu machen.

Recht häufig wird der Arzt wegen des Bettnässens um Rat gefragt. Ich habe Ihnen schon letztthin angedeutet, daß diese lästige Erscheinung viele Gründe haben kann: psychische Indolenz, abnorme Schlaftiefe, sexuelle Träume, Epilepsie, organische Schwäche des Blasenschließmuskels, abnorme Reizbarkeit der Blasenwände bei zunehmender Füllung der Blase. Daraus ergibt sich die Konsequenz, daß man genau zusehen muß, wo der Haken sitzt, und ich räume gerne ein, daß oft nur ein tastendes Probieren zum Ziele führt. Lässigkeit erfordert pädagogische Maßnahmen; ich habe aber die traurige Erfahrung gemacht, daß die faulen Bettnässer, die im warmen Bette den Urindrang nicht rechtzeitig wahrnehmen, meist debil oder imbezill sind und daß bei ihnen die sorgsamste Erziehungskunst oft verloren ist. Bei abnormer Schlaftiefe ist regelmäßiges, mehrmaliges Wecken bei Nacht das wirksamste Mittel. „Schwäche des Blasenschließmuskels“ kann man mit elektrischer Behandlung (Faradisation der Blasengegend und des Dammes) zu bekämpfen versuchen. Bei der elektrischen Behandlung ist der suggestive Schmerzreiz (etwa durch Voltasche Wendungen mit schmerzhaften Kontraktionen) nicht zu unterschätzen. Alle massierenden Manipulationen sind nicht unbedenklich, weil sie sexuell reizen können. Trockendiät am Abend ist so selbstverständlich, wie die Entleerung der Blase vor dem Schlafengehen. Hochlagerung

des Fußendes des Bettes kann von Nutzen sein. Eine genaue Untersuchung des Urins ist unerlässlich. Bei alkalischem Harn ist Einschränkung von Gemüse und Obst und die Darreichung von Salzsäure, bei Superazidität die Vermeidung von Fleischnahrung und die Medikation von Natrium bicarbonicum zu empfehlen. Manche hartnäckige Fälle von Enuresis schwinden bei Kräftigung der Allgemeinkonstitution von selbst, manche trotzen jeglicher Behandlung. Zu achten ist auch auf das Moment der psychischen Ansteckung. Zweifellos gibt es „hysterische“ Bettnässer, die ihre Enuresis unbewußter Imitation verdanken. Hier ist Isolierung und Suggestivbehandlung wirksam. Da aber auch sonst bei jeder Form protrahierter Enuresis das psychische Moment eine große Rolle spielt, so sollte bei allen derartigen Kindern, soweit sie normal intelligent oder mindestens nicht schwachsinnig sind, die hypnotische Behandlung versucht werden. Je früher die Suggestivbehandlung einsetzt, um so schöner der Erfolg. Mißerfolge beruhen oft auf autosuggestiver Skepsis der Kinder wegen des Fehlschlagens anderweitiger Behandlungsversuche. Auf die vielseitigen Vorschläge ärztlicher Behandlung der Enuresis (z. B. Bromkämpfer, Kalkpräparate) einzugehen, ist hier nicht der Ort.

Kurz möchte ich auch noch die Therapie der Tics erwähnen. Sie ist ein Beispiel für die psychische Behandlung nervöser Kinder und doch in ihren Prinzipien noch recht unbekannt, so alt sie auch schon ist. Weder Massage noch Elektrizität, weder orthopädische noch medikamentöse Maßnahmen halte ich für so zweckmäßig wie die psychomotorische Zucht (Meige und Feindel), die in einfachen Muskelübungen besteht und darauf hinausläuft, durch geeignete gymnastische Übungen die Beherrschung der motorischen Impulse wiederherzustellen. Nach dem Vorgang von Brissaud kann man dabei zwei Arten von motorischer Hemmungsübung unterscheiden: 1. die Ruhigstellung der Tic-Bewegungen durch Übung der absoluten Stillhaltung der Muskeln des Tic-Gebiets unter Kontrolle der Uhr und des Spiegels und 2. die Bewegungen der aktiven Ruhigstellung der Tics durch langsame regelmäßige, auf Befehl ausgeführte Bewegungen der Muskeln des Tic-Gebiets. Namentlich bei den verschiedenen Tic-Formen der Gesichtsmuskulatur (Blinzeln, Grimassieren, Schnüffeln usw.) leistet die Spiegelübung mit steigender Zeitdauer Erfreuliches. Auch Kinder begreifen nach einer ordentlichen Erklärung des

Arztes den Zweck der Spiegelkontrolle vollkommen. Die aktiven Übungen müssen regelmäßig mehrmals wöchentlich vor dem Arzte wiederholt werden. Da es sich aber nur um einfache Hebung und Senkung, Streckung und Beugung, Drehung, Ein- oder Ausatmung usw. handelt, können verständige Eltern die Übungen zu Hause gut fortsetzen. Bei intelligenten Kindern erlebt man auch günstige Erfolge, wenn man ihnen die Weisung gibt, den Tic-Bewegungen stets aktiv die antagonistische Geste entgegenzusetzen. Schüttelt das Kind tic-artig mit dem Kopf nach links, so wird es belehrt, nach jedem Schütteln den Kopf sofort langsam nach rechts zu drehen. Leidet es an einem Kratz- oder Nasenbohrtic, so wird es verpflichtet, sofort den Arm möglichst weit auszustrecken, wenn es sich auf dem Kratzen oder Bohren oder auf dem Wege dazu ertappt. Wer einmal den einfachen Sinn und die prompte Wirkung dieser Hemmungstherapie erfaßt hat, findet leicht die erforderlichen Modifikationen von selbst.

Choreatische Kinder werden am besten in absoluter Bett-ruhe allen Einflüssen der Außenwelt entzogen und von der übrigen Familie isoliert, in schweren Fällen, wo die Muskulanarchie stark ist, im gepolsterten Kastenbett. Viel Ablenkung durch Spielsachen ist vom Übel. Ich gebe täglich lauwarmer Bäder (24° R. 5 Min.). Von Medikamenten sah ich das Beste vom Brom und gebe ohne Bedenken auf drei Dosen verteilt je nach dem Alter des Kindes 3—6 g pro Tag. Um in schweren Fällen Schlaf zu erzielen, verordne ich Chloralhydrat (1—1,5 g pro dosi) oder Amylenhydrat (3—4 g pro dosi) im Klystier. Empirisch hat sich bei der Chorea das Arsen bewährt. Man kann bei jeder Erkrankung einen Versuch damit machen. Man gibt bekanntlich am bequemsten die Fowlersche Lösung (Liquor kal. arsenicos.), indem man mit 3 × täglich 3 Tropfen beginnt und jeden 4. Tag um 3 Tropfen steigend bis 3 × täglich 12 Tropfen geht, worauf man in demselben Tempo wieder fällt. Auf Arsen-Intoxikationserscheinungen (Verdauungsstörungen, Konjunktivitis, Herpes usw.) ist dabei zu achten. Die Ernährung der choreatischen Kinder ist recht schwer und oft nur in flüssiger Form möglich. Der Schulbesuch ist erst dann gestattet, wenn auch der letzte Rest von unwillkürlichen Bewegungen verschwunden ist. Wenn es die Verhältnisse erlauben, schickt man die Kinder zur Erholung auswärts; Luft- und Szeneriewechsel tut auch bei Chorearekonvaleszenten ausgezeichnete Dienste.

M. H! Vergessen Sie bei aller Beachtung der Einzelsymptome bei nervösen Kindern die allgemeinpsychische Behandlung nicht! Kinder sind günstige Objekte für eine ihrem Ideenkreise angepaßte direkte Psychotherapie. In vielen Fällen werden Sie ohne diese gar nicht zum Ziel gelangen. Ich erinnere Sie wiederum an die Enurese, an die Masturbation, an die schlechten Angewohnheiten, Idiosynkrasien, an die Zwangs- und Angstvorstellungen. Spezielle Vorschriften lassen sich nicht geben. Hier heißt es: die Feste feiern, wie sie fallen. Das rechte Wort des Arztes am rechten Platze tut auch beim Kinde Wunder und der Glaube an seine Persönlichkeit mindestens ebensoviel wie beim Erwachsenen. Ich hypnotisiere Kinder, abgesehen von den Bettnässern und hartnäckigen Masturbanten, höchst selten, aber häufig tue ich so, als ob ich es wollte. Ich lasse die Kinder sich aufs Sopha legen, die Augen schließen, gebe ihnen einige beruhigende Suggestionen, lege die Hand auf ihre Stirne und spreche dann zu ihnen ernst, eindrücklich und langsam. Angstbetonte Vorstellungen werden so abgeschwächt, psychische Hemmungen und Bahnungen gegeben. Das mag für die ganz „Exakten“ wie Komödie aussehen. Ich kann Sie aber versichern, daß ich gerade beim Kinde — die nötige Intelligenz vorausgesetzt — dadurch mehr erreicht habe, als durch elektrischen Strom, Bäder und Eisenpillen. Von einer psychoanalytischen Behandlung der Kinder habe ich bei aller Wertschätzung Freudscher Gedankengänge prinzipiell abgesehen.

In vielen Fällen ist die negative Psychotherapie die wirksamste: die Ruhigstellung des Geistes. Darin liegt das Geheimnis der schönen Erfolge durch die Entfernung aus dem Elternhause, wo zuviel erzogen und gearztet wird, und durch die Aufhebung der Schullast, der Schulfurcht und der Schulsorgen bei psychopathischem Ehrgeiz. Ich habe Sie schon in der 2. Vorlesung eindringlich darauf aufmerksam gemacht, daß das überreizte und überlastete Kindergehirn mit schweren Affektstörungen reagiert, die jeder Erziehung trotzen und von selbst schwinden, wenn die Ursache richtig erkannt und entfernt wird. Bei krankhafter Übererregung, die sich durch motorische Unruhe, Tics, Ideenflüchtigkeit bis zur Inkohärenz und Schlaflosigkeit auszeichnet, ist Isolierung und Bettruhe angezeigt. Was den Geist anregt, wird vermieden. Langeweile — unter Aufsicht — ist auch Psychotherapie. Die

Bücher werden unter Verschuß genommen. Für die Bettruhe werden nur leichte mechanische Handfertigkeiten (Ausschneiden, Kleben, Modellieren, Kolorieren von Vorlagen) und Legespiele gestattet. Bei vielen nervösen Kindern erreicht man aber trotz aller Ruhigstellung keine psychische Ruhe, weil der Wille zu schwach ist, die motorischen Impulse zu regulieren und zu zügeln, und die Aufmerksamkeit zu springend, um eine Konzentration zu ermöglichen. Dazu kommt eine reizbare Ungeduld, die bei den geringsten Anlässen in Wein- oder Zornausbrüche ausartet. In solchen Fällen ist die systematische Gymnastik die wirksamste Psychotherapie. Sie zügelt die Hast, übt Willenshemmungen und verlangt Konzentration. Zu empfehlen ist die sogenannte Widerstandsgymnastik, bei der der Therapeut die Dosierung des Kraftaufwandes in der Hand hat, und das „handgeleitete“ heilgymnastische Turnen (Cron). Bei sehr ängstlichen Kindern, die überhaupt schwer unter hemmenden Affekten leiden, zumal aber nach der Versetzung in fremde Umgebung gegen alles und jedes passiven Widerstand leisten, beginnt die Psychotherapie am besten mit einfacher Massage, bis sie mit Arzt und Umgebung vertraut geworden sind. Allmählich überwindet man so das *Noli me tangere*. Wenn irgend möglich, so fange man bei allen nervösen Kindern bald mit der Anleitung zur praktischen Arbeit an. Sie ist die universellste Psychotherapie, wenn es der Arzt oder Pädagog versteht, dem Kinde solche Betätigungen zuzuweisen, die neben der Arbeitsbewegung praktische Arbeitswerte zeitigt und dadurch die Lust zum Schaffen und das Gefühl der wenn auch engumschriebenen Verantwortlichkeit erweckt. Haus und Garten liefern vom einfachsten bis zum schwersten dazu Gelegenheiten genug. Praktische Arbeit suggeriert dem Kinde das Bewußtsein körperlicher Leistungsfähigkeit und sozialen Zweckes, und ihr sittlicher Wert erhöht sich, wenn sie Hand in Hand mit Kameraden geschieht. Was keine Ermahnung der Eltern, keine Weisung des Arztes erzwingt, erreicht oft spielend das Beispiel eines Altersgenossen. Das sehen wir namentlich bei den schüchternen, skrupulösen und pedantischen Psychopathen. Abnorme Schreckhaftigkeit und Geräuschempfindlichkeit müssen systematisch abgestumpft werden. Bei der ersteren ist eine Hemmungstherapie am Platze, die das Kind lehrt, plötzlich einwirkende Sinnesreize ohne Unlustempfindungen und übertriebene

Reflexbewegungen zu ertragen. An Geräusche gewöhnt es sich am besten, wenn es selbst solche macht beim Laubsägen oder in der Tischlerwerkstatt. Gesteigerter Affekterregbarkeit ist mit ruhiger Strenge oder — wenn es der Autorität keinen Abbruch tut — mit planmäßiger Ignorierung zu begegnen. Im Affekt ist jede Belehrung zwecklos, Strafen zweckwidrig. Am schwersten zu behandeln sind die heftigen Zornausbrüche. Durch Schläge werden Sie sie nicht brechen. Alle Veranlassungen zu Zornanfällen müssen peinlichst vermieden werden, am richtigsten dadurch, daß Sie solchen Kindern das Bewußtsein geben, unter einem dauernden erzieherischen Übergewicht zu stehen. Die vielfach vorgeschlagenen kalten Bäder und Packungen bei Zornaffekten sind meist im Momente, wo man sie braucht, nicht zur Hand und hinterher wirken sie auch nicht erzieherischer als ein anderer Strafvollzug, wie etwa der Abzug einer Vergünstigung, Zimmerarrest oder der Verzicht auf eine Lieblingsspeise für bestimmte Zeit. Prompt ernüchternd wirkt bei manchen Kindern im Zornaffekt, wenn man sie ganz affekt- und wortlos so lange mit überlegener mechanischer Kraft zur Bewegungslosigkeit zwingt, bis der Zorn verraucht ist. Wer nicht über die nötige Kraft verfügt, muß, namentlich bei größeren Kindern, dieses Experiment unterlassen, da es selbstverständlich nicht auf einen Ringkampf zwischen Kind und Erzieher hinauslaufen darf.

M. H.! Ich kann diese Vorlesung nicht schließen, ohne Ihnen noch die Fürsorge für die psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters ans Herz gelegt zu haben. Ich habe dabei hauptsächlich ihren „aktiven“ Typ im Auge. Daß sie eines möglichst frühzeitigen Schutzes und einer zielbewußten, sachkundigen Leitung bedürfen, ergibt sich aus ihren Charakteren, die ich Ihnen in der letzten Vorlesung geschildert habe. Die „erziehlichen“ Psychopathen müssen einer geeigneten Erziehung teilhaftig werden, sonst besteht die Gefahr, daß sie allmählich auf dem Wege der Verwahrlosung¹⁾ unerziehbar werden. Die „Unerziehbaren“ aber wachsen sich in der ungehemmten Freiheit zu sozialen Schädlingen aus, und was man an Heilerziehung spart — oder besser

¹⁾ Vgl. Gruhle, Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. 1912.

Vgl. Gregor und Voigtländer, Die Verwahrlosung, ihre klinisch-psychologische Bewertung und ihre Bekämpfung. 2 Teile. Berlin 1918.

gesagt, versäumt —, zahlt hinterher Staat und Gesellschaft zehnfach für ihren Aufenthalt in Arbeitshäusern, Gefängnissen und Zuchthäusern. Bei rechtzeitiger Behandlung wird dagegen eine namhafte Summe wirtschaftlicher Kräfte gespart, die sonst verloren gehen. Die schädlichen Milieuwirkungen (dissolutes Leben, Ausschweifungen, Alkohol, Syphilis, Unterernährung) lassen die psychopathischen Konstitutionen nicht selten zu vollentwickelten Geisteskrankheiten ausarten und das Ende mancher psychopathischen Existenz ist die Irrenanstalt. Es ist traurig, wenn man hört, welche Ausgänge jugendliche Psychopathen nehmen, wenn sie ihrem eigenen Schicksal überlassen bleiben. Denken Sie an die verschiedenen Stufenleitern: Taugenichtse, Vagabunden, Landstreicher; — Lügner, Schwindler, Zechpreller, Hochstapler; — Näscher, kleine Diebereien, Gewohnheitsdiebe, Einbrecher; — sexuelle Verführung, Schwängerung im jugendlichen Alter, gewerbsmäßige Prostitution der Mädchen; — vorzeitiger Sexualverkehr, geschlechtliche Infektionen, Zuhälter, homosexuelle Erpresser!¹⁾ Sehen Sie sich die Lebensläufe der Psychopathen an, die zur forensischen Begutachtung oder als Kranke in die Irrenanstalten kommen! Die markantesten Etappen in ständiger Abwechslung sind: Zwangserziehung, Gefängnis, Krankenhaus, Arbeitshaus, Zuchthaus, Irrenanstalt, Selbstmordversuche.

Der Wege und Ziele der Fürsorge für psychopathische Kinder und Jugendliche²⁾ sind viele. Ich kann Ihnen

¹⁾ Vgl. Stelzner, Die psychopathischen Konstitutionen und ihre sociologische Bedeutung. Berlin, S. Karger. 1911.

²⁾ Vgl. dazu Stier, Erkennung und Behandlung der Psychopathie bei Kindern und Jugendlichen, Beiträge zur Kinderforschung und Heilpädagogik. Langensalza, Beyer & Mann. Heft 161.

Jolly, Die Ursachen und ärztliche Behandlung der psychopathischen Konstitutionen, ebenda. Heft 177.

Moeli, Über die Bedeutung der Psychopathenfürsorge, ebenda. H. 160.

Kramer, Psychopathische Veranlagung und Straffälligkeit im Jugendalter, ebenda. Heft 162.

Anton, Bedeutung der Psychopathen im öffentlichen Leben und öffentliche Fürsorge für Psychopathen, ebenda. Heft 164.

Dietrich, Beobachtungsheime f. jugend. Psychopathen, ebenda. H. 165.

v. d. Leyen, Schutzaufsicht über psychopath. Kinder, ebenda. H. 166.

Böttcher, Berufsberatung für psychopath. Jugendliche, ebenda. H. 167.

Trüper, Psychopathische Minderwertigkeiten als Ursache von Gesetzesverletzungen Jugendlicher, ebenda. Heft 8.

nur einige Richtlinien geben. Auf die Fürsorge der Jugendlichen im Strafrecht werden wir bei den Schwachsinnigen ausführlich zurückkommen (vgl. 11. Vorlesung). Einstweilen nur folgendes: Es ist ein Glück, daß das Gesetz über die Fürsorgeerziehung vom 1. 4. 1901 uns die Möglichkeit gibt, energisch in die Erziehung psychopathischer Jugendlicher einzugreifen, sei es, daß die Voraussetzungen des § 1666 B.G.B. zutreffen oder im Strafverfahren der § 56 Abs. 2 St.G.B. angewendet wird. Eine große Menge jugendlicher gefährdeter Existenzen entrinnt auf diese Weise dem Zustande der Verwahrlosung in den Schutz öffentlicher, gesetzlich geregelter Fürsorge. Die Durchführung der Fürsorgeerziehung läßt in manchen Punkten zu wünschen übrig¹⁾. Um nur einiges anzudeuten: es ist bedauerlich, daß nach § 55 St.G.B. bei straffälligen Jugendlichen unter 12 Jahren die Frage der Fürsorgeerziehung nicht wie nach § 56 bei 12—18 jährigen Individuen aufgeworfen werden muß, sondern nur kann. Dadurch wird manches Mal der geeignetste Zeitpunkt der Einleitung der Fürsorgeerziehung verpaßt. Der § 1666 setzt in seiner Anwendung ein schuldhaftes Verhalten des Vaters voraus. Es gibt aber zahlreiche Fälle, in denen diese Voraussetzung nicht zutrifft und doch ein staatliches Eingreifen in die Erziehung unbedingt erforderlich wäre. Das Fürsorgeerziehungsgesetz sieht in solchen Fällen die Fürsorgeerziehung von selbst vor, aber leider nur, wenn sie wegen Unzulänglichkeit der erziehlichen Einwirkung der Eltern oder sonstigen Erzieher oder der Schule „zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens des Minderjährigen notwendig ist“. Damit werden gerade die dankbarsten Objekte der Fürsorgeerziehung entzogen, die leichteren Fälle, die „Anfänger“. Ob Familienerziehung oder Anstaltsunterbringung nötig ist, muß individuell entschieden werden. Mit der letzteren hat es manche Schwierigkeit.

Zunächst müssen wir mit Bedauern feststellen, daß es an geeigneter anstaltlicher Unterbringungsmöglichkeit für jugendliche Psychopathen zur Erziehung und Behandlung überall fehlt. Es ist widersinnig, sie mit den Schwachsinnigen in ein und dieselbe Anstalt zu stecken. Sie sind anders geartet und brauchen eine andere ärztliche und erziehliche Fürsorge. Eine der dringlichsten Forderungen in der Jugendfürsorge ist die

¹⁾ Vgl. Ziehen, Ärztliche Wünsche zur Fürsorgeerziehung bezüglich der sog. psychopath. Konstitutionen. Zeitschr. für Kinderforschung. Bd. 18. 1913.

Schaffung von Psychopathenheimen. Über ganz unzulängliche Anläufe privater Wohltätigkeit ist man in dieser Hinsicht noch nicht hinaus gekommen. In den Psychopathenheimen müssen Knaben und Mädchen, Schulpflichtige und Schulentlassene getrennt untergebracht werden. Die Heime sollen möglichst auf dem Lande liegen und mit Arbeitslehrkolonien verbunden sein. Als wichtigste Unterstützung der Fürsorgeerziehung müssen wir Beobachtungsheime in den Städten fordern, in denen durch geeignete Ärzte (Psychiater) und Pädagogen aus der großen Masse der Fürsorgezöglinge die psychopathischen, schwachsinnigen und geisteskranken herausgesucht und der geeigneten Unterkunft zugeführt werden. Die saubere Scheidung der gesunden und kranken, der psychopathischen und schwachsinnigen Fürsorgezöglinge ist so wichtig, daß in der Fürsorgeerziehung eine Einweisungspflicht ins Beobachtungsheim gefordert werden muß. Als vorbildlich für solche nenne ich Ihnen das Heilerziehungsheim Kleinmeusdorf bei Leipzig und die Steinmühle bei Obererlenbach (Hessen)¹⁾. Da man aber auch, wenn es wirklich Psychopathenheime gäbe, nicht alle psychopathischen Kinder dort unterbringen könnte und erst recht, da es noch keine gibt, so muß man auch in der Familie zu helfen suchen. Beratungsstellen, die von sachkundigen Ärzten und Pädagogen geleitet sind, müssen in den Städten den Eltern mit Erziehungswinken und sonstigen Wegweisern für psychopathische Kinder zur Seite stehen. Fürsorgeorganisationen sollen durch einen Stab von Helfern und Helferinnen eine fortlaufende Schutzaufsicht über die eingetragenen psychopathischen Kinder ausüben. Wie die Hilfsschüler, so sollen auch die jugendlichen Psychopathen in Tagesheimen und Jugendhorten außerhalb der Schule vor dem verwerfenden Einfluß der Gasse bewahrt werden. Die Schutzaufsicht hat sich auch über die Schulbank hinaus zu erstrecken. Die Wichtigkeit der Berufsberatung und eine Art dauernder Patronage der Schulentlassenen auf den Lehr- und Dienststellen will ich nur streifen.

Nur wenn wir in der Psychopathenfürsorge in all diesen Richtungen wirken, erfüllen wir unsere menschliche und soziale Pflicht. Denn die kranken Individuen haben ein Anrecht auf Hilfe und die Allgemeinheit den Anspruch auf Schutz vor ihnen.

¹⁾ Vgl. Hanselmann-Heufemann, Die Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt Steinmühle. Zeitschr. f. Kinderforschung. Bd. 21. 1916.

5. Vorlesung.

Die Hysterie im Kindesalter.

(Pathogenese und Symptomatologie.)

M. H.! Seitdem die veraltete, irrtümliche Auffassung, daß die Hysterie (*ὑστερα* = Gebärmutter) von Erkrankungen der Genitalorgane ausgehe, endgültig aus der Welt geschafft ist, seitdem man ferner im Gegensatz zu früher auch hysterische Männer kennen lernte, hat man auch zahlreiche¹⁾ wichtige und markante nervöse und psychische Störungen des Kindesalters als hysterisch aufzufassen

¹⁾ Am bekanntesten ist die Statistik von Clopatt geworden. Unter 272 hysterischen Kindern zeigten das erste Hysteriesymptom

Knaben	Mädchen	im Lebensjahre
1	19	1. u. 2.
1	0	3.
1	1	4.
2	4	5.
2	3	6.
4	15	7.
6	16	8.
7	15	9.
15	18	10.
17	24	11.
13	22	12.
16	27	13.
8	12	14.
3	0	15.

Sieht man von der unerklärlichen Abnahme der Erkrankungsziffer im 15. Lebensjahre ab und wahrt man den Angaben über das 1. und 2. Lebensjahre gegenüber die nötige Skepsis, so trifft die Clopat'sche Statistik zweifellos das Richtige: Deutliches Überwiegen der Mädchen, fast um das Doppelte, über die Knaben und das offensichtliche Ansteigen der Erkrankungskurve in der Zeit kurz vor und in der Pubertät. (Vgl. Ziehen, l. c.).

Eine Stichprobe der letzten 10 Jahre aus dem Material der hiesigen psychiatrischen Klinik ergab 23 schwere Fälle kindlicher Hysterie. Davon entfielen auf das 4., 5., 7., 11. und 12. Lebensjahr je 1 Fall, auf das 13. 4 und auf das 14. und 15. je 7.

sich gewöhnt. Die Entfernung des genitalen Odiums war für eine fruchtbringende Hysterieforschung und zweckmäßige Behandlung eben so nötig, wie die Zerstörung der üblichen Laienvorstellung, hysterische Beschwerden seien identisch mit launenhaften Einbildungen verwöhnter Individuen. Die Erkennung der kindlichen Hysterie vollends als einer Psychoneurose bestimmten Charakters war um so bedeutungsvoller, als gerade sie in ihren unfertigen und einfacheren Fällen die besten Aussichten auf Heilung bietet, was man von den bis in die Kindheit zurück verfolgbaren Hysterien der Erwachsenen leider nicht sagen kann.

Die klinische Forschung hat uns an der Hand einer ungeheuren Kasuistik und durch die Sammelresultate unermüdlicher Detailarbeit die äußerlichen Charaktere der hysterischen Erkrankung überzeugend kennen gelehrt. Wir wissen jetzt, wie die Hysterie aussieht, und mag sie auch noch so oft und so seltsam ihr Gewand wechseln, an der richtigen Diagnose und Behandlung wird es von keinem Eingeweihten fehlen. Nicht so klar ist uns die individuelle Art ihrer Entstehung, die psychologische Motivierung ihrer einzelnen Symptome; vor allem aber vermögen wir kaum mehr als hypothetisch den Geisteszustand eines Individuums zu erklären, der es zur Hysterie disponiert. Wir wissen heute nur, daß diese eine Psychoneurose ist, ausgestattet mit einer Fülle körperlicher und psychischer Krankheits-symptome, die auf Störungen im gesetzmäßigen Ablauf der Funktion unseres Seelenorgans wahrscheinlich zurückzuführen sind. Wir glauben, daß der Mechanismus der Hysterie ein psychischer ist, daß z. B. gefühlsbetonte Vorstellungen körperliche Krankheitserscheinungen von außergewöhnlicher Art und Stärke erzeugen können. Man soll aber nicht meinen, mit der Konstatierung dieser Tatsache das Wesen der Hysterie¹⁾ erfaßt zu haben. In Wirklichkeit sehen wir bei der Produktion eines hysterischen Symptoms günstigsten Falles Anfang und Ende, Ursache und Wirkung, das psychische Mittelglied vermögen wir nicht restlos zu erklären, wenn uns auch die analytischen, genetischen und experimentell-psychologischen Hysterieforschungen interessante und höchst bemerkenswerte Einblicke darein verschaffen.

¹⁾ Vgl. die erschöpfenden Ausführungen von Lewandowsky, Die Hysterie, Handbuch der Neurologie. Bd. V. 1914.

Es kann nicht Zweck dieser Vorlesungen sein, den Hysteriebegriff historisch zu entwickeln. Auch sein Bild schwankt von der Parteien Haß und Gunst getragen in der Geschichte. Aber ich möchte wenigstens kurz auf die Definition hinweisen, die Gaupp¹⁾ von der Hysterie gegeben hat. Sie ist allgemeinverständlich und trifft im wesentlichen alle Kernpunkte. Die Hysterie ist keine selbständige Krankheit, sondern eine abnorme Reaktionsweise des Individuums. Es führen fließende Übergänge vom Normalen zum Hysterischen. Charakteristisch für die Hysterie ist eine ungewöhnlich starke Einwirkung seelischer Vorgänge auf die Körperlichkeit. Die wesentlichen Voraussetzungen dafür sind: die gesteigerte Suggestibilität, die abnorme Gemüts-erregbarkeit, die krankhafte Leichtigkeit, mit der sich seelische Vorgänge in körperliche Symptome umsetzen, das Mißverhältnis zwischen auslösender Ursache und affektiver Ausdrucksbewegung, die Neigung zum phantastischen Denken und Tagträumen, die starken Schwankungen der Aufmerksamkeit und Bewußtseinseingungen durch Abspaltung gewisser seelischer Vorgänge. Das Kind hat eine geistige Struktur, die hysterische Symptome besonders leicht entstehen läßt. Wenn man die Hysterie als eine abnorme Reaktionsweise auf die Anforderungen des Lebens bezeichnet, so ist klar, daß sie bei Kindern häufig ist. Die Entwicklung des geistig vollwertigen Menschen führt bei richtiger Erziehung zur Beherrschung des körperlichen Ausdrucks seelischer Vorgänge (Beherrschung der Motilität, der Ausdrucksbewegungen, auch der unwillkürlichen Muskulatur!) durch ein feinabgestuftes System von Regulierungen. Dieses ist bei Menschen mit hysterischer Reaktionsweise in Unordnung. Beim Kinde ist es noch mangelhaft ausgebildet. Darum reagiert das lenksame Kind schon auf mäßige Reize so leicht hysterisch und seine Hysterie heilt oft rasch und dauernd, wenn eine gute Pädagogik sich des entwicklungsfähigen Regulierungssystems annimmt.

In diesem Zusammenhange sei an die Ausführungen Kretschmers²⁾ erinnert, der darauf hinweist, daß in der Hysterie eigenartige psychomotorische Funktionsweisen auftreten, die sich zu phylogenetisch älteren Ausdrucksstufen in Parallele bringen lassen.

¹⁾ Gaupp, Über den Begriff der Hysterie. Zeitschr. für die ges. Neurol und Psychiatrie. Bd. 5.

²⁾ Kretschmer, Med. Psychologie. S. 97 ff.

Die „entwicklungsgeschichtliche Oberschicht des ausgereiften Zweckwillens“ deckt eine Reihe niedrigerer Schaltungen der Ausdrucksbewegungen und des übrigen Motilitätsapparates beherrschend zu, so daß normalerweise aus der Zone der Bewegungen nur die zweckmäßigste Reizbeantwortung an der motorischen Oberfläche zutage tritt. Wenn aber durch überstarke Reize, die auf das Individuum plötzlich, shockartig einströmen, vorübergehend der Zweckwille gelähmt wird, so bekommen die niederen („hypobulischen“) Schichten des Motilitätsapparates die Führung und wir sehen die Zeichen des Schrecks und der Angst in Form der sog. Panik, bei der die Primitivreaktionen, planlose Bewegungen und Schreien, sowie die Reflex- und Vegetativfunktionen (Zittern, Krämpfe, Zucken, Herzklopfen, Erbrechen usw.) mobil gemacht werden. So ist auch der hysterische Anfall mit seiner Bewußtlosigkeit („kataleptisches Sich-tot-stellen“) und seinen Zitter- und Krampfbewegungen ein atavistischer hypobulischer Bewegungsturm, der seinem Wesen nach als eine Art Zweck- und Abwehrreaktion gegenüber überstarken Reizen und Erlebnissen aufzufassen ist. Das was man bei der Hysterie als „Wille zur Krankheit“ oder „Flucht in die Krankheit“ bezeichnet hat, erfährt durch die Definition einer willkürlichen Verstärkung hypobulischer Mechanismen eine gerechtere Prägung. Nach diesen Darlegungen bedarf es keiner besonderen Begründung, warum gerade auch das Kind so gerne und intensiv „hysterisch reagiert“ und warum bei der Verursachung der Kinderhysterie schreck-, pein- und angstvolle Shockerlebnisse eine so überragende Rolle spielen.

Mit Rücksicht auf die Beeinflußbarkeit aller Innervationsvorgänge durch psychische Einwirkungen bei Hysterischen auf Grund eines besonders disponierten Geisteszustandes hat man die hysterischen Symptome als psychogen bezeichnet. Psychische Prozesse, im Gegensatz zu organischen, lösen die Symptome aus und unterhalten sie. Bei der hysterischen Lähmung einer Extremität z. B. geschieht die Ausschaltung der motorischen Funktionen durch die Vorstellung des Nichtbewegkönnens des betreffenden Gliedes, und dieser psychische Faktor erzielt in bezug auf die Funktion dasselbe Ergebnis, wie bei einer organischen Monoplegie die Zerstörung eines Rindenzentrums durch eine Neubildung oder die Unterbrechung der zugehörigen Nervenbahnen durch einen Bluterguß oder eine Entzündung. Der Unter-

schied zwischen beiden Arten im äußerlichen Bilde so ähnlicher Lähmungen tritt klar hervor in der bekannten klinischen Erscheinung, daß die erstere mit dem Inkrafttreten der normalen Bewegungsvorstellung plötzlich der ungeschädigten Funktion weichen kann, während die letztere nur heilt, so weit und so rasch ihre organischen Grundlagen eine anatomisch-physiologische Wiederherstellung zulassen.

Ob nun bei der ersten Entstehung eines hysterischen Symptoms ein Bewußtseinsvorgang mitgewirkt hat oder nicht, es kann später wiederum durch fremde oder eigene Vorstellungen — oder allgemeiner gesagt, psychische Phänomene — hervorgerufen, verstärkt und aufgehoben werden (Fremdsuggestion und Autosuggestion). Diese Eigenschaft, die gesteigerte Suggestibilität, ist ein weiteres Charakteristikum der Hysterie. Nach einer mit einer bestimmten Gefühlsreaktion verknüpften Empfindung genügt später schon das bloße Erwecken des Erinnerungsbildes dieser Empfindung, um durch diese Vorstellung dieselbe Gefühlsreaktion mit all ihren körperlichen Begleit- und Folgeerscheinungen auszulösen, wie durch die ursprüngliche Empfindung. So kann sich z. B. bei einem hysterischen Kinde Erbrechen, das zuerst durch krankhaft gesteigerte Schmerz- oder Ekelempfindungen bei der Nahrungsaufnahme ausgelöst war, nachher sowohl beim Auftauchen des Erinnerungsbildes des erstmaligen schmerz- oder ekeleregenden Vorganges, als auch später bei jeder Nahrungsaufnahme überhaupt wiederholen.

Wenn ich vorhin sagte, die hysterischen Symptome seien psychogen, so möchte ich nicht so verstanden sein, daß bei allen bewußte psychische Prozesse (Vorstellungen) mitspielen. Bei vielen liegt der Grundstock — verborgen dem ärztlichen Beschauer und unfäßlich dem kranken Subjekte — in der großen Masse psychischer Komplexe des Un- oder Unterbewußten. Unser psychischer Inhalt ist ja nicht erschöpft mit der Summe der uns paraten Vorstellungen, d. h. dem kleinen psychischen Anteil, der momentan von dem „Lichtlein unseres sog. Bewußtseins“ beschienen wird (Möbius). Im Dunkel des Unbewußten lagern eine Menge wichtigster psychischer Komplexe, über die wir keine Rechenschaft ablegen können, weil sie vor langer Zeit dorthin verdrängt und scheinbar „vergessen“ worden sind. Sie sind aber nicht verschwunden und, wenn wir sie auch selbst nicht

erkennen und assoziativ („kritisch, vernünftig“) verwerten können, so beeinflussen sie doch mächtig unser Denken und Fühlen. So haben auch viele in ihrer Genese unerklärliche hysterische Symptome ihre Wurzeln im unbewußten Psychischen. Daß dem so ist, zeigt die klinische Erfahrung. Gelingt es (z. B. durch Psychoanalyse im Wach- oder hypnotischen Zustande) einen „vergessenen“ (verdrängten) Komplex ins Bewußtsein zu erheben, so schwindet auch das hysterische Symptom, das mit ihm verankert war, durch die nun mögliche assoziative bewußte Verarbeitung mit Hilfe der Auto- oder Fremdsuggestion. Nur durch die Supposition des Unbewußten erklärt sich auch die merkwürdige Tatsache, daß hysterische Symptome („Stigmata“) z. B. bei traumatischer Hysterie auftreten, die gar nicht durch das Trauma suggestiv vermittelt sein können oder auch noch lange Zeit objektiv nachweisbar sind, wenn das Individuum sich selbst schon für geheilt hält. Von den typischen hysterischen Stigmata (Hemianästhesie, konzentrischer Gesichtsfeldeinengung, Fehlen des Konjunktival- und Würgreflexes usw.) hat der Kranke selbst keine Ahnung. Er steht diesen Symptomen mit seinem Bewußtsein nicht anders gegenüber als ein Rückenmarkskranker dem Fehlen seiner Kniephänomene, wovon ihm der Arzt erst Mitteilung macht (Sänger). Eine Spaltung der Persönlichkeit, eine Abspaltung gewisser Bewußtseinsinhalte und deren Wirkung aus dem Unbewußten ist seit der Lehre Janets¹⁾ Gemeingut der Hysterieauffassung geworden. Die Spaltung der Persönlichkeit ist überwiegend eine Affektwirkung und in dieser Hinsicht können wir, wie Lewandowsky mit Recht sagt, auf keinen Affekt als mögliche Ursache der Hysterie verzichten. Affektstarke Erlebnisse, die keine adäquate Abreaktion ihrer Affektsumme finden, werden nicht seelisch verarbeitet, sondern werden zu seelischen Fremdkörpern, die in ihrer Isolierung (aus dem Fluß des allgemeinen psychischen Geschehens eines Individuums) als energetische Nebenzentren störend auf den psychischen Gesamtablauf wirken. Diese unterbewußten Elemente — Abkömmlinge verdrängter affektbetonter Erlebnisse — sind also nicht nur Affekte, sondern durch Affekte zusammengehaltene Vorstellungsbündel. Sie bezeichnet man unter dem Gesichtswinkel ihrer Wirkung auf die Gesamtpsyche aus dem Unbewußten heraus als Komplexe (Bleuler, Jung).

¹⁾ Janet, L'état mental des hystériques. Paris 1911.

Als Beweise für die psychogene Natur der hysterischen Symptome lassen sich folgende anführen. Nur diejenigen können mit Sicherheit als hysterisch angesprochen werden, die auch willkürlich hervorgerufen, also auch simuliert werden können (Bruns)¹⁾. Auf hysterischer Basis können die verschiedensten Arten von Lähmung (einer Körperhälfte, eines Gliedes, der Hand, einzelner Finger) vorkommen, aber niemals die etwa eines vereinzelt äußeren Augenmuskels oder des Pupillenverengerers, deren Innervation von dem Willen des Individuums unabhängig ist. Ferner charakterisiert die hysterischen Symptome eine gewisse Übertreibung der Darstellung (Massivität der Symptome). Die psychisch vermittelte Krankheitserscheinung trägt den Stempel der Aufdringlichkeit, gleichsam aus dem bewußten oder unbewußten Bestreben heraus, die mangelnde organische Grundlage durch drastische Aufmachung zu ersetzen. Eine hysterische Kontraktur ist stärker als eine organisch bedingte, eine hysterische Sprachlosigkeit verbietet selbst die bei motorischen Aphasien organischer Herkunft erlaubten Sprachreste. Die Vermittlung der Vorstellung erhellt schließlich sehr schön aus den Verhältnissen, die wir bei hysterischen Lähmungen beobachten. Gewöhnlich handelt es sich dabei um die Schädigung funktionell und nicht anatomisch zusammengehöriger Gebiete. So wie sich in der Vorstellung des Individuums die Innervation und Funktion eines Körperteils darstellt, so erfolgt die Lähmung der Bewegung und Empfindung, und die daraus resultierenden motorischen und sensiblen Ausfallserscheinungen emanzipieren sich vollständig von den tatsächlichen anatomisch-physiologischen Verhältnissen. Fällt ein Kind auf die Schulter und entwickelt sich im Anschluß an dieses Trauma eine Lähmung, so betrifft sie meist den ganzen Arm, der schlaff und bewegungslos, wie „tot“ herunterhängt, und eine etwaige, gleichzeitig einsetzende Empfindungslosigkeit der Haut gegen Berührung und Schmerz schneidet haarscharf am Schultergelenk ab. Schon die oberflächlichste Betrachtung der Segmentbezüge der motori-

¹⁾ Streng genommen muß man sagen, daß die hysterische Störung im Prinzip immer tiefer geht, als die willkürliche Innervation. Denn schon auf dem Gebiete des sympathischen Systems sind die meisten Symptome nicht mehr im eigentlichen Sinne nachahmbar, so daß die Definition der Hysterie durch Babinski als Pithiatismus viel zu einseitig ist (Lewandowsky).

sehen und sensiblen Nerven aus dem Rückenmark muß den Arzt darauf bringen, daß eine derartige Lähmungskombination nicht organisch, sondern psychisch bedingt ist. Oft nimmt dabei der Kranke ärztliche Erörterungen zur Grundlage neuer Symptome, die auf den ersten Blick stutzig machen können. Ein Kind fällt vom Reck auf die rechte Stirnscheitelgegend. Es trägt eine leichte Gehirnerschütterung davon mit Übelkeit, Pulsverlangsamung, Schwindel und Parästhesien (leichtes Taubsein) im linken Arm. Der Arzt, der eine Blutung oder Verletzung in der motorischen Rindenregion der rechten Hemisphäre (etwa durch Zerreißen eines Gefäßes oder einen abgesprengten Schädelknochensplitter) fürchtet, prüft täglich die Sensibilität der linken Körperhälfte, um eventuell aus dem Fortschreiten der Parästhesie ein Umsichgreifen der supponierten Blutung rechtzeitig zu erkennen. Auch fragt er täglich nach Übelkeit. Das Kind liegt 14 Tage zu Bett; es geht ihm ganz gut, aber eines Tages überrascht die Mutter den Arzt mit der Angabe, daß das Kind über Eingeschlafensein in der ganzen rechten Körperhälfte klage und jede Mahlzeit erbreche. Was der Arzt pflichtgemäß links befürchten konnte, realisiert die Vorstellung des Kindes in unnatürlicher Weise im rechtsseitigen hysterischen Symptom.

Besonders im Kindesalter sehen wir bei fast allen ursächlichen Faktoren der Hysterie die Vermittlerrolle der Vorstellung. Es muß freilich betont werden, daß das hysterische Temperament, der eigentümliche Geisteszustand, den wir vorhin als hysterische Reaktionsweise bezeichneten, zumeist ein Erbstück ist. Neuropathisch belastete Kinder sind mehr zur Hysterie disponiert als gesunde. Die Ihnen früher geschilderten konstitutionellen Psychopathen sind das Holz, aus dem durch Gelegenheitsursachen Hysteriker geschnitzt werden. Ihr Geisteszustand mit seiner pathologischen Ausprägung des Gemüts- und Affektlebens, mit seiner Neigung zur exzessiven Phantasie und körperlichen und geistigen Überempfindlichkeit ist der üppige Nährboden, auf dem Hysterie erwächst. Wenn man für sie so häufig gleichartige Vererbung (namentlich von der Mutter her) notiert, so ist nie zu vergessen, daß Erziehung und Nachahmung die Stützen der erblichen Veranlagung sind. Die Macht der Nachahmung bei der Produktion hysterischer Symptome ist bekannt. Wenn man ab und zu liest, daß in Schulen, Pensionaten oder Klöstern unter den

Zöglingen förmliche Epidemien nervöser Erscheinungen (Gesichtszuckungen, Zittern, Veitstanz, Krampfanfälle) ausbrechen, so handelt es sich regelmäßig um Hysterieübertragung durch Imitation (psychische Infektion) auf Grund der gesteigerten Suggestibilität. Ganz merkwürdige hysterische Seuchen können auf dem Wege der psychischen Infektion ausbrechen. Dix¹⁾ berichtet von einer Unart, die in einer Meißener Schule grassierte. Die Kinder ließen sich von anderen, besonders älteren, den Handrücken in der Nähe der Knöchel anhauchen und so lange reiben, bis die Epidermis weg war und die Haut blutete. Auf diese Weise entstanden Wunden von $\frac{1}{2}$ —4 cm Größe, die stark eiterten und mit häßlicher Narbenbildung heilten. Die Kinder nannten den Unfug, der als Zeichen von Standhaftigkeit galt, „Soldatenknopfreiben“. Unter 30 Knaben einer Klasse „rieben“ 21.

Eine ergiebige Quelle für die Entstehung hysterischer Symptome ist die Gemütserschütterung, vor allem der Schreck²⁾, für den das Kindergemüt ganz besonders empfänglich ist. Das absichtliche Erschrecken der Kinder z. B. im Spasse durch allhand Mummenschanz, Erzählung von Schauer- und Gespenstergeschichten, Einsperrung in dunkle Räume, die plötzliche Begegnung mit schreckhafter Gefahr (Feuersbrunst, Automobil, Hunde, scheuende, durchgehende Pferde) oder der Anblick eines epileptischen Anfalls (vgl. Kr. Nr. 30) schaffen durch den Shock einen Gemütszustand, in dem auf dem Umwege der Affektwirkung auf körperliche Funktionen hysterische Symptome entstehen. Schon unter normalen Verhältnissen wirken die Affekte, d. h. diejenigen Gefühlsreaktionen der Freude, der Angst, des Kammers, Ekels usw., die unsere körperlichen Innervationen (Verdauung, Zirkulation, Muskelbewegung) und den Ablauf unserer Ideenassoziation beeinflussen, beim Kinde mächtiger als beim Erwachsenen. Im Wesen der Hysterie liegt es aber, daß die Affekte unverhältnismäßig intensive und nachhaltige Begleit- und Folgeerscheinungen zeitigen. Wo das normale Kind bei psychischer Erregung (Zorn, Schreck) blaß wird, antwortet das hysterisch veranlagte mit einem generalisierten Gefäßkrampf, der

¹⁾ Dix, Epidemisch-psychische Ansteckung unter den Schulkindern Meißens. Zeitschr. f. Kinderforschung. Bd. 16.

²⁾ Vgl. Singer, K., Die Schreckneurosen des Kindesalters. Samml. zwangl. Abh. 1918. Heft 5. Jena, G. Fischer.

zur tiefen Ohnmacht führt, wo das normale Ekel spürt, erbricht das hysterische, und wo jenes im Schreck einen Augenblick wie festgebant stehen bleibt, setzt es bei diesem eine dauernde Lähmung beider Beine. Eine wichtige ätiologische Sonderstellung nimmt das körperliche Trauma ein. Dabei wirkt der mit dem Trauma verknüpfte Gemütsschock an sich pathogen. Seine Wirkung wird sich aber und zwar in ganz bestimmter Richtung verstärken, wenn die Verletzung vorübergehende lokalisierte Schädigungen bedingt, die beim Kinde (als sog. traumatische Suggestion) die Vorstellung einer dauernden krankhaften Abänderung der Empfindung oder der Funktion eines Körperorgans oder Körperabschnittes hervorrufen. Beispiele dafür lassen sich für Kinder in Menge aus der Praxis beibringen: Eine etwas kräftig applizierte Ohrfeige, die heftiges Ohrenklingen mit vorübergehender Beeinträchtigung des Gehörs verursachte, hinterläßt beim hysterisch-veranlagten Kinde dauernde Taubheit auf dem betreffenden Ohre. Ein Stoß gegen den Ellbogen, der wegen schmerzhafter Empfindungen das Kind zur Schonung dieses Gelenkabschnittes veranlaßte, führt allmählich zu einer immer stärker werdenden Dauerkontraktur, ein Fall auf das Gesäß zu einer eine Hüftgelenkserkrankung vortäuschenden hysterischen Coxalgie. Auch nichttraumatische Erkrankungen können, wenn das organisch begründete Krankheitssymptom längst geheilt ist, „nervöse“ Nachbilder hinterlassen, die lange der Therapie trotzen und leider oft verkannt werden. Es stellt sich z. B. im Anschluß an eine durch echten Kehlkopfkatarrh bedingte Heiserkeit eine hysterische Aphonie (Stimmlosigkeit) ein, oder im Gefolge einer schmerzhaften Bindehauterkrankung des Auges, die wegen Trigeminusreizung häufig reflektorischen Lidschluß bedingte, ein dauernder Blepharospasmus (Lidkrampf). Man erlebt auch, daß Kinder, die nach langem erschöpfendem Krankenlager aufstehen, die natürliche Schwäche der Beine zum Ausgangspunkte einer kompletten Unmöglichkeit des Gehens und Stehens (Abasie-Astasie) oder des Symptoms des „Stotterns der Beine“ benützen, wo der Patient zu Beginn der Gehbewegung mit seinen Beinen sich ähnlich gebärdet, wie der Stotterer mit seinen Lippen, d. h. krampfhaft Ansätze zur Beinbewegung macht, um dann nach einigen Versuchen explosiv loszugehen.

Ich habe vorhin von psychischen Komplexen im Unbewußten gesprochen, die dorthin „verdrängt“ worden seien. Für den

Kenner brauche ich kaum erst zu sagen, daß ich damit an die Ursachenlehre rührte, die wir Freud verdanken. Sie gipfelt bekanntlich darin, daß hysterische Symptome Abkömmlinge unbewußt wirkender, mit peinvollem Affekte ausgestatteter Erinnerungen an kindliche Sexualerlebnisse seien. Die Erinnerungen werden (als unverträgliche Vorstellungen) von dem Individuum aus dem Bewußtsein verdrängt. Der an die sexuelle Erinnerung gebundene Affekt wird dadurch aber nicht gegenstandslos, sondern verschiebt sich auf gleichgültige, dem Bewußtseinsinhalte angehörige Vorstellungen und statuiert durch diese falsche Verknüpfung ein Krankheitssymptom. So kann sich der mit einem sexuellen Erlebnis aktiver oder passiver Art verknüpfte Ekel auf die Nahrungsaufnahme übertragen. Tatsächlich habe ich dies bei Kindern erlebt. Hysterisches Erbrechen hörte auf, als das Kind seine Masturbation gestanden hatte und über die üblen Folgen dieses Lasters beruhigt worden war. Eine zweite Möglichkeit, eine unverträgliche Vorstellung unschädlich zu machen, ist die, daß die an ihr haftende psychische Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird. Konvertiert wird, wie Freud sagte. Durch Konvertierung psychischer Elemente ins Körperliche können hysterische Dauersymptome (Lähmungen, Kontrakturen, Anästhesien usw.) entstehen. Welche Art körperlicher Konvertierung eintritt, ist von akzidentellen Einflüssen abhängig, und man ist oft versucht, diese als alleinige Ursache des hysterischen Symptoms anzusprechen, während sie ihm doch nur die Richtung wiesen. Nach meiner Erfahrung möchte ich diesen Zusammenhang im Kindesalter als höchst selten bezeichnen. Aber sichere Beweise habe ich dafür, daß häufig hysterische Krampfanfälle bei Kindern nichts anderes darstellen als konvertierte Sexualerregung. Ich habe Sie deshalb früher gewarnt, die Sexualität des Kindes zu wecken und zu reizen, weil aus der Konversion der unverträglichen und unverwendbaren Sexualspannung (Libido) Angst und Pavor nocturnus hervorgehen. So ist auch das Belauschen der Mysterien des elterlichen Ehebettes für Kinder von ungeahnter Bedeutung. Die brutale Gegenüberstellung des sexuellen Problems hat geradezu traumatische Wirkung auf das Kindergemüt. Einen selten schönen Fall, in dem gewissermaßen die Probe auf das Exempel geliefert ist, kann ich aus der Zahl meiner Kinderhysterien mitteilen:

Nr. 17. Ein 13jähriges Schulmädchen wurde mir wegen schwerer hysterischer Anfälle zugeführt. Die Hysterie wurde als eine traumatische betrachtet, da sie im Anschluß an eine Ohrfeige ausgebrochen war, die das Kind angeblich unverschuldet vom Lehrer bekommen hatte. Kurz nach der Rückkehr aus der Schule an dem kritischen Tage fing das Mädchen an, untröstlich über die Abstrafung zu weinen, wälzte sich jammernd auf dem Boden umher und schrie: „Ich bin unschuldig“. Sie ging nicht mehr zur Schule, wurde ängstlich, menschenscheu, verkroch sich, wenn Besuch kam, und bekam schließlich schwere konvulsivische Anfälle (ängstliche Delirien oder stundenlang dauernde kataleptische Starre). Zeitweilig hatte sie Wutparoxysmen mit unflätigen Schimpfreden. Es war auffällig, daß diese und die daran anschließenden Anfälle jedesmal auftraten, wenn eine Nachbarin auf Besuch kam, bei der das Kind viel verkehrte und kurz zuvor, als die Eltern verreist waren, auch mehrere Tage ganz gewohnt hatte. Dieses Rätsel und die ganze Hysterie des Kindes wird verständlich, wenn man folgendes weiß: das ungewöhnlich stark entwickelte ahnungslose Mädchen war mit 10 Jahren von einem Angestellten des elterlichen Geschäfts so lange regulär sexuell mißbraucht worden, bis eine eitrige Scheidenentzündung die Tatsache verriet. Bei der Einquartierung bei den Nachbarsleuten hatte das Mädchen mit diesen das Schlafzimmer geteilt und war dort Zeuge der ehelichen Kohabitationen gewesen, während die Leute dachten, es schlafe.

Die schulmeisterliche Ohrfeige hat also nur eine ganz akzidentelle Rolle in der Genese des Krankheitsbildes gespielt. So geht es oft. Nicht die Strafe drückte das Kind, sondern sie war nur der Punkt, an dem ein disponibler peinlicher Erinnerungsaffekt ansetzte, der aus dem plötzlichen Bewußtwerden der Bedeutung des eigenen sexuellen Verkehrs durch das Beispiel der Erwachsenen entstanden war.

Es ist mir unzweifelhaft, daß die brüske Begegnung der Kinder mit dem dunklen Sexualproblem verhängnisvoll sein kann. Sexuelle Libido und Angst stehen in enger Beziehung zueinander: unverwendbare Libido konvertiert sich beim Kinde in Angst¹⁾. So finden wir bei Kindern mit Angstanfällen bei näherer Nachforschung zuweilen eindeutig die sexuelle Wurzel. Es ist von großer praktischer Bedeutung bei solchen kindlichen „Angsthysterien“, wo der Angstanfall den hysterischen gewissermaßen substituiert, vorsichtig auf das Ziel loszugehen und durch eine Aussprache über

¹⁾ Kretschmer meint (Med. Psychologie, S. 136), daß derartige elementarste Konversionen von Sexualität in Angst uns die Vermutung aufdrängen, daß zwischen der sexuellen Erregung und dem Angstaffekt, also der Gruppe der Lebensschutzzinstinkte, uralte phylogenetische Anastomosen im tiefsten biologischen Untergrund bestehen, in die wir uns nicht verstehend einfühlen, sondern die wir nur empirisch anerkennen können.

das peinvolle, meist ängstlich gehütete Erlebnis den unausgeglichenen Affekt abzureagieren. Schon die einfache Erzählung und weiterhin eine sachgemäße Belehrung über Empfindungen und Gefühle auf geschlechtlichem Gebiete wirkt heilend und verhütet eine Verschleppung unverträglicher Erinnerungen (vgl. S. 53) ins spätere Leben. Die Angsthysterien weisen als das Hauptsymptom Angstanfalle auf. Die Angst wird ins Epigastrium lokalisiert. Dabei besteht ein Gefühl des Unheimlichen und Fremdartigen der Umgebung bei völliger bewußter Orientierung, und außerhalb der Anfalle ein zerstreutes Wesen mit Neigung zu Träumerei und monotonem Zwangsdanken und eine selbstquälerische, hypochondrische Stimmung. Die Kinder erscheinen deprimiert, ohne Freude an Kameradschaft und Spiel, und man denkt an eine Depression melancholischer Färbung oder intellektuelle Überanstrengung durch die Schule. Sie leben auf, wenn der Knoten der Sexualität für sie gelöst wird. Im folgenden Falle z. B. hatte diese meine Auffassung vollen Erfolg:

Nr. 18. W. D., 14^{1/2} Jahre alt; klagt über Angstanfälle, die meist gegen Abend auftreten und etwa ¹/₂ Stunde dauern. Außerdem hat er Momente, wo er „über seine Gedanken nachdenken muß“, und Angst vor der Angst. Er schläft spät ein und muß erst die Erlebnisse des Tages mehrmals überdenken. Zwingt er sich zum Schlafen, dann kommt ein ängstlicher Halbschlaf. Schon als kleiner Junge hatte er Furcht vor Einbrechern. Seit etwa einem Jahre schnelle sexuelle Entwicklung: Behaarung des Mons veneris und „schmerzhaft“ Erektionen beim Gehen und Erwachen mit Kitzeln in der Harnröhre. Masturbation leugnet der Junge; er gibt zu, früher im Halbschlaf „gezupft und mit den Oberschenkeln gewackelt zu haben“. Im vergangenen Sommer erlebte er im Flußbad zweimal eine unangenehme Annäherung eines Homosexuellen. Die Zudringlichkeit des Mannes war ihm, obwohl er nicht wußte, was er wollte, unheimlich. Er zeigte es dem Badewärter an. Er muß jetzt immer noch an den nackten Mann denken, der ihn wegen großer Magerkeit und Strabismus besonders abstoßend vorkam. ¹/₂ Jahr später trat der erste Angstanfall auf der Straße auf; er meinte, er würde ohnmächtig, bekam heftige Angst und Herzklopfen; die Häuser guckten ihn ganz fremd an; es war alles so klein. Er eilte rasch nach Hause. Nach etwa ¹/₂ Stunde war alles vorüber.

Es ist gar nicht nötig, daß ein reelles sexuelles Trauma, wie in dem eben angeführten Falle, von dem Kinde erlitten worden ist, sondern auch jede beliebige Erinnerung eigener sexueller Betätigung (Masturbation), ja selbst sexuelle Phantasien („Verführungsphantasien“) können den Prozeß der Verdrängung auslösen, als dessen unvollkommenes Ergebnis die Hysterie auftritt. Wir werden

später noch Fälle kennen lernen, wo die sexuelle Wurzel hysterischer Anfälle durchsichtig ist (vgl. Krg. Nr. 31, 32, 34).

Von Freud-Gegnern geschieht der Einwurf, die Haltlosigkeit dieser Ansichten ergebe sich aus der Erwägung, daß ungeheuer viele Kinder Sexuelles erleben, erleiden und tun, ohne hysterisch zu werden. Richtig. Es sind auch nur bestimmte Kinder, die dadurch der Hysterie verfallen, nämlich nur die, deren Geisteszustand auf das Sexuelle mit Verdrängung ins Unbewußte reagiert. Dazu gehören die Kinder, die entweder für den Überschuß der Sexualregungen und -Phantasien keine andere adäquate Ableitung finden und deshalb hysterisch werden, und ihre Antipoden, deren hypermoralische, skrupulöse, überschamhafte, zum Gewissenszwang neigende Psyche das Sexuelle auch in der sich normalerweise anbietenden Menge und Form als unverträglich verdrängt. Auf diese Kinder habe ich Sie schon bei den konstitutionellen Psychopathen aufmerksam gemacht. Ich weiß wohl, es ist ein um- und bestrittenes Gebiet der Psychopathologie, in das ich Ihnen soeben einen Einblick tun ließ. Ich glaube selbst, bei aller Anerkennung Freudscher Ideen, daß man nicht ohne weiteres alles auf kindliche Verhältnisse übertragen darf, was bei Erwachsenen Wahrscheinlichkeit für sich hat. Die Hervorhebung der normalen und pathologischen Sexualität der Kindheitsperiode ist ein Verdienst Freuds. Die spezielle Formulierung von der ausschließlichen Bedeutung des kindlichen Sexualaffektes als Grundlage der Hysterie lehne ich ab. Wir wollen, wie bereits oben erwähnt, bei der Hysteriegenese auf keinen Affekt als mögliche Ursache verzichten. Ich meinte Ihnen aber den Hinweis auf Freud geradezu schuldig zu sein, weil seine Theorie das Gefüge einzelner Fälle von Kinderhysterie erfreulich durchsichtig macht und zur Beachtung des Sexuallebens aller Kinder ersten Anlaß gibt.

M. H.! Man hat von einer spezifischen „Kinderhysterie“ gesprochen, die gegenüber der der Erwachsenen bestimmte Charaktere darbiete. Als wesentlich führte man an, daß sie meist monosymptomatisch aufträte, d. h. unter dem Bilde eines ausgesprochenen Symptoms, einer Lähmung, einer Kontraktur oder einer Stimmlosigkeit oder eines Tics. Ferner sollten bei der Kinderhysterie die sogenannten klassischen Stigmata der Hysterie (Hemianästhesien, Gesichtsfeldeinengungen, Ausfall der Schleim-

hautreflexe, halbseitige Anordnung von Nervendruckpunkten) sehr oft fehlen und die paroxysmalen, mit konvulsivischen Anfällen einhergehenden Fälle sehr selten sein. Das alles sind keine Axiome, sondern Ansichten, die von der Beschaffenheit des Materials abhängen. Meine eigenen zahlreichen Fälle von Kinderhysterie lassen ein anderes Urteil zu. Ich habe viel mehr Kinderhysterien mit Anfällen gesehen, als monosymptomatische. Mag sein, daß diese mehr in die Hand des Internisten als des Psychiaters kommen. Auch der Kinderarzt behandelt mehr die leichteren Fälle. Ausgeprägte hysterische Stigmata wie bei Erwachsenen, namentlich Hemianästhesien oder -analgesien, segmentale Empfindungslähmungen ohne motorische Lähmung oder unabhängig von hysterischen Anfällen sind mir bei Kindern überhaupt nicht zu Gesicht gekommen. Häufiger sah ich begrenzte (fleckweise angeordnete) Hyperästhesien und -algesien der Haut.

Aus der reichen Zahl körperlicher hysterischer Symptome möchte ich Ihnen nur in Ergänzung des bereits Gesagten das Geläufigste mitteilen. Von den Lähmungen der Körpermuskulatur, ihrer Psychogenese und charakteristischen, nach Funktionsbegriffen entstandenen Erscheinungsform habe ich Ihnen schon gesprochen. In diagnostischer Hinsicht möge noch hervorgehoben sein, daß im Gegensatz zu organischen Lähmungen auch bei vollständig schlaffen hysterischen die Sehnenreflexe vorhanden oder eher gesteigert sind; Babinski fehlt selbstverständlich immer.

Nr. 19. Anna N., 13 Jahre alt; war immer ein schwächliches Kind und mäßig begabt. Sie soll vom Lehrer vor einigen Monaten gezüchtigt worden sein (Ohrfeigen) und sich dabei sehr aufgeregt haben, was man an einem „Zittern“ nachher merkte. Ende Juli wurde die Großmutter des Kindes von seiner Schwester eilig in das Zimmer gerufen. Die Anna „könne nicht mehr aufstehen“. Die Großmutter fand sie auf dem Stuhle, schlaff angelehnt. Der linke Arm hing wie leblos herunter. Anna konnte nicht gehen. Sie wurde ins Bett geführt, klagte über Übelkeit und erbrach mehrmals. Der zugezogene Arzt empfahl Massage des linken Armes, weil die Pat. über Schmerzen in ihm klagte, die von der Schulter nach vorn ausstrahlten. In den Fingern fehlte das Gefühl. Auch mit der rechten Hand konnte sie nicht zufassen. Als nach 2 Monaten keine Besserung eintrat, wurde das Kind der Klinik zugeführt. Es bestand bei der ersten Untersuchung eine schlaffe Lähmung des linken Armes und eine manschettenförmige Gefühllosigkeit am linken Unterarm. Die Sehnenreflexe waren (auch am gelähmten Arm) gesteigert. Schon bei der zweiten ärztlichen Untersuchung Besserung: Anna konnte den linken Arm jetzt bis zur Horizontalen heben; der Faustschluß gelang teilweise. Nach einigen Tagen war unter Anwendung kräftiger Vibra-

tionsmassage die Lähmung vollkommen geschwunden und auch keine Gefühlsstörung mehr nachweisbar. Das etwas kokette und lebhaftige Kind erholte sich auch sonst in 14 Tagen zusehends und wurde geheilt entlassen.

Manchmal entstehen nicht Lähmungen funktionell zusammenwirkender Muskelgebiete (Arm, Hand, Bein), sondern gewisser hochdifferenzierter Funktionen. Hierher gehören die merkwürdigen Krankheitsbilder der Abasie-Astasie, wo das Kind im Sitzen oder Liegen beide Beine nach allen Richtungen hin kräftig bewegen kann, aber keinen Schritt zu gehen vermag und, auf die Füße gestellt, hilflos zusammenbricht. Mir ist der Fall eines Jungen bekannt, der im Anschluß an das erste Barfußlaufen eine typische hysterische Gehstörung (mit krumm gebogenen Knien!) bekam, die sich nach schneller klinischer Heilung ein Jahr darauf beim ersten Barfußlaufen prompt wiederholte. Wir erleben so auch isolierte Schreiblehmungen (vgl. Krg. Nr. 22). Das Kind gebraucht die Hand zum Essen, Greifen und anderen Fertigkeiten, aber beim Schreiben versagt sie. Auf dem Gebiete der Sprache ist die Aphonie (Stimmlosigkeit) am bekanntesten. Das Kind singt und flüstert, bringt aber mit tönender Stimme kein Wort heraus. Die Fälle von vollständiger Stummheit (Mutismus) sind selten (vgl. Krg. Nr. 33). Das hysterische Stottern unterscheidet sich von dem echten dadurch, daß es auch beim Flüstern und Singen bleibt und ein Silbenstottern ist. Der Hysterikus spricht das Wort: Mutter „Mu . . . Mu . . . Mu . . . Mutter“. Der echte Stotterer hat das Haupthindernis bei der Aussprache des Konsonanten M zu überwinden.

Nr. 20. E. H., 4 Jahre alt; Vater befindet sich wegen Paranoia hallucinatoria chronica in der Klinik, Mutter scheint etwas nervös. Patientin ist nach Ausbruch der Krankheit des Vaters geboren. Vor Ablauf des ersten Jahres Sprechen und Laufen gelernt. Im April erschrak sie heftig vor einem weitstanzkranken Kinde und klagte, als sie nach Hause kam, über Müdigkeit und Schmerzen in den Beinen. Das Gesicht wurde heiß und schwitzte. Nachts schlief das Kind nicht ein, sondern wurde „steif in den Gliedern“, schrie, als ob es Schmerzen hätte, und antwortete nicht auf Fragen. Die nächsten Tage wiederholten sich diese Anfälle und es kam zum kompletten Verlust der Sprache und zur Lähmung der Extremitäten. Pat. konnte 5 Wochen lang nicht laufen und die Hand nicht zum Munde führen, sondern mußte gefüttert werden. Drei Wochen konnte sie nicht sprechen. Auch bei der Aufnahme am 13. Juli zitterte sie noch mit Kopf und Händen, wenn sie den Löffel zum Munde führte. Ferner artikulierte sie noch auffallend langsam. Sie konnte aber alles sprechen. Nach 16 Tagen als geheilt entlassen.

In gelähmten Gliedern, aber auch ohne Lähmungen, kommt es zu Muskelkontrakturen, die, soweit es sich um Extremitäten handelt, zur Fixierung des Gelenkes in einer bestimmten Beuge- oder Streckstellung führen. Auf die traumatische Entstehung der Kontrakturen habe ich vorhin schon hingewiesen. Enorm wichtig sind die Kontrakturzustände in den kleinen Muskeln des Beckens und Oberschenkels, die Rollung und Hebung des letzteren besorgen. Sie entstehen oft traumatisch (Fall auf das Gesäß) und können wegen der Schmerzhaftigkeit, scheinbaren Verkürzung des Beines und des Hinkens echte Koxitis vortäuschen. Ich habe diese Fälle zuerst in der chirurgischen Poliklinik gesehen und war verblüfft über den Erfolg der Narkose, die die Hysterie ausschaltete. Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse bei Kontrakturen der Streckmuskeln der Wirbelsäule¹⁾. Bei schmerzhafter Schonhaltung und ausgesprochener Kyphose liegt der Gedanke der Wirbelkaries nahe (vgl. Krg. Nr. 22). Den sogenannten Blepharospasmus (Augenlidkrampf), die Ptosisspastica, habe ich vorhin schon erwähnt. Verschiedene Autoren berichten von Schiefhals durch Muskelkrampf (Torticollis spastica), der sich interessanterweise im Gefolge von Halsschmerzen ganz plötzlich entwickelte. Wie blickt da so schön die Vorstellungswirkung durch! Die Kontrakturen lösen sich zuweilen im Schlaf, nicht immer, stets aber in der Narkose, vorausgesetzt, daß nicht, wie ich es auch schon erlebte, bei langem Bestehen der Kontraktur sekundäre Gelenkveränderungen (Schrumpfung, Verklebungen, Sehnenverkürzungen) dies organisch unmöglich machen. Die Haut über den kontrakturierten Gelenken ist oft hyperästhetisch.

Hyperästhesie der Haut und Schmerzhaftigkeit der Gelenke habe ich bei Kindern mehrfach beobachtet. Treten die Gelenkschmerzen multipel und mit großer Heftigkeit auf, so kommt es zu dem bekannten Bilde der Akinesia algera.

Nr. 21. Vor Jahren behandelte ich den siebenjährigen Knaben G. Sch. Bei dem von hysterischer Mutter stammenden und von Geburt an zarten Kinde hatte sich nach dem Überstehen von verschiedenen Kinderkrankheiten im ersten Jahre des Schulbesuches ein schwerer nervöser Zustand allmählich

¹⁾ Einen schweren Fall von Kinderhysterie, der sich bei einem 13jähr. Mädchen mit Schreikrämpfen bei der Nachricht vom Tode der Mutter einleitete, mit maximalen Kontrakturen beider Beine und der Wirbelsäule Streckmuskeln habe ich ausführlich beschrieben. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd 10, 1912).

entwickelt. Die Nahrungsaufnahme war gering, der Versuch besserer Ernährung scheiterte an hartnäckigem Erbrechen; es bestand schlechter Schlaf mit häufigem Aufschreien und Pavor nocturnus, eine Überempfindlichkeit der sensorischen Nerven gegenüber den geringsten Reizen, allgemeine Hyperästhesie der Haut und Gelenke mit enorm rascher Ermüdbarkeit. Der kleine Junge ließ sich immer fahren und tragen, weil er beim Gehen und Stehen Schmerzen empfand und bei der ersten Untersuchung, zu welcher der Junge von seiner Mutter in einem Wäschekorb, in Watte verpackt, gebracht wurde, fand sich folgender Status praesens vom 30. Mai 1899: Blasser, hochgradig abgemagerter Junge, 109 cm groß; Körpergewicht 36 Pfund; allenthalben Spuren abgelaufener Rachitis. An den inneren Organen ist nichts Pathologisches zu finden, wenn man von einer sehr frequenten Herztätigkeit (108 bis 112) und häufig aussetzendem Pulse absieht. Es bestand Hyperalgesie der Haut am ganzen Körper; die Reflexe (tiefe und oberflächliche) waren lebhaft; die Kniephänomene waren wegen andauernder Spannung nicht auszulösen.

Die Bewegungen der oberen Extremitäten erfolgen ausgiebig und dem Ernährungszustand des Jungen entsprechend mittelkräftig. Auffallend atrophisch sind die Beine, deren dürftige Muskulatur an Oberschenkeln und Waden gegen die starken Kniee absticht.

Umfang des Oberschenkels rechts und links (10 cm oberhalb des oberen Patellarrandes) 22 cm;

Umfang des Unterschenkels rechts und links (16 cm unterhalb des oberen Patellarrandes) 18 cm;

Umfang um das Knie rechts und links 26 cm.

Die Beine sind im Kniegelenk gebeugt, nach innen gerollt, adduziert, die Füße in starker Varo-equinus-Stellung. Gehen und Stehen ist absolut unmöglich; Patient rutscht, wenn er sich fortbewegen will, auf dem Gesäß mit Hilfe der Arme. Hebung des Beines im Hüftgelenk im Liegen führt er nicht aus. Wird er dazu aufgefordert, so hebt er das eine Bein mit Unterstützung des anderen einige Zentimeter von der Unterlage ab, oder er schiebt das eine Bein, mit dem Fuße desselben an den anderen langsam hochgleitend, höher. Rotationen im Hüftgelenk nach innen und außen sind ohne Schmerzen möglich, desgleichen passive Ab- und Adduktion. Spontane Beugung im Kniegelenk wird, indem die Ferse auf der Unterlage langsam weiterrutscht, bis zu einem Winkel von 90° ausgeführt, l. < r.; auch bei passiver Beugung kommt man nicht weiter, ohne heftige Schmerzen zu erzeugen; die Bewegungen der Fußgelenke, an denen keinerlei Schwellung usw. wahrnehmbar ist, sind sehr schmerzhaft. Plantarflexion ist aktiv — mit geringer Kraft — möglich, die Dorsalflexion dagegen nicht. Sitzen kann Patient nicht, wegen Schwäche im Rücken, Schmerzen in der Wirbelsäule und im Hüftgelenk; starke Druckempfindlichkeit beider Kniegelenke und der Dornfortsätze der Lendenwirbelsäule.

Der Junge wurde zunächst einer regelrechten Mastkur unterzogen und es war erstaunlich, wie rasch das ewige Brechen des Jungen aufhörte. Daneben wurde langsam Massage der Beine mit ganz vorsichtiger passiver

Gymnastik der Gelenke und Soolbäder angewandt. Das Körpergewicht stieg recht langsam, auch die Beweglichkeit der Beine machte nur kleine Fortschritte. Nach 3 Wochen machte der Patient die ersten spontanen Bewegungen ohne Schmerzen. Die ersten Steh- und Gehversuche scheiterten an einer großen Schwäche der Rückenmuskulatur, Patient kippte beständig vornüber. Am Gehbänkchen lernte er bald unbeholfen gehen, bis er am 13. August 1899, beim Verlassen der Klinik, 10 Minuten — wenn auch noch etwas watschelnd, ähnlich den Kindern mit kongenitaler Hüftgelenksluxation — zu gehen imstande war.

Als sich der Junge am 25. Juli 1900 wieder vorstellte, war er um 10 cm gewachsen; sein Gang bot nichts Abnormes mehr dar. — Patient ist gesund geblieben. Er machte das Gymnasium durch und wurde Schauspieler.

Um Ihnen einen Begriff davon zu geben, wie variabel, ja proteusartig das Bild kindlicher Hysterie sein kann, will ich Ihnen den Auszug aus einer langen Krankengeschichte eines 13 1/2 jährigen Mädchens mitteilen. Sie mögen daraus die übermächtige Wirkung hysterischer Schmerzen, aber auch der Auto- und Fremdsuggestion darauf ersehen!

Nr. 22. E. F. hatte schon als 5jähriges Kind die Angewohnheit, bei den geringsten affektiven Anlässen zu erbrechen (z. B. bei einer bevorstehenden Reise). Mit 9 Jahren litt sie an heftigem Stirnkopfschmerz mit einer etwa 5-Markstückgroßen hyperalgetischen Hautstelle an der Haargrenze auf der Mitte der Stirne. Daneben bestand eine Lähmung der rechten Hand für die Greifbewegung und Hinken wegen Schmerzhaftigkeit der linken Ferse. Ein namhafter Berliner Neurolog beseitigte prompt alle Beschwerden durch Suggestion. Bald nach der Rückkehr aus Berlin erwachte das Kind nachts mit „Unterleibskrämpfen“, die sich in massenhaftem Erbrechen lösten. Dieses wurde nun gewohnheitsmäßig und brachte die Ernährung des Kindes stark herunter. Während dieser Zeit (10. Jahr) trat eines Tages eine schmerzhaftige Kyphose der oberen Brustwirbelsäule auf; 3 Dornfortsätze sprangen deutlich wie ein Gibbus hervor. Die Schmerzhaftigkeit dieser Kontraktur war so stark, daß das Kind tagelang auf dem Luftkissen lag. Allmählich schwand der Schmerz und die Kontraktur, um einer solchen im linken Hüftgelenk Platz zu machen. Auf der Konsultationsreise zu einem Orthopäden in Frankfurt verschwand dieses Symptom; das Kind betrat sein Sprechzimmer normal beweglich. Der Arzt verordnete Gebirgsaufenthalt, der dem Kinde ausgezeichnet bekam. Kurz nach der Rückkehr trat eine vorübergehende schmerzhaftige Kontraktur im rechten Ellbogen- und Schultergelenk auf. Seitdem besuchte das Kind ungestört die Schule. Sie soll eine gutmütige, friedsame und intelligente Schülerin sein und körperlich sich ausgezeichnet entwickelt haben. Nur ab und zu versagt die Hand zum Schreiben. Sie kann dann keinen Buchstaben aus der Feder bringen, sondern nur „Storchschnäbel“. Mit 13 Jahren trat wieder Stirnkopfschmerz mit Erbrechen auf und einige Monate später das Hinken wegen Schmerzen in der linken Ferse. — Als ich das Mädchen untersuchte, fand ich nichts als eine 3-Markstückgroße auf Druck empfindliche Stelle vor dem linken Tarsus. — Hysterie bleibt Hysterie. Das zeigte sich

auch in diesem Fall. Im Jahre 1916 sah ich die Pat. wieder, als verheiratete junge Frau. Sie war mit einem Manne verheiratet, der in 1. Ehe geschieden war. Die Ehe brachte mancherlei Aufregungen. Kurz vor der Aufnahme in die Klinik hatte es eine große eheliche Auseinandersetzung gegeben, weil der etwas lockere Ehemann Gelder der Schwiegereltern veruntreut hatte. Die Patientin reagierte darauf mit kurzem halluzinatorischem Erregungszustand. 2 Tage darauf klagte sie, daß es plötzlich „vor den Augen dunkel wurde“. Mit einer totalen hysterischen Blindheit kam sie in die Klinik, von der sie in knapp 14 Tagen durch Faradosuggestion geheilt wurde.

Ein großes Kreuz für Ärzte und Erzieher ist der hysterische Kopfschmerz. Es ist schwer, ihn zur Unterscheidung von anderen Kopfweharten exakt festzustellen. Man errät seine Natur dann, wenn er prompt bei Ablenkung durch Vergnügen usw. verschwindet. Manchmal kleidet er sich in bedenkliches Gewand, so daß er organische Erkrankungen des Gehirns in Erwägung ziehen läßt (hysterische Pseudomeningitis).

Nr. 23. Ich wurde von einem Kollegen zu einem Knaben von 13 Jahren gerufen. Er erzählte mir, daß der Junge seit etwa 8 Tagen so benommen sei und regelmäßig gegen Abend über starke Schmerzen in der linken Stirn-gegend klagte, dabei hochroten Kopf habe, verlangsamten Puls und Schweißausbruch. Ab und zu gebe er dann verkehrte Antworten. Er habe mehrfach den Knaben auf meningitische Symptome geprüft und ausgefragt. Jetzt klagte der Patient auch über Nackenschmerzen und Übelkeit. Die objektive Untersuchung ergab nichts als einen auffallend verlangsamten Puls, den ich selbst an 2 Abenden als 46—52 in der Minute zählte. Jetzt bestellte ich den Knaben zu mir zur Augenspiegeluntersuchung. Der Befund war normal. Darauf galvanisierte ich den linken N. supraorbitalis mit der nötigen Verbal-suggestion und ließ nach kurzer Sitzung den Knaben auf dem Sopha ruhen. Während er auf dem Sopha lag, schloß ich ihm mit einem leisen Druck die Augen und befahl ihm zu schlafen. Im selben Moment war er in Hypnose mit wunderschöner Katalepsie. Ich suggerierte ihm Dauererfolg der Galvanisation, Appetit und tiefen Schlaf. Abends 6 Uhr verließ mich der Knabe, ging nach Hause, legte sich zu Bett und schlief bis anderen Tages Mittag 12 Uhr. Drei weitere Galvanisationen beseitigten Kopfschmerz und alle anderen Symptome dauernd. Rätselhaft an dem Falle ist nur die eminente Pulsverlangsamung (Vagusreizung?).

Von den hysterischen motorischen Reizerscheinungen sind bei Kindern choreatische Bewegungen (blitzartige Zuckungen in der Schulter- und Rumpfmuskulatur, Chorea electrica), Zittern und allerhand Ticarten beobachtet worden. Im Jahre 1906 herrschte in einer Meißener Bürgerschule eine Zitterepidemie, ausgehend von einem Mädchen; in knapp 3 Monaten erkrankten 134 Schulkinder an den Tremoranfällen. Es handelte sich um ein kurzschlängiges Zittern, das in einzelnen Fällen den ganzen Körper,

auch die Muskulatur des Rumpfes, in anderen nur Arme und Beine, in einer großen Zahl nur den rechten Arm befiel. Manchmal klagten die Kinder über Schmerzen in den Beinen, die als Aura der Anfälle aufzufassen waren; bei anderen bestanden weitstanzähnliche Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur. Die Anfälle währten minutenlang, bis zu Stunden, und traten mehrmals täglich auf, und zwar regelmäßig nur in der Schule (Dix¹). Auch in Basel sind 1891 und 1904 je eine Zitterepidemie beobachtet worden. Ein durch Schreck entstandener Fall von hysterischer Chorea beim Kinde ist folgender:

Nr. 24. M. Z., 14 Jahre alt; ohne erbliche Belastung, entwickelte sich körperlich normal; blieb nur etwas in der Schule zurück.

Drei Wochen vor der Aufnahme erlitt die Patientin einen heftigen Schreck durch einen Hund, der an ihr in die Höhe sprang und ihr das Kleid herunterriß, ohne sie selbst zu verletzen. Sofort nach dem Unfall konnte sie nicht mehr recht sprechen, sie stieß mit der Zunge an und sprach undeutlich. Es war aber kein richtiges Stottern. In den ersten Nächten war der Schlaf gut, dann aber schreckte sie nachts öfter auf und ihrer Umgebung fiel ihr verändertes Wesen auf. Sie ließ alles fallen und ging unsicher.

Klinischer Befund: kräftig gebautes Mädchen in gutem Ernährungszustand, ohne körperliche Degenerationszeichen. Sehnenreflexe sehr lebhaft. Berührungsempfindlichkeit überall erhalten, Schmerzempfindlichkeit o. B. Bewegungen der Extremitäten im Liegen frei. Gaumen- und Würgridreflex ohne Befund, ebenfalls Sprachartikulation. Intelligenzprüfung nichts Abnormes.

Solange Pat. ruhig lag, erschien sie normal; wenn man sie aber anredete, wurde sie unruhig, zappelte mit den Beinen, zuckte mit den Schultern, machte mit den Händen kurze ruckartige Bewegungen, meist im Sinne der Pronation, Drehbewegungen des Kopfes und rollte mit den Augen. Die Stimmung war wechselnd. Wenn man von dem Schreck sprach, weinte Pat. Nach drei Wochen klinischer Behandlung wurde sie etwas ruhiger und konnte auf energische Aufforderung hin sich einige Minuten ruhig verhalten, dann aber kamen die choreiformen Bewegungen wieder. Erst 4 Wochen nach der Aufnahme wurde Pat. geheilt entlassen.

Einen interessanten Fall hysterischen Tics im Anschluß an eine Diphtherieerkrankung kann ich von einem 11 jährigen Knaben mitteilen. Die Art der Geste bei dem Tic läßt sich unschwer als eine hysterische, groteske Verzerrung der bei der Rachenbetrachtung notwendigen Mundöffnung während der Hals-erkrankung erkennen.

¹) Dix, Über hysterische Epidemien an deutschen Schulen. Bericht über den Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge in Berlin 1906. Langensalza 1907.

Nr. 25. A. F. war ein stets leicht erregbares, wildes und geistig lebhaftes Kind, das bis in die letzte Zeit noch nachts einnäste. Der Knabe stellte sich meist im Bette auf und urinierte im Traum. Nach der Diphtherie traten folgende Tics auf, in Zwischenräumen von 5—45 Sekunden, gesteigert durch den Affekt: der Junge wirft den Kopf nach hinten rechts, dabei wird der Mund extrem weit geöffnet und die Zunge entweder weit zurückgezogen oder in den rechten Mundwinkel geschleudert. Die Arme werden dabei entweder mit einem Ruck in die Horizontale gehoben oder stark gestreckt und zwischen die Beine geschoben. Die Augen werden zugekniffen. Dazu wird ein juchzender heiserer Schrei ausgestoßen. Auch leichtere Tics liefen blitzschnell daneben ab: Mundöffnen, Einziehen der Unterlippe, Verziehen der Mundwinkel, Seitwärtsschieben der Zunge. — Der Knabe verriet eine üppige Phantasie mit Neigung zur Lüge und war zu allerhand schlechten Streichen aufgelegt.

Von den zahlreichen Störungen in den Funktionen der inneren Organe, die zum Teil durch lokalisierte Krämpfe in der Eingeweidemuskulatur ausgelöst sind, sah ich bei Kindern nur Störungen der Atmung in Form der Dyspnoe resp. des Asthmas und den bekannten hysterischen Bellhusten. Bei einem 14jährigen Mädchen stellten sich nach einer Kropfexstirpation, die wegen Atemnot und Herzklopfen ausgeführt worden war, starke Dyspnoe ein. Das Kind schnappte dauernd nach Luft, hatte das Gefühl, als ob „das Zwerchfell nicht nach abwärts gehe“ und der Atem auf halbem Wege stecken bleibe. Es suchte diesen Lufthunger durch fortwährendes tiefes Atmen, Räuspern und Husten auszugleichen. Nachts traten Angstanfälle auf. Der Chirurg war geneigt anzunehmen, er habe auf der einen Seite den N. phrenicus durchschnitten. Dem war nicht so. Ein 8jähriger Knabe bekam nach Scharlach Atemnot. Etwa 10 bis 12mal in der Minute mußte er tief Luft holen. Er blieb dabei stehen, stützte die Hände auf die Oberschenkel, zog den Schultergürtel hoch und inspirierte. Im Schlafe ging der Atem ruhig und regelmäßig. Man konnte deutlich sehen, daß die Bauchatmung gleich Null war und daß das Zwerchfell anscheinend krampfhaft in Expirationsstellung verharrete. Faradisation der Phrenici und Atemgymnastik brachten in 14 Tagen Heilung.

Das Erbrechen steht bei der infantilen Hysterie oft im Vordergrund des Krankheitsbildes. Jede Gemütsbewegung, jeder körperliche Schmerz, die Nahrungsaufnahme, ja schon ihre bloße Erwähnung ruft den Brechakt hervor. In diesen Fällen geht das gewohnheitsmäßige Erbrechen Hand in Hand mit einer völligen

Aufhebung des Nahrungsbedürfnisses (hysterische Anorexie). Das sind die für den Praktiker so üblen Hysterien, wo das Kind in der Häuslichkeit nichts ohne Zwang ißt und das mühsam Beigebrachte hartnäckig erbricht, so daß der Kräftezustand in geradezu bedrohlicher Weise leidet.

Nr. 26. E. H., 15 Jahre alt. Von seiten der Eltern keine Belastung. Eine Verwandte der Mutter litt wie die Pat. an Abmagerung durch Nahrungsverweigerung.

Normale Entwicklung. Pat. wollte seit 5 Monaten nichts mehr essen, nachdem bei ihr von einem ihr fremden Mann ein sexueller Annäherungsversuch gemacht war, und magerte stark ab. Sie mußte ständig zum Essen gezwungen werden.

Klinischer Befund: Schlechter Ernährungszustand, 28 kg Körpergewicht; Reflexe normal; Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit intakt. Pat. machte einen leicht gehemmten und deprimierten Eindruck; berichtete, daß sie vor einiger Zeit beim Essen von Kuchen plötzlich wieder Appetit empfunden habe, so daß sie gar nicht mit dem Essen habe aufhören mögen. Das sei aber auch seit 5 Monaten das erstmal, sonst sei sie immer ganz ohne Hunger und Durst. Dabei habe sie keinen Ekel, außer vor den Speisen, die sie auch früher nicht essen konnte.

Während ihres Aufenthalts in der Klinik mußte sie stets beim Essen beaufsichtigt werden. Da sie ständig ohne Appetit war, versuchte sie, Teile ihrer Speisen zu beseitigen, indem sie sie ins Nachtgeschirr goß oder in Kleidungsstücke einwickelte.

Unter Bettruhe und zweistündlicher Nahrungsdarreichung (Milch und Gemüse) hob sich ihr Körpergewicht in 2 Monaten zwar um 12 Pfund (von 28 auf 34 kg), aber die hysterische Anorexie bestand in nur etwas verringertem Maße weiter. Pat. wurde versuchsweise entlassen. Die allmähliche Besserung schien fortzuschreiten, denn Pat. sah gelegentlich einer Vorstellung nach 14 Tagen leidlich aus und hatte wieder eine Gewichtszunahme von 1 kg zu verzeichnen.

Einige Zeit später verschlimmerte sich das Krankheitsbild zusehends. Alle Nahrung wurde verweigert oder sofort wieder erbrochen. Nach 6 Monaten, nachdem alle möglichen Heilversuche erfolglos geblieben waren und Pat. zum Skelett abgemagert war, entschlossen sich die verzweifelten Eltern, ihre letzte Zuflucht zu einem bekannten Kurpfuscher zu nehmen. Dieser wußte durch seine geheimnisvolle Untersuchung und seine „prophetischen“ Vorhersagen für den weiteren Verlauf der Krankheit auf die Pat. so suggestiv zu wirken, daß sich seine Prognose zum größten Erstaunen der Angehörigen auch prompt erfüllte. Am 9. Tage, nachdem der Pat. jeden Tag dreimal mit Gewalt ein von dem Wunderdoktor verordneter Tee eingefloßt war, trat zur vorausgesagten Stunde ein mächtiger Heißhunger ein. Pat. war „gar nicht zu sättigen“. Sie ist bis jetzt (nach 12 Jahren) gesund geblieben.

All die suspekten Erscheinungen auf der Haut (Gangrän, Blutungen, Blasenbildung usw.), die man als trophische Störungen

bei Erwachsenen anspricht, fehlen bei Kindern. Sie sind noch keine so offenkundigen Betrüger, um den Arzt mit solchen Kunstprodukten hinters Licht zu führen. Als Rarität erwähne ich ein 14jähriges Mädchen mit großen hysterischen Anfällen, bei dem in Abständen von Monaten ein weißes schmerzloses Ödem der Unterlippe auftrat, zu Faustgröße anwuchs und ohne Zutun nach einigen Stunden wieder verschwand.

Nach dieser kurzen Schilderung der somatischen Symptome der Kinderhysterie erübrigt noch, ihrer psychischen Anomalien zu gedenken. Grundlegend für das Verständnis vieler hysterischer Erscheinungen sind die Störungen der Gefühlsreaktionen im Sinne einer krankhaften Steigerung, Verringerung oder Labilität (Binswanger). Normalerweise ist die Stärke der Gefühlsreaktion (Lust — Unlust, Erregung — Beruhigung, Lösung — Spannung) proportional der Menge, Intensität und Mannigfaltigkeit der der Hirnrinde zufliessenden Reize. Bei der Hysterie ist diese Wechselwirkung so gestört, daß es entweder bei geringen Reizen zu abnorm starken und nachhaltigen Gefühlsreaktionen kommt oder daß die normalen ausbleiben oder endlich daß abnorm starke mit einer Empfindung oder Vorstellung verknüpfte Gefühlsreaktionen auf den gesamten Vorstellungsinhalt irradiieren. Nur so werden uns die für die Hysterie charakteristischen Stimmungsanomalien, das Reizsame, Exzessive, Wechselvolle und Springende ihres Charakters verständlich. Nur so können wir vor allen Dingen die Macht der eigenartigen Gefühlsreaktion begreifen, die wir als Schmerzgefühle bezeichnen. Das Mißverhältnis zwischen starkem Schmerzgefühl und geringfügiger lokaler Reizquelle ist typisch für Hysterie, und seine Kenntnis schützt uns vor ungerechter Beurteilung ihrer Beschwerden. Im Gegensatz zu diesem Gefühlsübermaß steht ein eigentümlicher Defekt höherer Gefühlstöne Hysterischer, der auch bei Kindern hervortritt. Die altruistischen Gefühle mangeln oft bedenklich. Schon kleine Hysteriker sind krasse Egoisten, undankbar bis zur Schnödigkeit, grob in Worten und Taten gegen ihre Wohltäter. Es erscheint mir immer als eine wohlverdiente Ironie des Schicksals, daß hysterische Kinder ihre Mütter, deren Verzug sie sind, am schlechtesten behandeln. „Gegen fremde Leute Liebkind, zu Hause kleine Satane“, so hört man die Eltern oft genug klagen. In einzelnen Fällen kommt es bei unbedeutenden Anlässen zu

schweren Affektladungen mit Zorn- und Wutausbrüchen, krampfhaft gesteigerten Ausdrucksbewegungen und blinder Zerstörungssucht (Affektkrisen). Ich erinnere mich zweier Gymnasiasten im Alter von 15 und 13 Jahren, die in ihren Affektkrisen sich auf den Boden warfen, schrieten, die Betten im Zimmer umher schleuderten und Möbel zertrümmerten. Für diese Anfälle bestand keine Erinnerung. Bei dem älteren klang die Affektladung jedesmal in schluchzendes Weinen aus. Beide waren zarte Jungen und ehrgeizige Schüler, die sich zurückgesetzt fühlten. Der eine davon zeigte breite hyperästhetische Zonen an der Brust und Streckseite der rechten unteren Extremitäten, der andere sprach lebhaft im Traum.

Von psychischen Elementarstörungen kann man bei hysterischen Kindern öfter Sinnestäuschungen (Halluzinationen und Illusionen) besonders vor dem Einschlafen beobachten. Freilich muß man in der Bewertung der Angaben sehr vorsichtig sein, da sich manchmal nicht exakt scheiden läßt, was die Kinder gesehen, geträumt und erdichtet haben.

Nr. 27. Einen hübschen Fall echter Sinnestäuschungen beobachtete ich bei einem Mädchen, das in einem adeligen Stift untergebracht war, in dem auf alles andere mehr geachtet wurde, als auf Gesundheit und Nerven. Das Kind kam durch intellektuelle Arbeit, schlechte Ernährung und mangelhaften Schlaf herunter. Es konnte in der Schule nicht mehr stille sitzen; der linke Arm und das linke Bein waren beständig in zitternder und schüttelnder Bewegung und der Vortrag der Lehrerin „rauschte nur so am Ohr vorbei“. Nachts konnte es nicht einschlafen, weil es stets eine Eule mit großen, feurigen, klappenden Augen und ein Hundegerippe am Fußende seines Bettes sitzen sah. Wollte das Mädchen die Tiere verjagen, so schnappten sie nach seiner Hand. Es wagte nicht, den Lehrerinnen etwas von dem Spuk zu sagen, vertraute sich aber seiner besten Freundin an und der Erfolg war der, daß diese bald im gleichen Sinne halluzinierte. Das schönste Beispiel für die psychische Infektion der Kinderhysterie! Später hatte die kleine Patientin, wenn sie lange Korridore entlang ging, die deutliche Empfindung, daß ihr ein Mann nachfolgte. Sie spürte seine schwere Hand auf der linken Schulter. Dämmerzustände führten nach Jahren das junge Mädchen in klinische Behandlung.

In intellektueller Hinsicht möchte ich die Tatsache vorweg nehmen, daß sich auch beim Kinde Hysterie oft mit Schwachsinn (Debilität) paart. Aber auch bei normaler Begabung liegen Fehler des Intellekts vor, daß man der Gesamtleistung sich nicht recht freuen kann. Dazu gehören vor allem schwere Schädigungen der Aufmerksamkeit, Zerstreutheit und der Hang zur Träu-

merci. In ausgeprägten Fällen ist der Zustand des Wachträumens so intensiv, daß die kleinen Hysteriker stumpf vor sich hinbrüten, die ganze Realität um sich herum vergessen und in dem Gaukelspiel ihrer romantischen Phantasie untergehen. Manchmal können die Kinder gar keine Rechenschaft über die verträumte Zeit ablegen; wie verstört erwachen sie aus dem dämmerhaften Wachträumen und kein Mensch weiß, welche Gedanken sie derzeit beschäftigten. Ein häufiger Charakterzug der Hysterie von Kindesbeinen auf ist die pathologisch gesteigerte Phantasietätigkeit (Moses). Ein gewisses Maß von Phantasie ist dem normalen Kinde notwendig eigen, sie überschreitet aber das Erlaubte, wenn sie außerhalb des Spiels die Urteile und Handlungen dauernd beeinflußt (Ziehen). Hysterische Phantasten erfreuen sich nicht nur an Märcheninhalten, sie leben darin und gehen darin auf, sie sind die Märchenprinzen und -Prinzessinnen, sie stehen die Ängste der verfolgten Unschuld aus, sie fühlen sich abgestoßen von der Welt, der der Flitter des Märchengoldes fehlt, und ziehen sich in die Einsamkeit zurück. Ich kenne ein hysterisches Mädchen, das einen förmlichen Totenkultus mit seiner vor Jahren verstorbenen Mutter unterhielt. Das Material zu den Phantasiegebäuden wird auch Erinnerungsfälschungen entnommen. Reale Erinnerungen werden phantastisch aufgeputzt, entstellt und in die Phantasie hineingewoben. Träume liefern gleichfalls Stoff dazu. Manchmal werden Erlebnisse sogar frei erfunden und das Bewußtsein, es mit den Kindern der eigenen Phantasie zu tun zu haben, geht den kleinen Phantasten ganz verloren (Erinnerungstäuschungen). Von der krankhaften Phantasie ist nur ein Schritt zur Lüge, die zum Teil bewußt ausgesprochen wird. Die ans Ungeheuerliche streifenden Konglomerate phantastischer Lügentätigkeit hat man bekanntlich als *Pseudologia phantastica* bezeichnet. Das Traurigste an alledem ist, daß der Phantasieinhalt nicht immer harmlos ist. Verderbte sexuelle Phantasie, die sich interessant machen will, greift zu falschen Beschuldigungen und bringt Mitschüler und Erzieher in den Verdacht von Sittlichkeitsattacken. Eigene Unehrlichkeit versteckt sich hinter Erfindungen, die ehrliche Dienstboten ins Gerede des Diebstahls bringen. Man kann nicht vorsichtig genug in der Auffassung von Kinderaussagen überhaupt sein; hysterische Kinder, die von frühester Jugend auf zur Träumerei, Renommisterei und Lüge

neigen, verdienen auch dann die größte Skepsis, wenn eine frappante Detailmalerei örtlicher und zeitlicher Nebenumstände ihren Aussagen den Stempel der Glaubwürdigkeit aufdrückt. Der unterirdische Quell, der die Phantasieverirrungen oft speist, ist die Pubertätsentwicklung.

Nr. 28. In der hiesigen psychiatrischen Klinik lernte ich einen Unterprimaner kennen, der ein schönes Beispiel hysterischer Phantasietätigkeit ist. Er war immer ein intelligenter Junge gewesen und zeigte schon als kleines Kind Neigung zum Reimen. Daneben soll er eitel, putzsüchtig, leckerhaft und großsprecherisch gewesen sein. Seit seinem 13. Jahre trat seine dichterische Begabung, aber auch seine überschwängliche Phantasie deutlicher hervor. Er musizierte stundenlang, improvisierte mit großem Geschick, träumte vor sich hin und schwärmte in den Wäldern herum. Er sagte selbst, daß er stundenlang in seinen Träumereien sich wohltuend verfaß. Mit 16 Jahren verfaßte er ein kleines Mächdendrama, von dem er hoffte, daß es an irgend einer Bühne aufgeführt werden möchte. Dieser Traum beherrschte ihn so, daß er ihn auch bereits verwirklicht sah. Er sah sein Werk aufgeführt, von Erfolg gekrönt, sich selbst im Mittelpunkt von Ovationen, im Besitz großer Einnahmen, bei Hofe vorgestellt und vom Landesherrn protegiert. Selbst bittere Erfahrungen, an denen es täglich in der Schule bei seinem mangelhaften Fleiße nicht fehlte, brachten nur für Augenblicke Ernüchterung, immer flüchtete er wieder ins Land seiner Träume, bis er alle seine Phantasieen selbst glaubte und für wahr hielt. Daraus entsprangen dann eine Reihe unsinniger Handlungen, die den Jüngling in psychiatrische Begutachtung führten. Er pflog mit mehreren Theateragenturen eine umfängliche Korrespondenz, oft im Depeschestil. Frage und Antwort verfaßte er selbst. Die fingierten Antworten hatten für ihn reelle Bedeutung. Er bestellte sich selbst Lorbeerkränze und redete sich ein, daß er sie von seinen Mitschülern bekommen habe. Einige trockene Blätter trug er im Kuvert stets bei sich zum „ewigen Angedenken an meinen ersten Ruhm“. Er ließ sich kostspieliges Briefpapier mit einer Grafenkrone anfertigen. In seinen Papieren fand sich eine ausgedehnte Korrespondenz mit einer Gräfin Str., die er selbst verfaßt hatte. Die fingierte Gräfin redete ihn als „Liebling“ an. In den Briefen war viel von der Kaiserin die Rede. In einer Druckerei gab er den Auftrag, 500 Postkarten mit seinem Bilde zu drucken, die bei der Premiere seines Theaterstücks in Karlsruhe unter dem Publikum verteilt werden sollten. Er kaufte sich kostbare Diamantringe und Brillantnadeln, für Unsummen Parfüms, Dutzende von Kragen — er hatte ja von seinen Auführungen das nötige Geld dazu! Ein Bild des Landesfürsten versah er mit dessen Unterschrift und renommierte mit der höchst eigenhändigen Widmung.

In der Klinik wurden häufige hysterosomnambule Zustände, stundenlanges somnolentes Hindämmern und ein eigentümlicher Wechsel von gehobener und verzweifelter Stimmung bemerkt. Der Patient machte später noch sein Abiturientenexamen. Noch während er in der Klinik lag, hatte er die Freude der wirklichen Annahme und Aufführung eines recht talentvollen, vielversprechenden Theaterstücks an mehreren größeren Bühnen.

Nr. 29. Ähnliches erlebte ich bei einem 16jährigen Untersekundaner. Immer etwas willensschwach und faul, frühreif und intelligent, zeigte er plötzlich eine auffallende Veränderung in seinem Benehmen den Eltern gegenüber. Er wurde verschlossen, wortkarg, selbstherrlich und sah schlecht aus. Der Hausarzt vermutete stärkere Onanie. Nach einer scharfen Strafpredigt von seiten des Vaters „brach der Junge ganz zusammen“ und gestand seiner Mutter zerknirscht, daß er seit Monaten in geschlechtlichem Verkehr mit einer Theaterdame stehe, die ihn verführt habe und von der er nicht loskommen könne. Er machte derartig detaillierte Angaben, daß an der Wahrheit nicht zu zweifeln war. Durch Klatsch kam die Affaire an die Öffentlichkeit und die Schauspielerin strengte eine Beleidigungsklage an. Der Junge lieferte genaue Angaben für den Schriftsatz seines Rechtsanwalts, Lokalskizzen des Trefforts usw. 8—10 mal habe er intim mit der Dame verkehrt. In der sechsstündigen Gerichtsverhandlung stellte sich heraus, daß alles von dem Knaben erfunden war. Richtig war nur, daß er die Schauspielerin 2 Jahre vorher in Tirol kennen gelernt und sie in seiner Vaterstadt in aufdringlicher „anbetender“ Weise in ihrer Wohnung aufgesucht hatte. Erst jetzt, nachdem man stutzig wurde, kam man dahinter, wie der Junge phantastischen Erinnerungsentstellungen unterworfen war. Er erzählte, er habe eine kranke linke Hand vom Üben auf der Bratsche, habe seit 4 Jahren Unterricht und werde demnächst auftreten. Dabei hat er niemals Violine gespielt, wohl aber seine Schwester. In Ostende habe er Pferdepolo gespielt, dabei sei ihm auf dem Sportplatz die Reithose geplatzt und er habe sich unter dem Gelächter des Publikums entfernen müssen. Wahr war, daß er in seiner Heimatstadt dem Radpoloklub angehörte. — Hier lernte er unglücklicherweise die Lebensgeschichte eines Mitpatienten näher kennen, der wegen homosexueller Neigungen das Opfer eines Erpressers geworden war. Im Anschluß an einen bekannten Tagesprozeß wegen homosexueller Delikte (Moltke-Harden) schrieb er später an den Herrn, er habe in Erfahrung gebracht, daß man in dessen Landeshauptstadt eine schwarze Liste der Homosexuellen aufstelle und daß er durch Zufall bei einer befreundeten Dame eine andere kennen gelernt habe, die von der Polizei als Spitzel für den § 175 Str.G.B. bezahlt werde und speziell auch auf ihn Acht haben müsse. Er werde versuchen, den Spitzel unschädlich zu machen, denn es sei doch für seinen homosexuellen Freund nicht angenehm, wenn allenthalben, z. B. bei seiner Dienerschaft herumgehört würde. Der eingeschüchterte Homosexuelle, dem das schlechte Gewissen wohl die klare Überlegung etwas trübte, setzte diesen Briefwechsel fort, in dem der Gymnasiast den beschützenden Gönner spielte und endlich mitteilte, er habe den weiblichen Spitzel dadurch außer Aktion gesetzt, daß er ihm drohte, ihn wegen Preisgebung seines Dienstgeheimnisses bei der vorgesetzten Behörde zu denunzieren. Als Gratifikation für seine Freundin, durch die er den weiblichen Spitzel kennen gelernt habe, befürwortete er ein kleines Nähetai oder ein einfaches Schmuckstück (!). Die Geschichte war natürlich von A—Z erfunden. Wie leicht hätte der Jüngling selbst in die Rolle des Erpressers verfallen können!

Selbst die eigenen Eltern sind nicht sicher vor phantastischer Denunziation. So schrieb ein 11 jähriges Mädchen, das von frühester Kindheit an an zahlreichen hysterischen Schmerzen gelitten und einmal einen halluzinatorischen Erregungszustand durchgemacht hatte, ohne irgend einen Grund an das Polizeiamt seiner Vaterstadt folgenden Brief: „Sehr geehrtes Amt! Entschuldigen Sie meine Schrift, aber die Leute, wo ich wohne, haben mich schon wieder so schrecklich gehaut und sogar mit dem Messer, da haben Sie mich bedroht, daß sie mich töten wollen. O bitte, lassen sie mich holen! Hochachtungsvoll E. R.“ Eine 13 jährige Grande-hysterie mit schweren konvulsivischen Attacken (vgl. Krg. Nr. 34) beschuldigte ihren eigenen Vater, daß er sie geschlechtlich mißbrauchte Sie habe ein Kind gehabt, das aber nur 3 Tage gelebt habe. Sie beschrieb den angeblichen Koitus mit dem Vater in allen Details und erzählte auch, daß er vorher mit einem Instrument ihre Vagina erweitert habe. Es wurde Anklage gegen den Vater erhoben. Auf Anordnung des Gerichts wurde das Mädchen untersucht; dabei stellte sich heraus, daß es absolut unberührt und außerdem mit einer Entwicklungsstörung der Genitalien (*Pseudohermaphrodisia externa*) behaftet war.

Daß die hysterischen Erinnerungstäuschungen geradezu wahnhaften Charakter annehmen können, zeigte mir der Fall einer jungen hysterischen Dame, die als 14 jähriges Mädchen den Gedanken nicht mehr los wurde, einen kleinen Jungen vergiftet zu haben. Mit absoluter Sicherheit glaubte sie sich zu erinnern, daß sie an einem bestimmten Tage den Knaben an sich gelockt und ihm starke Schlafpulver eingegeben habe. Sie wußte genau, wie er ausgesehen hatte, was sie miteinander gesprochen hatten, auf welchem Platze das Verbrechen begangen worden war. Das Mädchen fühlte sich ganz als Mörderin, trug die „Gewissensschuld“ mehrere Jahre mit sich herum, wollte sich selbst anzeigen und beruhigte sich erst, als die von ihrem Vater angestellten Nachforschungen ergeben hatten, daß in der Stadt an dem fraglichen Tage überhaupt kein Knabe gestorben war, auf den das Signalement, das die Tochter gab, gepaßt hätte.

6. Vorlesung.

Die Hysterie im Kindesalter.

(Paroxystische Krankheitserscheinungen; Behandlung.)

M. H.! Die paroxystisch d. h. in Anfällen auftretenden Krankheitsbilder der Kinderhysterie sieht, wie ich schon in der letzten Vorlesung sagte, am häufigsten der Psychiater. Das ist verständlich, weil in vielen Fällen die Attacken konvulsivischer Entladung durch ihre tiefe Veränderung des Bewußtseins, durch ihre psychopathologischen Reizphänomene und die oft damit verknüpften grotesken, stürmischen Ausdrucksbewegungen der Kinder auf die Umgebung einen derart alarmierenden Eindruck machen, daß über die Instanz des Hausarztes hinweg klinische Hilfe in Anspruch genommen wird. Die Eltern kommen meist ganz verzweifelt zu uns und können es kaum glauben, daß es sich bei diesen Krankheitszuständen um eine Erscheinungsform der Kinderhysterie handelt.

Sie bekommen den besten Begriff von der Vielseitigkeit hysterischer Anfallstypen, wenn ich Ihnen einige Schulfälle vorführe:

Nr. 30. Maria Pf., 14½ Jahre, ein gesundes, intelligentes und lebhaftes Kind, das seit einem Jahre menstruiert war. Es war seit zwei Jahren im Hausdienste bei einem epileptischen Dienstherrn und war öfter Zeuge seiner Anfälle. Ende März wurde sie von dessen Ehefrau zu einem besonders heftigen Anfall gerufen, mitten in der Nacht, und erschrak sehr. Vier Wochen später bekam sie selbst den ersten Anfall. Die Anfälle wiederholten sich dann in Pausen von 2—4 Wochen. Der Ortsgeistliche veranlaßte, als er einmal einen Anfall in der Konfirmandenstunde gesehen hatte, die Einweisung in die Klinik. Der Hausarzt hatte von „Blutkrämpfen“ gesprochen. Es handelte sich eigentlich nicht um Krämpfe. Die Eltern und Geschwister erzählten: Marie setze sich plötzlich hin, wiege den Kopf hin und her, spreche nicht und schlage dabei fortwährend die Hände kreuzweis übereinander. Diese Anfälle sollten meist 2 Stunden dauern. Darnach er-

wache die Pat. mit Kopfschmerzen. In der Klinik wurden verschiedene Typen von Anfällen beobachtet:

1. Bewußtlosigkeit; Pat. liegt wie schlafend, bewegt nur den Kopf von einer Seite zur andern; die Glieder sind schlaff, die Pupillen mittelweit und reagieren prompt und ausgiebig auf Licht. Die Empfindung der Haut ist am ganzen Körper erloschen. Nur bei Stich in die Nasenscheidewand erfolgt ein schmerzhaftes Verziehen des Gesichts. Nach 10 Minuten Erwachen; vollkommene Erinnerungslosigkeit; alle Empfindungsqualitäten ohne Störung.

2. Wird bewußtlos auf der Treppe gefunden: Glieder schlaff, Augen geschlossen, am ganzen Körper gefühllos. Kleine Zuckungen in den Augenlidern. Zu Bett gebracht: Leichte tonische Kontraktur in den beiden Sternocleidomastoidei; Zwerchfellklonus (Singultus); klonische Zuckungen im r. Daumen und Zeigefinger; l. Bein etwas rigider als r. Patellarreflex l. < r. Pupillarreaktion prompt und ausgiebig; Sensibilität erloschen. — Nach 20 Minuten liegt die Pat. ruhig im Bette, die Augen halb geöffnet, und dreht den Kopf langsam von einer Seite zur andern; ab und zu klonische Stöße im Schultergürtel; leichte Reaktion auf Nadelstiche (Stich durchs Nasenseptum kein Schmerz, aber Tränenerguß). — 30 Minuten nach Beginn des Anfalls langsamer Tremor capitis; wechselnde Blickrichtung (Halluzinationen?) oder die Augen weit geöffnet nach der Decke gerichtet. Pat. lächelt. Nach einer Stunde klar.

Eine Sensibilitätsprüfung ergibt jetzt: Vollkommene Anästhesie und Analgesie der Bauchhaut; Analgesie des ganzen Körpers bei erhaltener Berührungsempfindlichkeit. Nur ein handbreiter Gürtel in der Lendengegend ist normal empfindlich.

3. Pat. wird ganz rot im Gesicht und sinkt zusammen. Nach kurzer Zeit wieder klar. Kopfschmerzen r. Es wird der Pat. eröffnet, daß sie entlassen würde, wenn sie 4 Wochen anfallfrei sei. Suggestion wirkt. Geheilt entlassen.

Nr. 31. F. M., ein 10jähriger Knabe, ist das 6. Kind seiner Eltern. Er wurde als kräftiges Kind geboren. Im 4. Jahr war er sehr dick, so daß er oft beim Treppensteigen „Luftmangel“ hatte. Im 5. Jahre nahm er rasch ab, war sehr still, einsilbig und mied die anderen Kinder. Ein Arzt diagnostizierte damals „Gehirnverzehrung“ (?). Eine Oberschenkelfraktur, die er bei einem Sturz mit 6 Jahren erlitt, heilte mit einer geringen Verkürzung des r. Beins. In der Schule erwies sich der Knabe als wenig begabt, eigensinnig, etwas pedantisch, aber sonst ohne größere Kinderfehler. Mit knapp 10 Jahren kam er in die Realschule. Schon nach 8 Tagen fühlte er, daß er ihren Anforderungen nicht gewachsen war. Er zog sich einen „Strafzettel“ zu, der ihn sehr wurmte. Er aß und trank nicht mehr richtig, saß immer nur hinter seinen Büchern. 2 Tage darauf brach der Junge auf dem Heimweg von der Schule an der Haustüre ohnmächtig zusammen. Tags darauf bekam er im Zimmer den ersten Krampfanfall: er fiel um, zuckte mit allen Gliedern und schlug sich mit den geballten Fäusten auf die Schenkel und ins Gesicht. Dauer 5 Minuten. Nachdem er wieder zu sich gekommen war, fragte der Junge lächelnd: „Was war denn nur? Ich habe

Durst, ich will Kaffee!“ Diese Anfälle wiederholten sich mit zunehmender Intensität und Dauer täglich bis zu 10 mal. Der Junge wurde plötzlich matt, legte sich aufs Sofa, schloß die Augen, zuckte an Armen und Beinen, schlug mit den Fäusten, drehte sich auf den Bauch, schlug und biß in die Kissen, trampelte auf dem Sofa herum, überkugelte sich und duldete keine Annäherung. Plötzlich wurde er ruhig, legte sich wieder auf den Rücken, zuckte noch einigemal am ganzen Körper und erwachte lächelnd: „Ich will Kaffee!“

In der Klinik war er 8 Tage lang ohne Anfall. Er schlief nur sehr unruhig und sprach im Schlafe. Am 9. Tage begannen die Attacken wieder, mit etwas verändertem Typus: Gewöhnlich in der Ruhezeit (nie beim Spaziergang oder beim Spielen im Garten) schlossen sich plötzlich die Augen des Knaben, so daß er nicht mehr zu erwecken war. Dann fing er an, langsame kreisende Bewegungen mit den Armen in der Luft auszuführen. Dabei war das Gesicht und der Körper ganz regungslos. Plötzlich kam Leben in den Körper: der Junge fing an zu zielen und schießen. Dabei rief er: „das war gut getroffen, 2 Adler“, (nach unten zielend) „eine Schlange“. (Nach einer Weile) „nun hab ich 13 Wölfe, 2 Adler“. Er fühlt sich als Führer einer Jagdtruppe, der er Befehle gibt. $\frac{3}{4}$ Stunden dauert die Jagd. Dann hört die Szene auf. Er legt sich still hin, zuckt einmal mit dem ganzen Körper, lächelt und verlangt zu trinken. Ein andermal sieht er im Anfall ein Dampfschiff auf sich zukommen: „die Wellen gehen immer höher“. Er macht Schwimmbewegungen, Todesangst malt sich auf seinem Gesicht. Ins Bad gebracht, macht er die Schwimmversuche weiter. Erst im Bett erwacht er wieder. Ein andermal verlief der Anfall folgendermaßen: Der Junge schläft ein, zuckt einmal durch den ganzen Körper und wirft dann monoton den Kopf von rechts nach links abwechselnd mit Aufrichten des Oberkörpers, 50 Minuten lang. Er stöhnt und keucht mit hochrotem Gesicht, er schwitzt triefend. Jeder Berührung weicht er ängstlich aus. Zum Schluß: Augenreiben, Lächeln, Verlangen nach Wasser.

Trotz aller Behandlung nahm in den ersten vier Wochen die Schwere der Anfälle zu. Sobald der Knabe ins Bett kam, wurde er schläfrig, schloß die Augen, antwortete nicht mehr, begann die monotonen kreisenden Arm- oder die Schleuderbewegungen des Kopfes. Regelmäßig folgte dann eine lange delirante Periode mit wechselndem Inhalte: der Knabe war in seinem Delirium entweder auf der Jagd oder auf dem Wasser, kämpfte, schlug um sich, schoß, lachte, ruderte, weinte, schrie, bellte auch gelegentlich eine Stunde lang wie ein Hund, wühlte sich in die Betten ein und wehrte sich mit Schlagen, Beißen und Kratzen gegen jede Annäherung. Zuweilen klemmte er ein Kissen zwischen die Beine und ahmte auf dem Bauche liegend den Coitus in Bewegung, Atmung und Gesten nach. Dieses Stadium halluzinatorischer Erregtheit dauerte bis zu $1\frac{1}{2}$ Stunden. Plötzlich trat Ruhe ein. Dann lag der Junge regungslos ausgestreckt auf dem Bett tief atmend. Nach längerer oder kürzerer Zeit verzog er schmerzlich das Gesicht; darauf folgten einige Stöße mit den Beinen mit Hebung des Beckens und ein tiefer Seufzer. Schließlich begann der Knabe zu weinen, rieb sich die Augen, verlangte Wasser, trank ein volles Glas gierig aus und erwachte endlich

nach mehreren Stunden ohne jegliche Erinnerung für alles, was sich abgespielt hatte.

Der Knabe hatte einen breiten, viereckigen asymmetrischen Schädel, abstehende Ohren, einen steilen schmalen Gaumen und unregelmäßig gestellte Zähne; die oberen Eckzähne standen außerhalb der Zahnreihe; die Hoden waren noch nicht ganz ins Skrotum getreten. Die Intelligenz des Knaben war gering; er erschien debil. Außerhalb der Anfälle war er freundlich, artig und leicht lenksam, etwas empfindlich und leicht zum Weinen geneigt. Die einzige Unart war, daß er oft z. B. beim Lesen und wenn er beschäftigungslos auf dem Sofa lag, an den Genitalien spielte. Auf Spaziergängen wurde häufig bemerkt, daß er wetzende Schenkelbewegungen ausführte. Er wurde „feuerrot“, wenn man ihn aufforderte, ordentlich zu gehen. Bei geistiger Beschäftigung ermüdete er ungemein rasch und erfaßte den Sinn von Erzählungen schlecht.

Nach 5wöchentlicher Behandlung hörten die Anfälle plötzlich auf. Nur einmal wurde noch ein anderer Typus von Krampfanfall beobachtet. Der Junge sollte morgens eben seine übliche Abreibung bekommen, da wurde er, als er sich anschickte, das Bett zu verlassen, plötzlich am ganzen Körper steif: die Arme im Ellbogen gebeugt, die Finger in Krallenstellung gespreizt, die Beine hochgezogen und übereinandergeschlagen. Nach wenigen Sekunden löste sich der Krampf, der Junge gähnte und erwachte und bemerkte zu seinem Schreck, daß er eingenaßt hatte. Nach 3monatiger Behandlung wurde der Knabe geheilt entlassen. Er ist gesund geblieben, hat die Realschule absolviert und nimmt jetzt als 23jähriger Mann eine arbeitsreiche Stellung in dem Großbetriebe seines Vaters ein.

Nr. 32. H. F., 13 Jahre alt, Gymnasiast; war ein guter Volksschüler. Erst seit der Versetzung ins Gymnasium war eine Veränderung in seinem Wesen bemerkbar. Er wurde zerstreut, neigte zur Lüge und konfabulierte sehr stark, um seine Verfehlungen zu vertuschen. Er verborgte z. B. Geld, das ihm zur Begleichung von Rechnungen anvertraut war, leichtsinnig an Mitschüler und erfand dann ganze Romane über die Art, wie ihm das Geld abhanden gekommen sei. Trotz intensivster Züchtigungen nahm er es mit fremdem Eigentum (Bleistifte, Schreibhefte) nicht sehr genau. Mit 12 Jahren lief er einmal nach einem Streit mit der älteren Schwester durch einen Bach, setzte sich auf dem jenseitigen Ufer in den nassen Kleidern unter einen Baum und drohte mit Selbstmord. Zurückgeholt, verschwand er Abends wieder. Man fand ihn mit einem Sofakissen im Keller, wo er schlafen wollte. Er wurde immer schwerer lenkbar: bald war er heiter und freundlich, dann wieder zornig und widerspenstig. Manchmal näßte er nachts noch ein. Morgens war er kaum zu erwecken, er brauchte $\frac{1}{4}$ Stunde, bis er ganz wach war. Sieben Wochen vor der ärztlichen Konsultation traten unvermittelt die ersten Anfälle auf, die folgendermaßen verliefen: Der Junge fällt ohnmächtig um, nachdem er über Schwarzwerden vor den Augen geklagt hat, stöhnt dann kurz auf, kneift die Augen zu, zieht Arme und Beine stark an, krümmt den Oberkörper ganz nach vorn, so daß die Stirne die hochgezogenen Kniee berührt und schnell dann wie ein gespannter Bogen rückwärts. Dann beginnt der dramatische Teil des Anfalls; der Knabe wälzt

sich im Bett herum, schlägt mit den Fäusten gegen die Wand, wütet, wenn man ihn fassen will, wühlt grunzend das Bettzeug durcheinander, wirft sein Taschentuch auf den Boden, kriecht auf allen Vieren ihm nach, greift nach ihm, wie man etwa einen hüpfenden Frosch greift, und wirft es mit einem Pfuirufe und abscheuerfülltem Gesichte wieder weg. Plötzlich legt er sich still hin und erwacht nach einer Minute ohne Erinnerung für den Vorgang. Die Anfälle wiederholten sich stets gegen Abend. Ich bemerkte bald, daß der Junge stark masturbierte. Er war sehr erstaunt und zerknirscht, als ich ihm dies auf den Kopf zusagte. Ich redete ihm ernstlich zu, es zu lassen; die Anfälle würden mit Aufhören der Masturbation schwinden. Am 4. Tage darnach hörten die Anfälle auf und kamen nicht wieder. Hysterische Stigmata mangelten bei dem Knaben vollständig.

Nr. 33. E. W., 16 Jahre alt, stammt aus erblich belasteter Familie: der Vater ist Diabetiker, die Mutter hysterisch, ihr Bruder geisteskrank; eine jüngere Schwester der Patientin leidet an Tics (Schütteln des Kopfes), das periodisch für Wochen auftritt. Bei dem Mädchen zeigte sich schon mit dem 5. Lebensjahre eine vorübergehende lähmungsartige Schwäche eines Beines, das sie nachschleppte. Mit 9 Jahren hatte sie den ersten Krampfanfall, der sich später etwa einmal jährlich wiederholte. Die Patientin klagt zuerst über heftige Kopfschmerzen, wird bewußtlos und bekommt dann Zuckungen und Verdrehungen in Armen und Beinen, die in den wechselvollsten Variationen 2–3 Stunden anhalten. Dann springt sie aus dem Bett, reißt sich die Wäsche vom Leibe und zertrümmert Gegenstände des Schlafzimmers. Diese tobsüchtige Erregung dauert etwa eine Stunde; dann bleibt das Mädchen in einem lethargischen Schlafzustand, mit geschlossenen Augen, oberflächlich atmend, ganz blaß, stundenlang liegen und erwacht amnestisch. Im 15. Jahre traten die Anfälle häufiger auf, zuletzt täglich, regelmäßig morgens um 8 Uhr und punkt 5 Uhr abends erwachte das Mädchen aus der Lethargie. Einmal stellte sich im Anschluß an einen Anfall eine Abasie-Astasie ein, ein andermal kompletter Mutismus, die beide 14 Tage anhielten. Mit dem Eintritt in die Klinik hörten die Anfälle ohne jegliche Spezialbehandlung auf. Keine hysterischen Stigmata.

Nr. 34. M. N., 13 Jahre alt; sie ist das Mädchen, das ich Ihnen in der letzten Vorlesung als Beispiel der phantastischen Denunziation auf Grund von Erinnerungstäuschungen vorführte. Es hatte während der klinischen Beobachtung zahlreiche schwere Anfälle: Die Patientin springt z. B. plötzlich aus dem Bett, wälzt sich unter das Sofa und schreit: „der Wolf, der Wolf!“ Hervorgeholt und zu Bett gebracht, liegt sie mit geschlossenen Augen, lächelnd wie im Traume da. Auf einmal kommen klonische Zuckungen in die linke Körperhälfte und mit einem Karpfensprung sich überschlagend schnell sie aus dem Bett, um auf dem Bauche, die Arme und Beine in tonischer Spannung weit ausgestreckt, liegen zu bleiben. Dann treten Schleuderbewegungen des Kopfes und der Extremitäten auf. Endlich tritt Ruhe ein. Die Pat. richtet sich langsam in die Höhe, stützt sich auf die Arme, sieht mit schreckhaftem Gesichtsausdrucke gerade aus, stößt Schreie aus, macht Abwehrbewegungen und rutscht auf dem Bauche rückwärts.

Versucht man sie festzuhalten, so erfolgt wütendes Strampeln und Umsichschlagen. Dieser Zustand dauerte in wechselnder Modifikation mit allen möglichen Drehungen und Verzerrungen etwa $\frac{3}{4}$ Stunden lang. Die Pat. ließ sich zu Bett bringen und erwachte amnestisch.

M. H.! Nach den angeführten Beispielen mögen Sie ermessen, wie mannigfaltig die Bilder der schweren paroxystischen Kinderhysterie sind. Alle Fälle haben aber gemeinsame Charaktere. Zunächst krampfartige Bewegungen! Sie haben eine gewisse Ähnlichkeit mit epileptischen Krämpfen, namentlich wenn die Krampfkomponeute das Anfallsbild vollkommen ausmacht, wie etwa in dem zuletzt geschilderten Anfalle des F. M. (vgl. Krg. Nr. 31). Freistehend und ohne Zusammenhang mit dem übrigen typischen Krankheitsverlaufe könnte ein solcher sehr wohl als epileptisch angesprochen werden. Im allgemeinen sind vollentwickelte konvulsivische epilepsieähnliche Anfälle bei der Hysterie des Kindesalters selten. Der einfache, ich möchte fast sagen lapidare Krampftypus, wie wir ihn bei der Epilepsie kennen lernen werden, fehlt bei der Hysterie. In deren meisten Krampfbewegungen liegt Mimik, und durch das Zusammenwirken synergistischer Muskelgruppen erschöpft sich der große hysterische Anfall in den vorhin geschilderten grotesken Bewegungen, Verdrehungen und Körperhaltungen. In die Krampfbewegungen schieben sich delirante Phasen ein, Bewußtseinstrübungen traumhafter Art mit lebhaften Sinnestäuschungen, in denen bewegte Visionen von Tieren und andere schreckhafte Begegnungen das Häufigste sind. Eine gewisse Beeinflussung des Delirs durch äußere Einmischung (Körperberührung, Suggestion des Arztes) ist unverkennbar. Ebenso deutlich bemerkt man, daß in den Delirien mit Vorliebe die gleichen Situationen durchlebt werden und zwar solche, die sich als die mehr oder weniger phantastische Verzerrung früher erlebter Szenen erkennen lassen, die in dem Affektleben der Kinder eine große Rolle spielen, z. B. eine Tierbegegnung, ein Brandunglück, eine sexuelle Szene, ein eindrucksvoller Traum (Erinnerungsdelir). Mit dem Abschluß des Anfalls ist eine vollkommene Erinnerungslosigkeit (Amnesie) verknüpft. Nur manchmal sagen die Kinder: „ich habe wieder den wüsten Traum gehabt“. Ich weise darauf hin, daß der Ausbruch der Anfälle zeitlich oft mit offenbarer geistiger Mehrbelastung (Schulwechsel) zusammenfällt. Auf das Durchschimmern der sexuellen Wurzel in dem bizarren konvulsivischen Gefüge darf ich Sie nochmals aufmerksam machen, was auf

die Umwandlung psychosexueller Erregung in hysterische Anfälle deutet. Sexuelles Trauma hatte ich nur in dem schon in der letzten Vorlesung angeführten Falle (Krg. Nr. 17) zu verzeichnen, der in bezug auf seine Anfälle sehr dem in Krg. Nr. 34 ähnelte, wo auch ein sexuelles Trauma vorlag, — aber nur in der Phantasie des Mädchens. Für den traumatischen Effekt ist Realität und Phantasie gleichwertig.

In den angeführten Beispielen finden Sie neben den konvulsivischen auch solche, die man als larvierte Anfälle oder psychische Äquivalente der hysterischen Paroxysmen bezeichnet: die Ohnmacht (Synkope) und den hysterischen Schlafzustand (Lethargie). In dieselbe Gruppe gehören die hysterokataleptischen Anfälle, die durch eine eigentümliche Muskelstarre mit wächserner Biegsamkeit und durch das Erhaltensein des Bewußtseins ausgezeichnet sind. Ich behandelte vor Jahren einen debilen, hysterischen Jungen. Er stammte von hysterischer Mutter und wurde als Spätling in der Familie immer stark verwöhnt, zumal er sehr zarter Konstitution war. Er war mäßiger Hydrozephalie auf rachitischer Basis und litt im 5. Lebensjahre schwer unter einem Scharlach. Ein Jahr später sah ich ihn mit hysterischer Anorexie, Erbrechen aller Mahlzeiten und Wutanfällen mit Tätlichkeiten gegen die Mutter. Eine klinische Behandlung hatte glänzenden Erfolg. Späterhin trat Erbrechen nur noch bei psychischer Erregung auf. Später war er lange Zögling eines Erziehungsheims und führte sich musterhaft. Doch war sein körperliches und psychisches Befinden stärkeren periodischen Depressionen unterworfen (Appetitlosigkeit, Abnahme des Körpergewichts, geistige Hemmung). Jeder Ferienbesuch im Elternhause löste mit der Sicherheit des Experimentes Rückfälle der Wut- und Eigensinnsausbrüche gegen die Mutter aus, die er zum Dank für ihre treubesorgte Zärtlichkeit anspuckt, beißt, kratzt, tritt und schlägt. Bei einem Besuch traten auch regelmäßig beim Versagen eines Wunsches oder bei den Mahlzeiten „Ohnmachten“ auf, die nichts anderes waren als kataleptische Anfälle: Der Junge streckte Arme und Beine steif von sich und bohrte den hochroten Kopf in den Nacken, dann wurde er leichenblaß. Die Anfälle, während derer das Bewußtsein erhalten war, dauerten 5—10 Sekunden.

Eine Gruppe kleiner hysterischer Anfälle macht wegen ihrer Ähnlichkeit mit den epileptischen petit-mal-Attacken erheb-

liche diagnostische Schwierigkeiten, die wir dort ausführlich zu erörtern haben werden. Es handelt sich um kurzdauernde Anfälle mit Bewußtseinsverlust und rudimentären Krampfbewegungen, die sich zum Teil ganz flüchtig in umschriebenen Muskelgruppen abspielen. Sie treten wie das epileptische petit-mal gehäuft auf. Kennt man die individuelle psychische Konstitution des Kindes und die Entwicklung der Anfälle aus anderen Symptomen heraus nicht und hat man nicht daneben noch andere typische hysterische Erscheinungen, so liegt eine Fehldiagnose nahe, die erst durch den Verlauf richtig gestellt wird. Ich verfolge übrigens diesen Anfällen gegenüber, wenn ich nicht ganz sicher bin, das Prinzip, stets zuerst die Epilepsie in den Bereich der Erwägung zu ziehen und den Eltern es ruhig zu sagen, selbst auf die Gefahr hin, daß man mir die Fehldiagnose später unter die Nase reibt.

Nr. 35. K. G., 8 Jahre alt, klagte schon mit 5 Jahren über Kopfschmerzen in der Stirne. Er war ein geweckter Junge und guter Schüler. Vor kurzem wurde er, während er auf der StraÙe spielte, von einem 16jähr. Burschen mutwillig überfallen und in roher Weise an den Ohren gerissen. Er lief schreiend zu seiner Mutter und klagte, der Kopf tue ihm weh. Einige Stunden später fiel er vom Sofa, blickte erschrocken um sich und erklärte auf Befragen, er habe Schwindel bekommen. In der Folgezeit traten die Anfälle folgendermaßen auf: Er verliert für einige Augenblicke das Bewußtsein, macht einige Greifbewegungen mit der rechten Hand, holt mehrmals tief Luft und fängt an zu weinen. Die Anfälle häuften sich derart, daß der Junge die Schule nicht mehr besuchen konnte. Sie traten gerne nach Erregungen auf, z. B. wenn er gescholten wurde. Manchmal reagierte er nach den Anfällen auf Anrufen, verkannte aber seine Umgebung und bezeichnete vorgehaltene Gegenstände falsch (Vorbeireden!). Ein solcher „Dämmerzustand“ dauerte bis zu einer Stunde. Dabei hielt gewöhnlich der Luftmangel an; der Junge klagte über Brennen in der Brust, in Händen und Füßen und war sehr empfindlich gegen jede Berührung, besonders am Kopfe. Heilung.

Nr. 36. O. Z., 12 Jahre alt; eine Schwester des Vaters leidet an Epilepsie; sehr gute Schülerin. Durch Schularbeiten aus „Ehrgeiz“ etwas überanstrengt, sah sie in der letzten Zeit blaß aus, wurde weinerlich und schreckhaft, hatte Angst vor den großen Spinnen, wollte nicht mehr allein schlafen und beschäftigte sich mit dem Gedanken, ob sie wohl sterben müsse. 5 Wochen vor der Konsultation traten Anfälle auf: Sie ruft „Mutter halte mich“, dabei gehen einige Zuckungen über das Gesicht, die Halsmuskeln (Platysma!), Arme und Beine, während das Bewußtsein für einige Momente aufgehoben ist. Nach einigen Sekunden ist der Anfall vorüber und der Mund voll Speichel. Während des Anfalls hält sich die Patientin auf den Füßen und näßt nicht ein. Sie gibt an, daß es „am Halse und im Gesichte so kitzelt, wenn es kommt“. Von den Zuckungen weiß sie nichts. Der

Gaumen-, Würg- und Konjunktivalreflex fehlte. Das Kind wurde 2 Monate aus der Schule genommen. Die Behandlung in der Häuslichkeit nützte gar nichts. Da sagte ich eines Tages in meiner Sprechstunde zur Mutter in Gegenwart des Kindes, daß ich bei der schlechten Nahrungsaufnahme und den fortdauernden Anfällen die Aufnahme in die Klinik für nötig hielt. Von Stund an war das Kind wie ausgewechselt: es aß flott, ging allein zu Bett, und die Anfälle blieben aus. Was ich für Epilepsie gehalten hatte, war echte Hysterie. Noch heute nach Jahren treffe ich oft das blühende Mädchen und freue mich an ihrer glänzenden geistigen Entwicklung.

Nr. 37. H. S., 11 Jahre alt, war ein äußerst schwächlicher, blutarmer Junge; über die Norm altklug, phantasiebegabt und ein kleiner Erziehungshypochonder. Seit zwei Jahren bemerkten die Eltern, daß der Junge unruhig schlief, sich hin- und herwarf und sich ab und zu im Bette aufrichtete, um nach Luft zu schnappen. Dieser nächtliche „Lufthunger“ wuchs und dauerte schließlich 2-3 Minuten. Darauf hustete der Junge regelmäßig etwas Schleim aus und schlief weiter. Man hielt diese Erscheinung für nervöses Asthma. Allmählich häuften sich die Anfälle und traten (bis zu 15 mal) auch am Tage auf. Der Junge gab an, daß er merke, wenn der Anfall kommt. Er verspürt Stechen im l. Auge, das l. obere Augenlid fängt an zu zucken, der Mund wird „aufgezogen“; er kann nicht sprechen und hat das Gefühl, als ob er keine Luft bekomme, weil „etwas Dickes wie eine Kartoffel im Halse sitze“. Die Eltern behaupteten, daß der Junge während des Anfalls alles sehe und höre. Nach 2-3 Minuten war der Krampf vorbei; der Junge hustete etwas Schleim aus und fühlte sich gleich wieder ganz wohl. Daß zu Beginn des Anfalls das Bewußtsein aufgehoben war, zeigte folgender Versuch: Ich ließ den Jungen sofort Salmiak riechen. Er verzog zwar sein Gesicht, wußte aber nach dem Anfall nichts von dem stechenden Geruch. Außer einigen Druckpunkten am Kopfe war nichts an dem Jungen zu finden. Eine vierwöchige Behandlung war ohne Erfolg. Kurze Zeit darauf machte der Knabe Masern und Diphtherie durch. Während der Fieberperiode war er anfallsfrei. Erst im Verlaufe von 2 Jahren nahm die Zahl der Anfälle ab und schließlich blieben sie ganz aus. Der Junge blieb anfallsfrei, wurde groß und kräftig und besuchte als ausgezeichnete Schüler das Gymnasium. Er machte den Krieg mit. Während der Kämpfe in Rumänien lag er wegen Ruhr im Lazarett; in der Rekonvaleszenz traten wieder die Anfälle mit Luftknappheit auf, verloren sich aber auf einem Heimaturlaub.

M. H.! Die ausgedehnten Phasen tiefer Bewußtseinsveränderung mit halluzinatorischer Verkennung der Umgebung und wechselnden Traum- und Phantasievorstellungen bei den großen Anfällen der Kinderhysterie sind Ihnen von vorhin noch gegenwärtig. Dieselben akuten, vorübergehenden Geistesstörungen hysterischer Herkunft sehen wir auch als freistehende, von Anfällen unabhängige Erscheinung auftreten. Schon der gewöhnliche Pavor nocturnus zeigt weitgehende Analogien zu den freistehenden hysterischen Geistesstörungen, die wir als Hystero-Somnam-

bulismus oder Dämmerzustand bezeichnen. Ihre Hauptcharakteristika sind, wie schon gesagt, traumhafte Bewußtseins-trübung, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen; dazu kommt eine intellektuelle Störung im Sinne einer Dissoziation (Unorientiertheit) und eine totale Amnesie (Erinnerungsdefekt) oder wenigstens ganz summarische Erinnerung nach dem Abklingen der akut einsetzenden und ebenso akut aufgehenden Geistesstörung. Die Amnesie bezieht sich in der Regel auf die Zeit der Bewußtseins-trübung. In seltenen Fällen greift nach schweren Dämmerzuständen der Erinnerungsdefekt auch auf Zeiten über, die vor dem Anfall liegen (retrograde Amnesie). Mir ist ein Fall eines 13jährigen Jungen bekannt, der nach gehäuften hysterosomnambulen Attacken das Erinnerungsvermögen für weitzurückliegende Zeiten verlor. Er machte den Eindruck eines 5—6jährigen Kindes, wußte von seinem früheren Leben nichts mehr und las und schrieb wie ein A-B-C-Schütze. Die Dauer der Dämmerzustände beläuft sich auf Minuten oder Stunden. Tagelange habe ich bei Kindern nicht gesehen, aber Wiederholungen mit zwischengeschobenen luziden Intervallen. Dämmerzuständen mit ähnlichem Grundgefüge werden wir bei der Epilepsie wiederbegegnen. Was die hysterischen von den epileptischen zweifellos scheidet, ist etwas, das man wohl nicht ganz wissenschaftlich, aber praktisch zutreffend, als theatrale Aufmachung — gegenüber dem mehr elementaren epileptischen Typus — bezeichnen kann. Die Delirien haben einen stark persönlichen Inhalt; wichtige Ereignisse im Leben des Kindes bilden den Kern des Dramas, in dem es selbst Akteur ist. Durch äußere Einflüsse (Suggestion) läßt sich das Bild beeinflussen. In den Halluzinationen scheinen Tiervisionen zu überwiegen. Als auslösendes Moment für hysterische Dämmerzustände findet man oft Schulfurcht und kindliche Gemütsbewegungen (Schreck, Überfälle, Sittlichkeitsdelikte).

Nr. 38. O. W., 11 Jahre alt, war ein angeblich normaler Junge gewesen. Kurz vor Ausbruch der Erkrankung klagte er über Kopfweg und blieb zwei Tage von der Schule weg. Am Sonntag Abend äußerte er ängstlich, morgen müsse er einen Turnstab mitbringen und er habe noch keinen. Er wurde von den Eltern fortgeschickt, er solle sich einstweilen einen provisorischen auf dem Felde schneiden. Von diesem Ausgange kehrte der Junge nicht mehr zurück. Als die Eltern in der Nacht die Umgebung absuchten, fanden sie ihn außerhalb der Stadt in einem Straßengraben. Er war sehr erregt, kroch auf dem Boden umher, stöhnte und murmelte unverständliche Worte. Als man ihn nach Hause brachte, zeigte er große Angst,

erkannte seine Umgebung nicht, schlug um sich und jammerte: „ich bin verloren . . . ich muß fort . . . Ihr seid schuld“. Der Zustand dauerte zwei Stunden. Der herbeigerufene Arzt machte eine Morphiumeinspritzung, worauf der Junge bis zum Morgen schlief und ohne Erinnerung für den Vorfall erwachte. Nachmittags wiederholte sich das Delir: Plötzlich sprang der Junge laut schreiend aus dem Bette, kroch auf dem Boden umher und suchte sich zu verstecken: „ich muß fort . . . laßt mich fort . . . ich sterbe“. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde trat ruhiger Schlaf bis zum Morgen ein. Tags darauf eilte der Junge im Hemd auf die Straße und schrie ängstlich um Hilfe. Auf die Frage, was ihm denn fehle, antwortete er nur: „Ich weiß nicht“. Nach 5 normalen Tagen ertappte man ihn, wie er auf dem Tisch stand und sich an einem Strick, den er an einem Haken in der Zimmerdecke befestigt hatte, zu erhängen versuchte. Er wehrte sich ängstlich, als man ihn zu Bett brachte, schlief aber ein und erwachte ohne Erinnerung. In der Klinik wurden bei ihm Anfälle von Nachtwandeln (Noctambulismus) beobachtet. Er stand mehrere Nächte auf, versuchte die Türe zu öffnen, packte sein Bettzeug zusammen und wollte damit das Zimmer verlassen oder ging mit stierem Blick suchend und tastend im Zimmer umher und versuchte am Kleiderschrank emporzuklettern, unverständliche Worte murmelnd. Auf Anruf, er solle ins Bett gehen, antwortete er stets: „Jawohl, das ist auch wahr“. Eines Tages war er plötzlich aus dem Klinikgarten, in dem er arbeitete, verschwunden. Man fand ihn auf dem Nachbargrundstück auf dem Boden liegend und abwechselnd monoton jammernd und unartikuliert schreiend. Zurückgebracht, sträubt er sich heftig, beißt und kratzt, entwindet sich dem Wartepersonal und will durchs Fenster springen. Der Anfall dauerte zwei Stunden. Vollkommene Amnesie.

Die eigentümlichen Dämmerzustände dieses Knaben mit planlosem Davonlaufen machen uns eine Erscheinung bei hysterischen Kindern verständlich, die man als Wandertrieb bezeichnet hat. Darauf habe ich schon bei der Besprechung der psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters aufmerksam gemacht und dabei auf ihre mögliche hysterische Genese hingewiesen. Im Zusammenhang mit den hysterischen Dämmerzuständen komme ich darauf zurück. Ab und zu kommt es vor, daß ein Kind Schule und Haus verläßt, im Freien herumirrt und nach Stunden oder Tagen zurückkehrt oder polizeilich zurückgebracht wird, ohne Rechenschaft über das Erlebte ablegen zu können. Mir ist der Fall eines Knaben aus einem Erziehungsheim bekannt, der nach dem Besuche der Eltern plötzlich verschwand. Er war nach dem Aufstehen ohne Frühstück und trotz strengster Kälte ohne Mantel und Handschuhe fortgelaufen und hatte bei einem Bauern, wie sich nachher herausstellte, einen Wagen nach W. bestellen wollen. Der Zweck dieses Zieles war ihm nicht klar. Endlich fiel er auf der Straße einem

Schutzmann auf, dem er auf Befragen konfuse Antworten gab. Das Anstaltszeichen im Hute des Knaben verriet sein Domizil und er wurde zurückgebracht. Er konnte kein Motiv seines Davonlaufens angeben. Vermutlich hatte der Besuch der Eltern nach der Abreise Heimweh ausgelöst und dieses den Dämmerzustand.

Zweifellos spielt auch bei den paroxystischen Erscheinungen der hysterischen Konstitution die Pubertät eine nicht zu unterschätzende Rolle. Der der Geschlechtsreife eigene Hang zur Phantasie, Romantik, Sentimentalität und Sexualität bricht sich akut in Entladungen Bahn, die zu allerhand rätselhaften impulsiven Handlungen, ja sogar Selbstmordversuchen führen können. Besonders unter dem Einflusse depressiver Affekte (z. B. Heimweh) entwickeln sich Affektkrisen, in denen es zeitweilig zu vollkommener Unorientiertheit und traumhafter Verworrenheit des Denkens kommt. Es werden dann Strebungen frei, mit denen die Phantasie des Individuums schon längere Zeit liebäugelt. Auch jugendliche, weltschmerzliche Hysteriker versuchen dann „in Schönheit zu sterben“.

Nr. 39. R. M., ein 16jähriger Gymnasiast; er zeigte zuerst mit 14 Jahren eine auffallende Veränderung in seinem Wesen. Er bevorzugte schlechte Gesellschaft und schwänzte die Schule unter dem Vorgeben, Ohrensausen zu haben, das er durch heimliches Einnehmen von Chinin produzierte. Er soll den Eltern fortgesetzt Geld entwendet haben, womit er allerhand Waffen (Pistolen, Dolche, Schlagringe), Ferngläser, Alkohol und Tabak kaufte, die er mit Arbeitern konsumierte. Auch Schundlektüre erotischen Inhalts zog ihn an. Als die Geldentwendung entdeckt wurde, drohte er sich zu erschießen und mußte entwaffnet werden. In ein anderes Gymnasium versetzt, führte er sich tadellos und rückte ordnungsmäßig auf. Erst im 16. Jahre traten nach der Rückkehr aus den Ferien Verstimmungszustände auf, in denen der Junge sich mit Todesgedanken trug und verschiedene recht harmlose Selbstmordversuche (Hautritzungen) machte. Nach einigen Tagen war alles vorüber. 4 Monate später, wieder nach den Ferien, besuchte er das Theater, sah die Aufführung des „Evangelimann“ und kam um 11 Uhr nach Hause. Um 1/2 12 Uhr weckte er seinen Pensionsvater ganz verstört, er habe Gift genommen und müsse nun sterben. Unter heftigem Schluchzen gestand er, er habe sich allmählich aus verschiedenen Apotheken 50 Phenacetinpulver verschafft und diese auf einmal genommen. Als der Arzt kam, fing der Junge an zu „phantasieren“, schlug sich mit der Faust auf den Kopf, ohrfeigte sich selbst, piff die bekannten Melodien einer Operette, rekapitulierte wie auf dem Theater Szenen aus dem Klassenleben, malte ein Begräbnis aus und jammerte darüber, daß er so jung sterben müsse. Der Arzt gab ihm eine Äthereinspritzung, auf die er reagierte („warum stechen Sie mich denn“) und Brechmittel, worauf er mehrfach stark erbrach und

endlich einschlief. Die Erzählung von den 50 Pulvern war übertrieben. Es ließ sich nicht mehr feststellen, ob es 10 oder 12 à 0,3 g gewesen waren. Am nächsten Tage gab der Junge an, er habe sich seit langem den Termin seines Todes bestimmt und sei noch einmal ins Theater gegangen, um „seinen letzten Tag zu genießen“.

M. H.! Wenn Sie die von mir angeführten Beispiele überblicken, so wird Ihnen auffallen, daß im Krankheitsbilde der Kinderhysterie viele Züge enthalten sind, die ich Ihnen bei der Schilderung der psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters entwarf. Manche davon sind gewissermaßen auf die Weiterentwicklung zur Hysterie geradezu zugeschnitten. Diese Kinder rechtzeitig zu erkennen und prophylaktisch zu erziehen, ist ungemein wichtig. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich folgende Charaktere der psychopathischen Konstitution als in besonders naher Verwandtschaft zur Hysterie stehend betrachte: die Neigung zu extremen und labilen Affekten mit übertriebener Ausprägung der affektiven Begleitreaktionen (Lachen, Weinen, Schluchzen, Schreien), förmliche Affektkrisen (Wut- und Zornausbrüche), eine gewisse egozentrische Verarmung des Gefühlslebens mit gesteigerter Selbstbeobachtung in bezug auf krankhafte Veränderungen der Körpersphäre, starke Wirkung der Affekte auf die Körperfunktionen (Verdauung, Zirkulation und Muskelbewegung), eine üppige Phantasietätigkeit mit einem Hang zum Wachträumen, Ohnmachten und flüchtige, oft nur tagelang dauernde hysteriforme Einzelsymptome (leichte Kontrakturen, lähmungsartige Schwäche in einer Extremität, Zittern u. a. m.).

Die folgende Krankengeschichte kann Ihnen den hysterischen Einschlag der psychopathischen Konstitution (auf erblich-degenerativer Grundlage) verdeutlichen.

Nr. 40. S. W., geb. 24. XII. 1894, das einzige Kind einer belasteten Familie. Der Vater ist tot, er war Potator, der Vater und eine Schwester des Vaters verübten Selbstmord; die Mutter ist eine leicht erregbare Natur; ihre Mutter starb an Tuberkulose. Der Knabe war im 1. Lebensjahr ein stilles und ruhiges Kind. Später schrie er nachts öfter auf. Nach dem 1. Lebensjahr wurde auch bemerkt, daß er schielte. Mit 2 Jahren lernte er laufen und sprechen. Seine intellektuelle Entwicklung war gut. Er „las“ viel in seinen Kinderbüchern und konstruierte gern Maschinen aus Fäden und Spulen. Gelang ihm etwas nicht, so geriet er in Zorn. Für manche Dinge zeigte er eine „krankhafte“ Vorliebe z. B. für die große Kanone im Kreml zu Moskau, für Dampfmaschinen, Käfer, Hasen, Igel. Der Gegenstand seiner Vorliebe mußte aufgezeichnet und aus Papier geschnitten werden. Sein Affektleben war labil und leicht ansprechbar. Jede traurige oder

freudige Unterbrechung des Alltags führte zu Tränenausbrüchen. Seit dem 5. Lebensjahr war er wählerisch im Essen: dunkles Fleisch und Eier wies er zurück, Milch machte ihm Durchfall. Mit 7 Jahren hatte er einmal einen fieberhaften Magenkatarrh. Als er Ricinus in Bier verordnet bekam, fiel er in Ohnmacht mit leichten Konvulsionen. In seinem Charakter prägte sich ein starker Egoismus und ein unbändiger Nachahmungstrieb in schlechten Dingen aus. Der Tod der Großmutter, die ihn lange in Pflege gehabt hatte, ging spurlos an ihm vorüber.

Mit 9 Jahren kam S. in das Gymnasium. Er konnte sich nicht an die Schuldisziplin gewöhnen. Die Strafen der Lehrer und die Prügel der Mitschüler erregten in ihm ein heftiges Rachegefühl, in dem er förmlich schwelgte. So las er mit 10 Jahren mit besonderer Begier die Zeitungsnachrichten von den Schreckenstaten der Moskauer Revolution. Seine Nahrungsaufnahme ging immer mehr ins Kapriziöse. Er ernährte sich nur von Hühnerbouillon, Hühnerfleisch und Obst. Im 12. Jahre zeigte sich, daß er beim Lernen rasch ermüdete. Vor dem Unterricht hatte er Angst, obwohl er außerhalb der Schule allerhand Gedächtnisallotria trieb. Seine Reizbarkeit nahm zu, je mehr er die Schule als „Qual“ empfand. Als ihn einst seine Mutter zum Spielen aufforderte, schlug er sie. Als sie ihn mit Gewalt beruhigen wollte, stürzte er sich mit einem Messer auf sie. Er nannte jene Handlung „Selbstverteidigung“; Reue empfand er nicht. Als sie ihn 2 Monate später einmal prügelte, drohte er ihr mit Selbstmord und tat später zweimal so, als ob er sich erhängen wolle. Den Dienstboten klagte er, er würde gefoltet und bat sie, es der Polizei anzuzeigen, damit die Mutter verhaftet würde. Er griff häufig zu List und Betrug, um Strafen zu vermeiden. Kleinere Schüler mißhandelte er gerne. Mit 12 $\frac{1}{4}$ Jahren wurde er aus der Schule genommen. Seine Phantasie schwelgte damals in einer besonderen Vorliebe für Glocken und Dampfwagen. Er wollte „Glockenläuter“ oder Bahnwärter werden. Ende März 1907 wurde er versuchsweise in ein Sanatorium gebracht. Dort gebärdete er sich nach der Abreise der Mutter so ungebührlich, daß man ihn wegschickte. Im Juni 1907 kam er in ein Erziehungsheim. Nach der Trennung von der Mutter schrie er 3 Tage fast anhaltend und verweigerte die Nahrung. Erst allmählich gab er den Trotz auf und bequemte sich zu essen. — Die körperliche Untersuchung ergab zahlreiche Degenerationszeichen: 2 Haarwirbel an der Stirnhaargrenze, großen Mund mit starken gezackten Zähnen, Einwärtsschieln des r. Auges, linksseitigen Leistenbruch. Der Schädel war eckig mit starker Abflachung des Hinterhauptes. — Eine methodische Erziehung merzte innerhalb eines Jahres die groben hysteropathischen Züge vollkommen aus. Im Jahre 1912 hatte er einen schweren hysterischen Anfall: Abends beim Ausziehen der Stiefel starrte er plötzlich vor sich hin, rief aus: „Ach, ich armer S.!“ brach zusammen und war eine Stunde und 25 Minuten bewußtlos; dabei hatte er ein eigentümliches Zucken der Bauchmuskeln und Zittern der Arme. Beim Erwachen: „Wo bin ich?“ Einige Tage vorher hatte er ein sehr unangenehmes Erlebnis gehabt, worüber er sich innerlich „wurmte“. Noch mit 18 Jahren hatte er den Plan, Bahnwärter in seinem Vaterlande Rußland zu werden. Eine Realschule machte er glatt durch. Er war ein fleißiger, williger und guter Junge,

aber „verschroben“. Die revolutionäre „Katastrophe“ in seiner Heimat 1918 regte ihn sehr auf.

Bei der Sterilisierung des Nährbodens für die Kinderhysterie können Eltern und Hausarzt segensreich zusammenwirken. Haben wir es aber mit vollentwickelten hysterischen Symptomen zu tun, dann ist der entscheidende erste Griff die Entfernung des Kindes aus der Häuslichkeit. Die Trennung ist eine *conditio sine qua non* für die Heilung des Kindes, wenn eine hysterische Mutter im Hause waltet, die das Kind verkehrt erzieht und überdies das schlechteste Nachahmungsobjekt bildet. Der Kampf gegen die kindliche Hysterie gestaltet sich oft zu einem solchen gegen den mütterlichen Unverstand, der sich in den Kopf gesetzt hat, nur in der Sonne der mütterlichen Fürsorge könne das Kind gesunden, während in Wirklichkeit durch das Übermaß sorglicher „Betung“ den Kindern das Krankheitsbewußtsein suggeriert und gestärkt und durch eine verfehlte Vielgeschäftigkeit in der Hilfeleistung die Reizbarkeit des Gemüts nur gesteigert wird. Der Arzt kann dann meist predigen, was er will; die Mutter, die alles besser weiß, tut, was sie für gut befindet, und das Kind lacht über beide. Macht man den Vorschlag klinischer Behandlung, so wollen es die Mütter gar nicht glauben, daß Maßnahmen, die in der Häuslichkeit nur mit großem „Krach“ vor sich gingen (Nahrungs- und Medizinaufnahme, Waschungen, Gymnastik u. a. m.), von dem Kinde in der Klinik anstandslos ausgeführt werden; ebenso, daß die verzogenen Lieblinge, von denen die Mütter fürchten, sie würden in der Trennung an Heimweh sterben, nach einem tränenreichen Abschied auch nicht ein einziges Mal mehr nach der Mutter verlangen. Der klinische Aufenthalt ist ein suggestives Milieu. Der neue Arzt, dem das Kind nicht die onkelhafte Bonhomie des Hausarztes zutraut, die pünktlich organisierte Hausordnung, die uniformierten Pflegekräfte, das einfache Krankenzimmer, die sparsame Handhabung von Belohnungen und Versprechungen — all das zeigt dem Kind, daß es Ernst wird. Die Trennung muß eine radikale sein. Alle Wohltaten der Klinik werden in Frage gestellt, wenn eine frühere Pflegerin oder gar die Mutter das Kind dorthin begleiten darf. Alle Brücken mit der Vergangenheit müssen abgebrochen werden. In den meisten Fällen bekommt das Kind, das sich bisher als der interessante Mittelpunkt der Familie fühlte und den Verzug sich

gerne gefallen ließ, das Kranksein satt; der hysterische Krankheitswille läßt nach. Halten Sie die Angehörigen möglichst lange von Besuchen fern und gestatten Sie die Rückkehr in die Häuslichkeit nicht zu früh! Es ist manchmal geradezu verblüffend, wie prompt ein hysterisches Kind, das sich in der Klinik — und ceteris paribus trifft dies auch für Heilerziehungsheime zu — tadellos führte, mit dem Betreten des Elternhauses rückfällig wird.

Den einzelnen hysterischen Symptomen gegenüber empfiehlt sich die verschiedenste Taktik. Solange man hysterische Kinder behandelt hat, hat man in der Hauptsache drei Wege eingeschlagen, deren Wahl die Praxis lehrte. Bei einer Reihe hysterischer Beschwerden ist eine bewußte Ignorierung am Platze. Man übersieht die Gebrechen und tut so, als ob sie nicht da wären. Bei einfachen hysterischen Schmerzen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Affektauswüchsen, Furchtvorstellungen kommt man damit am weitesten. Ganz besonders empfehlenswert ist diese Methode bei den hysterischen Anfällen, in welcher Form sie auch auftreten, sobald man sich versichert hat, daß das Kind gegen alle Eventualitäten in der Bewußtseinstrübung geschützt ist. Man gibt scheinbar auf den ganzen Aufputz der Paroxysmen gar nicht Obacht, läßt die kühle Meinung durchblicken, daß die Patienten solange in Bettruhe isoliert würden, bis die Anfälle aufhörten, oder gibt ähnliche „zufällige“ Suggestionen; dann erlebt man oft überraschenden Erfolg. In einzelnen Fällen hören die Paroxysmen mit dem Eintritt in die Klinik überhaupt auf. Nur wenn die abwartende Methode nicht bald verfängt, greife ich zu „Gegenmitteln“. Ich setze auf den Anfall einen kleinen Shock in Form von kalten Packungen, Bädern, Übergießungen, eine mäßig starke, als Schmerzreiz empfundene Faradisation oder einen lebhaften Schmerzdruck auf einen Nervenpunkt.

Dies führt bereits auf den 2. Weg, hysterischen Symptomen zu begegnen. Man kann probieren, die Kinder zu „übereumpeln“ (Bruns). Hält man sich die psychogene Natur der Krankheitserscheinungen vor Augen, so versteht man, daß es möglich sein muß, durch den wuchtigen Eindruck einer neugesetzten Empfindung oder Vorstellung alte über den Haufen zu werfen. Insonderheit muß es gelingen, die Vorstellung des Nichtkönnens zu stürzen. Diese Art von Übereumpelungstherapie kann nützlich sein bei hysterischen Lähmungen, Abasie-Astasie, Aphonie oder

Mutismus. Wenn man ein Kind, das wegen Abasie lange gehoben und getragen wurde, aus dem Bette hebt, mit einem kräftigen Ruck auf die Füße stellt und energisch anfährt: Jetzt geh!, so kann dieser mit einer frappierenden Selbstverständlichkeit ausgesprochene Befehl die kleinen Hysteriker so überrumpeln, daß sie ihr „Nichtkönnen“ für einen Augenblick ganz außer acht lassen und wirklich gehen. Bei der Überrumpelung muß man drastisch wirken: auf eine vorbereitende verbale muß eine kräftige reale Suggestion folgen. Wenn man einen schlaff gelähmten Arm zunächst mit einigen, bestimmt die rasche Heilungsmöglichkeit auseinandersetzenden Worten untersucht hat und dann einen kräftigen Induktionsstrom auf den Erbschen Punkt wirken läßt, so daß das erstaunte Kind sieht, wie der gelähmte Arm sich hebt, beugt und supiniert, so kann plötzlich die Lähmung normaler Beweglichkeit Platz machen. Das gleiche ist der Fall bei einer Stimmlosigkeit, wenn man durch schmerzhaftes faradisches Reizung in der Kehlkopfgegend einen tönenden Schrei „Au“ entlockt. Auf der einen Seite der Beweis der Möglichkeit der normalen Funktion, auf der anderen die Furcht vor der Wiederholung des Schmerzreizes genügt, um den momentanen Effekt zu festigen. Zweierlei darf man aber bei der rauhen Methode der Überrumpelung nicht vergessen. Einmal, daß man alles auf eine Karte setzt. Das Spiel ist verloren, wenn der Trumpf versagt. Eine nicht realisierte Suggestion kann das Vertrauen des Kindes in die Machtstellung des Arztes bedenklich erschüttern. Also immer noch eine Hintertüre offen lassen, durch die man einen in den Augen des Kindes ehrenvollen Rückzug antreten kann! Zum andern, mit der Realisierung der Überrumpelung beseitigt man bestenfalls ein Symptom, aber damit ist die Behandlung des kranken Kindes nicht abgeschlossen. Auf die Arbeit im Groben folgt dann die mühselige im Kleinen.

Eine große Zahl hysterischer Kinder wird des Objekt der dritten Art der Behandlung sein, einer langsam aber konsequent vorwärtsschreitenden aktiven Therapie. Spezielle Vorschriften lassen sich nicht geben. Erfahrung und Geschick müssen die Wahl der Mittel treffen. Eine dem kindlichen Begriffsvermögen angepaßte Belehrung über den Zweck der Maßnahmen hat mir immer gute Dienste getan. Die Belehrung kann direkt und indirekt, auf dem Wege des Gesprächs mit Eltern oder Pflegern, geschehen. Die Kleinen horchen wie die Großen aufmerksam zu,

wenn man über ihren Fall spricht. Ob Sie die Psychotherapie mit Wasser oder Elektrizität, mit Packungen oder Massage unterstützen wollen, hängt von dem Einzelfall ab. Im allgemeinen warne ich bei den Fällen mit lange bestehender Hyperalgesie der Gelenke und der dazu gehörigen Hautabschnitte, bei den ausgeprägten, alten Kontrakturen mit sekundärer Atrophie vor Brüskierung. Hier ist sachgemäße Lösung und Korrektur der Kontrakturen in Narkose am Platze, eventuell Durchschneidung der Achillessehne bei Spitzfußstellung. Ich warne vor der Schinderei durch „Dehnung“, Gymnastik und anderen „konservativen“ Maßnahmen. Bei einer Akinesia algera hilft keine Überrumpelung wie bei einer Abasie, sie will Schrittchen für Schrittchen durch einen sanfthändigen Therapeuten der Hysterie abgerungen sein.

Ob ein hysterisches oder hysterisch veranlagtes Kind zur Schule geschickt werden soll, muß individuell entschieden werden. Kinder mit hysterischen Anfällen, mit in die Augen springenden, die Nachahmung geradezu herausfordernden motorischen Reizerscheinungen (Chorea, Zittern, Tics), mit auffallenden Sprachgebrechen (Stottern) sind der Schule fernzuhalten. Ebenso hat der Schulbesuch zu unterbleiben, wenn körperliche oder geistige Erschöpfung die Grundlage der Hysterie ist. Im übrigen bin ich nicht für eine Trennung der hysterischen Kinder von gesunden Elementen in besonderen Schulen. Ich möchte gerade bei ihnen den normalen Wettbewerb mit den Altersgenossen und den disziplinierenden Einfluß der Schulbank nicht missen. Freilich setze ich dabei ein Verständnis der Lehrer für die psychische Eigenart hysterischer Kinder voraus, zuerst für die pathologischen Gefühlsreaktionen und die bahnenden und hemmenden Einwirkungen der Affekte auf den Ablauf der körperlichen und geistigen Funktionen, die durch unzweckmäßige pädagogische Eingriffe (Strafen, Schelten, Drängen) eine vollkommene Unbrauchbarkeit des Schülers herbeiführen können. Soll der Schulbesuch nützen, so muß man bei aller konsequenter Strenge das Selbstvertrauen der kranken Kinder stärken und ihnen helfen, ihre pathologischen Erscheinungen zu meistern, nicht aber sie dafür strafen und in den Augen der Mitschüler herabsetzen.

7. Vorlesung.

Die Epilepsie im Kindesalter¹⁾.

(Symptomatologie und Diagnose.)

M. H.! Die Epilepsie in ihrer vielgestaltigen Erscheinungsform gehört leider zu den häufigen psychoneurotischen Erkrankungen des Kindesalters. Es ist unbestreitbar, daß das Kind eine gesteigerte Konvulsibilität besitzt und auf allerhand Schädlichkeiten, die den Erwachsenen nicht mehr berühren, mit Krämpfen reagiert. Wenn man auch zugeben muß, daß die Epilepsie im Kindesalter gegenüber der der Erwachsenen keine spezifischen klinischen Unterscheidungsmerkmale besitzt, so lohnt sich doch ihre gesonderte Besprechung, gerade mit Rücksicht auf die einschneidende praktische Bedeutung des Leidens für das ganze geistige und leibliche Wohl und Wehe des Kindes.

Die Anfänge der kindlichen Epilepsie sind verschieden. Wir verdanken darüber wertvolle Aufschlüsse einer Arbeit von Birk²⁾. Ein Teil der im Kindesalter vorkommenden Epilepsien beginnt bereits im ersten Lebensjahr mit einem einzelnen Anfall, auf den eine lange anfallsfreie Pause folgt. Mit der Zeit des Schulbeginns etwa zwischen dem 6.—7. Lebensjahr bricht die latent gewordene Epilepsie wieder aus. Etwa 30% der Birk'schen Fälle nahmen diesen Verlauf. Eine zweite wichtige Periode für den Wiederausbruch liegt in der Zeit der Pubertät (zwischen dem 11.—15. Jahre). Neben dieser mit Intervall sich entwickelnden Epilepsie gibt es eine andere, die ununterbrochen seit der frühesten Kindheit besteht. Vielfach zeigt sich dabei eine stufenweise Entwicklung der Schwere

¹⁾ Vgl. H. Vogt, Die Epilepsie im Kindesalter. Berlin 1910. S. Karger.

²⁾ Birk, Über die Anfänge der kindlichen Epilepsie. Ergebnisse der inneren Med. und Kinderheilkunde. III. 1908.

der epileptischen Krankheitserscheinungen im Laufe der Jahre. Eine dritte Gruppe der Epilepsien setzt in der späteren Kindheit und Jugend ein nach einer Zeit völliger Gesundheit. Vogt stellt folgende Zahlen zusammen.

Beginn der Krankheit	Zahl der Fälle
1.— 3. Jahr	17 ⁰ / ₁₀
4.— 6. „	10 „
6.— 7. „ (Schulbeginn)	22 „
8.—11. „	16 „
12.—16. „ (Pubertätsbeginn)	25 „
16.—20. „	10 „

Mit dem Begriff der Epilepsie verknüpft sich engstens die Vorstellung einer „Krampfkrankheit“. Demgegenüber muß festgestellt werden, daß nicht alle mit Krampfbewegungen einhergehenden Krankheiten des Kindesalters schlechtweg epileptischer Natur sind. Ich brauche Sie ja nur an die paroxystischen (konvulsivischen) Erscheinungen der Kinderhysterie zu erinnern, um Ihnen dies zu exemplifizieren. Die Mediziner unter Ihnen kennen ferner gewiß die anfallsweise auftretenden tonischen Krämpfe, die gewisse Muskelgruppen (Hände, Füße, Gesicht, Beuger des Nackens) symmetrisch befallen, ohne Störung des Bewußtseins verlaufen und unverkennbare Beziehungen zur Rachitis aufweisen — ich meine die Tetanie. Sie hat mit Epilepsie nichts zu schaffen. Vor allem aber scheidet die Gesamtheit der in den ersten Lebensmonaten so häufig beobachteten „Kinderkrämpfe“, die infantile Eklampsie, bei unserer Betrachtung aus. Sie haben zwar — auch abgesehen von dem äußerlichen Symptom der mit Bewußtlosigkeit verlaufenden Krämpfe — manche andere Berührungspunkte mit der Epilepsie. Wir finden in der Vorgeschichte von Epileptikern Kinderkrämpfe verzeichnet (nach meinem Material in 8⁰/₁₀), und viele Kinder epileptischer Eltern sterben im zartesten Alter an Eklampsie. Aber es ist nicht ohne weiteres erlaubt, daraus einen Schluß auf den klinischen Zusammenhang beider Erkrankungen zu ziehen oder gar anzunehmen, daß wir in den Kinderkrämpfen das Vorspiel oder die vorbereitende Ursache späterer echter Epilepsie zu sehen hätten. Beide scheint höchstens — und auch das wird von den erfahrensten Kinderärzten (Thiemich) geleugnet — die Tatsache zu verknüpfen, daß sie gerne auf dem Nährboden

der allgemeinen neuropathischen Prädisposition entstehen, als koordinierte Krankheitserscheinungen, wie wir es ja auch nicht selten von Epilepsie und originären geistigen Schwächezuständen erleben. Viel enger erweist sich die Verwandtschaft der kindlichen Eklampsie mit Verdauungs- und Ernährungsstörungen und speziell mit der Rachitis. Die Kinderärzte (Thiemich, Hochsinger, Finkelstein u. a.) haben unter dem gemeinsamen Namen der spasmophilen Diathese einen Zustand beschrieben, der sich durch gesteigerte Konvulsibilität auszeichnet und außer der schon erwähnten Tetanie den Stimmritzenkrampf (Laryngospasmus) und eben die Eklampsie umschließt. Sie halten an der Selbständigkeit des Krankheitsbildes der Spasmophilie fest. Als charakteristisch für sie und sie unterscheidend von der Epilepsie führen sie folgende Merkmale an: Die eklamptischen Anfälle treten fast nie bei Brustkindern auf. Eklamptische Kinder zeigen mit großer Konstanz die den spasmophilen Kindern überhaupt eigentümlichen Phänomene: Kontraktion der Gesichtsmuskulatur bei Beklopfen des Fazialisstammes (Fazialisphänomen)¹⁾, Auslösung eines tetanischen Krampfanfalls im Arm durch Druck auf den Sulcus bicipitalis des Oberarms (Trousseauisches Phänomen), Steigerung der galvanischen Erregbarkeit der Nerven (AÖZ > ASZ und Herabsetzung der Werte für die KÖZ unter 5 M.-A., Thiemich und Mann). Auch in dem zeitlichen Auftreten liegt ein Unterschied zwischen spasmophilen und epileptischen Krämpfen: die ersteren sollen nie vor der 8. Lebenswoche, am häufigsten gegen Ende des ersten oder anfangs des 2. Lebensjahres einsetzen. Die Epilepsie bindet sich an keine Zeit (Birk). Die Eklampsie zeigt eine bekannte Abhängigkeit von der Jahreszeit; sie ist am häufigsten am Ende des Winters und am Anfang des Frühjahres. Die Epilepsie ist von der Jahreszeit unabhängig. Die Feststellung Lomers, daß auch die Epilepsie deutliche Beziehungen ihrer Krampfkurve zu Witterungsverhältnissen und den Jahreszeiten habe, ist nicht zu leugnen, trifft aber, wie H. Vogt mit Recht bemerkt, mehr für die Epilepsie der Erwachsenen, als der Kinder zu. Die

¹⁾ Lust (Münc. med. Wochenschr. 1911, Nr. 32) meint, daß das Fazialisphänomen in ungefähr der Hälfte der Fälle fehle. Er fand dafür das Peroneusphänomen (kurze Abduktion mit gleichzeitiger Dorsalflexion des Fußes beim Beklopfen des N. peroneus etwas unterhalb des Capitulum fibulae) beinahe konstant als Zeichen der Spasmophilie im Kindesalter.

Pädiater leugnen auch die Bedeutung der elterlichen Epilepsie für die Eklampsie der Nachkommenschaft und haben die bemerkenswerte Tatsache festgestellt, daß von den Kindern, die als Säuglinge spasmophile Erscheinungen gezeigt hatten, wenigstens bis ins 12. Lebensjahr hinein keines epileptisch geworden war (Thiemich und Birk). Ich kann diese Erfahrung auf meine Art bestätigen. Bei der Durchsicht meiner Kinderepilepsien ist mir folgendes aufgefallen: Nur bei den Fällen, die neben der Epilepsie noch Zeichen überstandener Rachitis (Schädelrachitis mit oder ohne Hydrocephalus) oder mehr oder minder großen Schwachsinn aufwiesen, ergab die Anamnese Säuglingskrämpfe. Bei unkomplizierten und normal intelligenten jugendlichen Epilepsien war dies nie der Fall. Ich möchte deshalb für diese Fälle eine ätiologisch-klinische Verknüpfung der Eklampsie mit der späteren Epilepsie für unerlaubt halten und glauben, daß auf der einen Seite Eklampsie, Rachitis und Schwachsinn eng zusammenhängen, während die Epilepsie unabhängig davon bei diesen Kindern hinzutrat. Die kindliche Eklampsie weist also die Entwicklung der Neuropsyché meist nach einer anderen, freilich ebenso traurigen Richtung: ein Teil der Kinder — darüber läßt das Material der Idiotenanstalten und Hilfsschulen keinen Zweifel — wird geistig minderwertig, ein anderer zeigt später deutliche Symptome der konstitutionellen Psychopathie: Pavor nocturnus, protrahierte Enuresis nocturna, Wutkrämpfe, „Wegbleiben“ im Affekt. Ob diese Zustände der Ausdruck einer „epileptischen Disposition“ (Aschaffenburg) sind, läßt sich klinisch nicht einwandfrei beweisen. Ich kann mir aber sehr wohl vorstellen, daß bei diesen Individuen durch das Hinzutreten weiterer schädlicher Faktoren Epilepsie leichter entstehen kann, als bei anderen. Interessant ist, daß Bratz bei seiner Affektepilepsie (vgl. später) der Psychopathen, die er pathogenetisch von der echten Epilepsie abtrennt, die spasmophilen Symptome in etwa der Hälfte der Fälle fand, dagegen bei echten Epileptikern unter 28 Fällen nur dreimal. Ich glaubte, Ihnen diese kurze Situationsklärung in der Eklampsiefrage schuldig zu sein, um einer vielseitig herrschenden Konfusion und Propagierung unbewiesener Ansichten steuern zu helfen.

Wir haben uns hier des weiteren nur mit der echten Epilepsie des Kindesalters zu beschäftigen. Sie deckt sich im ganzen in

ihrem Wesen und ihren Symptomen mit der der Erwachsenen. Die Frage nach dem Wesen der Epilepsie kann leider nicht befriedigend beantwortet werden. Denn alle Definitionen der sog. epileptischen Veränderung des Zentralnervensystems erklären uns das Wesen der Erkrankung nicht, sondern umschreiben es nur mit geläufigen patho-physiologischen Hypothesen, deren Inhalt selbst Unbekannte darstellen. Denn es ist doch als keine Wesenserklärung der Epilepsie zu bezeichnen, wenn man etwa sagt, es handle sich bei ihr um abnorme Erregbarkeitszustände des ganzen Zentralnervensystems, die ihren Ausdruck in explosiven Hemmungs- und Erregungsentladungen auf geistigem und körperlichem Gebiete finden, oder daß eine Störung des physiologischen Gleichgewichtes zwischen den erregenden und hemmenden Vorgängen innerhalb des Zentralnervensystems vorliege. Soviel Worte, soviel Geständnisse unseres Nichtwissens! Die physikalisch-chemische Natur des epileptischen Prozesses kennen wir nicht. Wir wissen, wie bei vielen anderen Psychosen, nicht, in welcher Weise irgend eine innere oder äußere Schädlichkeit in die Biomechanik unseres Gehirns eingreifen muß, um Epilepsie zu erzeugen, d. h. einen Zustand krankhafter Art zu schaffen, der in periodisch wiederkehrenden akuten Entladungen sich kundgibt. Es liegt nahe, bei der Epilepsie an Selbstvergiftungsprozesse des Organismus zu denken, die bei einer bestimmten Anreicherung der toxischen Substanzen zur Krampfentladung führen. Erleben wir doch, daß das „Gift“ Alkohol bei gewissen Individuen direkt Krampfanfälle auslöst, ebenso wie die Autointoxikation der Urämie bei Nierenkranken. Die älteren Forschungen Krainskys gingen sogar darauf aus, das Wesen der Epilepsie aus einer periodischen Bildung von karbaminsaurem Ammoniak, das während des Anfalls in Harnstoff und Wasser zerfalle, zu erklären. Ohne Erfolg. Auch die neueren Bestrebungen einer Stoffwechselfathologie der Epileptiker (K a u f f m a n n , R h o d e , B o r n s t e i n und S t r o m a n , T i n t e m a n n u. a.) haben nur wahrscheinlich gemacht, daß ihre Ernährung und ihr Gesamtstoffwechsel Beziehungen zu den paroxystischen Krankheitsäußerungen haben. Von einer Erklärung der Epilepsie dadurch ist keine Rede. Denn es ist schwer zu entscheiden, ob bei der Epilepsie eine selbständige primäre Stoffwechselstörung vorliegt, oder ob diese nur sekundär durch einen Gehirnprozeß bedingt ist, oder ob das Zugrundegehen von Gehirnssubstanz im

Anfall auf dem Wege des parenteralen Eiweißzerfalles die Stoffwechseleränderungen und daraus die Bedingungen für den neuen Anfall schafft, oder ob schließlich Gehirnprozeß und Stoffwechselanomalie unabhängig nebeneinander hergehen (Hauptmann). Auch über der Ursprungsstätte des epileptischen Krampfes im Zentralnervensystem liegt wenigstens bei der echten Epilepsie rätselhaftes Dunkel. Die Tierexperimente haben zwar ergeben, daß von den verschiedensten Gehirnteilen aus Krämpfe ausgelöst werden können. Aus der Symptomatologie des epileptischen Anfalles aber können wir nur vermutend schließen, daß die wichtigste Rolle dabei die Großhirnrinde spielt: Eine primäre Rindenenladung gibt das Signal, auf das die verschiedenen tiefergelegenen Gehirnabschnitte in wechselnder Intensität und Ausdehnung mit Krampfbewegungen antworten. Wir müssen von vornherein darauf verzichten, in der Epilepsie eine in ihrem Wesen abgeschlossene Krankheit zu erkennen. Es handelt sich vielmehr um eine Krankheitsgruppe, in der sich zwar manche Bilder ätiologisch-klinisch absondern lassen — nach Ursache, Symptomen, Verlauf und Ausgang —, in der sogar die pathologische Anatomie zirkumskripte Typen ausscheiden kann, die sich bis jetzt aber nicht im entferntesten auf eine gemeinsame pathogenetische Basis stellen ließ. Wie weit wir von der Erkenntnis des Wesens der epileptischen Veränderung sind, zeigen uns die mühsamen Bestrebungen ihrer anatomischen Erforschung.

Daß der epileptischen Veränderung des Zentralnervensystems irgendwelche anatomische Prozesse zugrunde liegen, kann als sicher gelten. Wie verheerend die Entladungen in der Struktur der Großhirnrinde wirken, sieht man an den Gehirnen der Epileptiker, die einer akuten Häufung der Anfälle (Status epilepticus) erlegen sind. Man findet da Veränderungen an den Ganglienzellen, Zerfall feinsten Achsenzyliinder, massenhafte Kernteilungsvorgänge in den Gliazellen und zahlreiche ungemein große amöboide Gliazellen, die mit verschiedenen Abbauprodukten beladen sind (Alzheimer). Aber ganz anders stellt sich das Bild dar bei den Epileptikern, die nicht dem Leiden selbst erliegen, sondern anderen interkurrenten Erkrankungen. Für alte Fälle schwerer Epilepsie scheinen in 50—60% aller Fälle sklerotische Veränderungen am Ammonshorn und in einer zweiten kleineren Gruppe, die

klinisch mit mehr oder weniger deutlicher Demenz einhergeht, die Randgliose der Hemisphären, die Gliavermehrung in der normalen Randglia der Hirnrinde typisch zu sein, infolge einer Degeneration des funktionstragenden Nervengewebes (Markfasern und Ganglienzellen). Dieser Befund erscheint verständlich bei Fällen, die neben der Erscheinung der periodischen Krampfanfälle auch eine progressive Veränderung der psychischen Persönlichkeit erkennen lassen, obwohl auch hier noch die Frage erlaubt ist, was Ursache und was Folge sei. Es wird aber mit Recht vor einer Verallgemeinerung dieser Auffassung der Epilepsie als einer „organischen“ Neuro-psychose gewarnt (Binswanger u. a.), da es sicher Epilepsiefälle gibt, deren gutartiger Verlauf (seltene Anfälle, dauerndes Erhaltenbleiben hoher Intelligenzqualitäten) gröbere, bleibende anatomische Veränderungen von der Hand weist, und an ausgleichbare („chemisch-nutritive“) Störungen in dem anatomischen Substrate der Hirnrinde oder an vasomotorische Einflüsse (Gefäßkrämpfe) denken läßt. Diese Ausführungen gelten für die sog. genuine (idiopathische) Epilepsie. In einer weiteren kleinen Gruppe von Fällen findet sich anatomisch eine atrophische Sklerose einzelner Windungsgebiete und ganzer Hemisphären mit einem enormen Schwund der nervösen Rindenbestandteile, ohne daß die Grenzen der Atrophie mit bestimmten Gefäßbezirken zusammenfallen. Über die anatomischen Grundlagen der Epilepsie bei zerebraler Kinderlähmung, Hydrozephalus, tuberöser Sklerose und Syphilis werden wir später noch eingehender zu sprechen haben.

Die Epilepsie äußert sich entweder in periodisch wiederkehrenden Krampfanfällen mit Bewußtlosigkeit oder in Teilerscheinungen dieser Anfälle in der wechselndsten Modifikation. Dazu kommen gelegentlich, abgesehen von einer im Verlaufe der chronischen Erkrankung fast nie vermiften Schädigung der höheren psychischen Funktionen (Hoche) und abgesehen von psychopathologischen Begleit- und Folgeerscheinungen der Anfälle, transitorische anfallsweise auftretende Geistesstörungen ohne Krämpfe. Ihr Kernpunkt liegt in eigenartigen paroxystischen Veränderungen des Bewußtseins. Alle klinischen Varietäten der Epilepsie können sich auch im Kindesalter etablieren. Wenn sich ein Unterschied gegenüber dem vor-

gerückten Alter hervorheben läßt, so ist es vielleicht das seltene Vorkommen der epileptischen Geistesstörungen beim Kinde.

Der klassische, vollentwickelte epileptische Anfall ist in seinen einzelnen Stadien wohlbekannt. Ich brauche sie Ihnen nicht detailliert zu schildern, da Sie wohl selbst schon Zeuge des erschütternden Vorganges gewesen sind: mit oder ohne Vorböten, die dem Kranken aus der Erfahrung geläufig sind, bisweilen mit dem ominösen markdurchdringenden Schrei eröffnet sofortige Bewußtlosigkeit die Szene. Der Kranke stürzt. Nach kurzer krampfhafter Streckung des Körpers (allgemeiner Tonus), Seitwärtsdrehung des Kopfes, konjugierter Abweichung der Augen beginnt die Phase des unterbrochenen (klonischen) Krampfes, regellose, ruckartige Krampfbewegungen. Mit mehr oder weniger großer Wucht „schlagen“ halb- oder doppelseitig die Glieder, das Gesicht und die Augäpfel zucken, die Zunge wird im Munde hin- und hergeschoben, der Speichel von der keuchenden Atmung schaumig aus dem Munde gepreßt, oft infolge von Zungenbissen oder Mundschleimhautverletzungen blutig gefärbt; Stuhl oder Urin gehen unwillkürlich ab. So geht es $\frac{1}{2}$ —10 Minuten. Langsam werden die Stöße seltener, ein Glied nach dem anderen erschläfft, allmählich verfällt der Kranke in eine schlafähnliche Benommenheit (Sopor) und erholt sich schnarchend von den Anstrengungen der Attacke. Ohne klare Erinnerung für den Vorfall wacht er auf, und nur die zerschlagenen Glieder, der wüste Kopf, die zerbissene Zunge, das nasse Bett, Speichel auf dem Kopfkissen oder die Lage auf dem Fußboden mahnen ihn an den überstandenen Anfall. Manche Epileptiker sind nach dem Erwachen vollkommen frisch und leistungsfähig; bei anderen bleibt eine gewisse geistige Müdigkeit, Verstimmung und Reizbarkeit noch längere Zeit bestehen.

Die Zahl der Anfälle schwankt. Bald treten sie in Pausen von Wochen und Monaten, ja sogar Jahren auf, bald täglich oder mehrmals täglich. Wenn sich die Anfälle so häufen, daß ein Anfall dem anderen in ganz kurzen Intervallen oder Schlag auf Schlag folgt, so daß sich der Patient kaum von den Nachwehen des einzelnen Anfalles erholen kann, so spricht man von Status epilepticus. Es sind bedrohliche Bilder, die man da zu sehen bekommt.

Nr. 41. V. F., geboren am 26. November 1904, aufgenommen 14. Okt. 1919.
— Vater Alkoholiker; eine Schwester an Grippe gestorben, litt an petit mal.

Pat. soll sich normal entwickelt haben. Im Januar 1914 stürzte er beim Turnen auf den Kopf. Bald darauf, im Juli 1914, setzten bei ihm petit mal-Anfälle ein, im selben Monat noch der erste Krampfanfall. Die Krampfanfälle wiederholten sich später in wechselnder Zahl. Er wurde aus einem Kinderheim in die Klinik eingeliefert. Er hatte dort unter einer energischen Brombehandlung gestanden. Wegen Anzeichen des Bromismus (taumeliger Gang, schwerfällige Sprache, geistige Stumpfheit) wurde das Brom weggelassen. Darauf trat eine so starke Häufung der Anfälle ein, daß klinische Behandlung notwendig erschien. Bei der körperlichen Untersuchung fiel auf, daß der Pat. das linke Bein etwas nachschleifte. Außerdem zeigte er eine deutliche Parese des linken Mundfazialis und bei sonst gleichen, lebhaften Sehnenreflexen links Babinski. Die Pupillarreaktion war intakt.

15. X.: 27 Anfälle. Typus: Kurzer, initialer Schrei, Bewußtlosigkeit, Beugetonus im linken Bein und rechten Arm, lebhaftes Zittern im tonisch gestreckten rechten Bein; Dauer etwa $\frac{1}{2}$ Minute, kein Einnässen, kein Zungenbiß.

16. X.: 34 Anfälle. — 6,0 Paraldehyd per Klysma.

17. X.: 45 Anfälle. Starke Parese des linken Mundfazialis und der linksseitigen Extremitäten, stark verwaschene Sprache. 6,0 Paraldehyd.

18. X.: Vollkommener Status epilepticus, der den ganzen Tag anhält. Profuse Schweißentwicklung, Abendtemperatur 38,3°. Aderlaß von 150 ccm, Digalen subkutan, 10 Amylenhydrat per Klysma.

19. X.: Fortsetzung des Status epilepticus. Neuerliche Blutentnahme mit nachfolgender Kochsalzinfusion. Digifolin subkutan.

20. X.: Status epilepticus dauert an. 106 Anfälle. Temperatur morgens und abends 38,6°.

21. X.: 92 Anfälle.

22. X.: 164 Anfälle. Kniephänomen links erloschen, rechts schwach. Achillesphänomen beiderseits erhalten. Links Babinski. Bauchreflex links fehlend, rechts deutlich. Körpertemperatur abfallend auf 37,5°.

23. X.: 74 Anfälle. Vollkommene Lähmung der linken Körperhälfte.

24. X.: 164 Anfälle. Neben den früher geschilderten Anfällen trat noch ein anderer Typ auf: Pat. bekam bei Bewußtsein, während er lächelte, sprach oder zu sprechen versuchte, jedenfalls aber alles verstand, ständige klonische Zuckungen im tonisch gekrampferten Mundfazialis links. Die Augen sind nach links gewendet. Klonische Zuckungen im tonisch gespannten linken Bein, während das rechte Bein nur leicht tonisch gespannt ist. Dauer 1 bis 2 Minuten. Auf der Höhe der Anfälle ist das Kniephänomen beiderseits gesteigert, klingt mit Nachlassen der Anfälle ab und ist mit Aufhören des Anfalls erloschen.

25. X.: Nachdem der Pat. bisher ohne Erfolg hohe Dosen von Amylenhydrat, Paraldehyd und Chloralhydrat per Klysma bekommen hatte, ging ich jetzt wieder zur Brommedikation über und verabreichte ihm täglich 4 Weilsche Pulver. 93 Anfälle. Trotzdem Befinden relativ zufriedenstellend mit genügender Nahrungsaufnahme in den Krampfpausen. Puls bei ständiger Digalenverabreichung in Ordnung.

26. X.: Nachts keine Anfälle, tagsüber 29. Immer noch komplette Lähmung der linken Körperhälfte. Kniephänomen rechts positiv, links fehlend. Babinski links vorhanden.

27. X.: 98 Anfälle.

28. X.: 95 Anfälle.

29. X.: Anfallfrei.

30. X.: Anfallfrei mit Ausnahme von 3 kleinsten Anfällen (Bulbi nach rechts gewendet, starrer Blick, Bewußtseinslücke).

31. X.: Kniephänomen beiderseits deutlich, rechts stärker als links. Achillesphänomen desgleichen, links Babinski, Bauchreflex rechts und links sehr deutlich. Immer noch totale schlaffe Lähmung des linken Armes. Im linken Bein kehrt die Bewegungsfähigkeit wieder.

1. XI.: Leichter Krampfanfall.

2., 3. und 4. XI.: Anfallfrei, nur kurz dauernde Absenzen, wo Patient den Kopf nach links hängen läßt mit starker Abwärtswendung der Bulbi.

5. XI.: 3 kurz dauernde Anfälle mit Krampf der rechten Körperhälfte.

16. XI.: Hat sich in den vergangenen Wochen außerordentlich gut körperlich und psychisch erholt, gebraucht wieder den linken Arm und geht ohne Hilfe auf dem Korridor auf und ab. Ab und zu ein petit mal. Kniephänomen links stärker als rechts, Achillesphänomen desgleichen. Links kein Babinski mehr auslösbar. Noch deutliches Hängen der linken Schulter und mit dem linken Bein etwas stampfender Gang. Sprachartikulation intakt. Mundfazialis rechts und links annähernd gleich.

18. XI.: Entlassen.

In diesem Falle einer auf gleichartiger Belastungsbasis wohl traumatisch entstandenen Epilepsie hatte sich infolge plötzlicher Bromentziehung ein Status epilepticus entwickelt. Daß es sich um eine organische Form der Epilepsie handelt (Herd in der rechten Hemisphäre), geht aus den kontralateralen Ausfallserscheinungen hervor, die sich bei Häufung der Anfälle bis zur Hemiplegie verstärkten. Ob die günstige Wendung des bedrohlichen Bildes durch die Rückkehr zur Brommedikation bedingt war, bleibe dahingestellt. Jedenfalls zeigt der Fall, was Kinder an Krampfserien vertragen können. Er ist nicht der einzige dieser Art in meiner Erfahrung.

Mit dem Bilde des sog. klassischen Anfalls ist nur eine Erscheinungsform der Epilepsie gegeben. Irrtümlicherweise werden oft andere Anfälle, die atypisch verlaufen, nicht zur „echten“ Epilepsie gerechnet. So kann der tonische Krampf schon beginnen, bevor die Bewußtlosigkeit einsetzt. In anderen Fällen kommt der Klonus vor dem Tonus, oder eine der beiden Krampfphasen fehlt

ganz oder beide bestehen gleichzeitig in verschiedenen Körperteilen. Bisweilen stellt sich die ganze motorische Komponente des Anfalls überhaupt nicht in „Krämpfen“ dar, sondern in einigen Strampel-, Greif-, Tret- oder Schlagbewegungen oder in einem stürmischen Davonlaufen (*Epilepsia procursiva*; bei Kindern gar nicht so selten!). In wenigen Fällen kommt der Kranke so rasch wieder zum Bewußtsein, daß er den Schluß der Krampfbewegungen noch beobachten kann. Ein besonderer Anfallstypus ist das halbseitige Auftreten von Krämpfen. Der Halbseitenkrampf ist charakteristisch für (organische) Herdepilepsien. Er wird aber auch beobachtet bei Epilepsien, bei denen eine organische Grundlage nicht nachweisbar ist. So kannte ich ein 11 jähriges Mädchen, das neben petitmal und kurzdauernden Krampfanfällen sehr selten (etwa alle Jahre einmal) gehäufte linksseitige Attacken bekommt, die in kurzen Zwischenräumen ohne Wiederkehr des Bewußtseins stundenlang andauern, bis eine leichte Chloroformnarkose den Status hemiepilepticus (L. Müller) kuptiert.

Es hat sich bei Laien und Ärzten die Vorstellung festgesetzt, daß der Zungenbiß notwendig zum Anfall gehöre. Das ist irrig, gar nicht zu reden von dem Ammenmärchen der krampfhaft „eingeschlagenen Daumen“, die für Epilepsie typisch sein sollten. Integrierender Bestandteil des Anfalls ist nur die Bewußtlosigkeit; alles andere ist variables Beiwerk von untergeordneter Bedeutung mit Ausnahme des Verhaltens der Pupillen. Die fehlende Verengung der Pupillen auf Lichteinfall (fehlende Lichtreaktion der Pupillen, reflektorische Pupillenstarre) galt immer als Charakteristikum für den epileptischen Anfall. Ist sie eindeutig vorhanden, so ist das richtig. Man darf aber nicht vergessen, daß das Verhalten der Pupillen im Anfall sehr wechselvoll ist. Zahlreiche Beobachtungen haben uns gezeigt, daß die Lichtstarre sich nicht gleichmäßig über die ganze Dauer des Anfalles erstreckt. Zu Beginn — manchmal schon während der Vorboten — werden die Pupillen eng und starr und erweitern sich im Laufe des Anfalls, ohne auf Licht zu reagieren, oder die weiten Pupillen verengern sich auf Lichteinfall wenig und träge. Wir haben während eines Anfalls von längerer Dauer mehrfach Wechsel zwischen Verengung und Lichtstarre einerseits und Erweiterung bei träger Reaktion andererseits gesehen. Es kam auch vor, daß zunächst deutliche

Lichtreaktion der mittelweiten Pupillen während des Krampfstadiums nachzuweisen war, worauf beim Nachlassen des Krampfes starke Erweiterung und Lichtstarre eintrat. Die Lichtstarre oder mindestens träge Lichtreaktion kann den Krampfanfall um Minuten überdauern. Von der differentialdiagnostischen Verwertung des Pupillenbefundes gegenüber der Hysterie wird später die Rede sein. Von Bedeutung ist auch das Verhalten der Hautreflexe. Babinski selbst und nach ihm eine Anzahl anderer Autoren haben im epileptischen Anfall das sog. Zehenphänomen (Dorsalflexion der großen Zehe bei Bestreichen der Fußsohle) festgestellt. Gewöhnlich 1—2 Minuten nach dem eigentlichen Krampfstadium entwickelte sich das Babinskische Phänomen, teils in, teils ohne Begleitung anderer sog. Pyramidenreflexe (Oppenheim- und Mendel-Bechterewsches Zeichen). Nach Anfallsserien oder einem Status epilepticus ist das Babinskische Phänomen tagelang nachweisbar. Nach vollentwickelten, schweren Krampfanfällen fehlen vorübergehend die Kniescheibenreflexe.

Von enormer Bedeutung in der Abschätzung des epileptischen Krankheitsbildes, von Laien sowohl als auch von Ärzten leider oft unterschätzt, sind die abortiven Anfälle (petit mal). Diese interessanten kleinen Insulte, die man auch als Absencen oder epileptischen „Schwindel“ bezeichnet, lassen zwei Hauptgruppen unterscheiden: entweder die Krampfkomponeute fehlt ganz oder ist nur angedeutet und die Bewußtlosigkeit fesselt ausschließlich die Aufmerksamkeit des Beobachters — oder es handelt sich um ganz umschriebene, blitzartig ablaufende Krampfbewegungen (Zuckung im Mundfazialis, Verzerrung des Gesichts zu einer Grimasse, Hebung der Schultern, Hochschnellen eines Beines, Zusammensinken in den Knien), wobei das Bewußtsein erhalten scheint. Die letztgenannten abortiven epileptischen Anfälle myoklonischen Charakters sind in ihrer nosologischen Stellung umstritten; unter den Gesichtswinkel der Epilepsie können sie auch nur dann rücken, wenn andere epileptische Symptome vorliegen. Man kann dann von symptomatischer Myoklonie bei Epilepsie (Ziehen) sprechen. Anders, selbständiger ist die erstgenannte Gruppe, da sie von dem Hauptsymptom der Epilepsie, der Bewußtseinsstörung, beherrscht ist. Die kleinen Anfälle verlaufen für den Beschauer gewöhnlich harmlos; die Umgebung bemerkt nur ein kurzdauerndes Übelbefinden, wie eine leichte

Ohnmacht¹⁾. Häufig gehen deutliche Aurasymptome (Schwarzwerden vor den Augen, Augenflimmern, Ohrensausen, Atemnot, aufsteigende Wärme vom Magen aus) dem Anfall voraus. Der Kranke erblaßt, verliert den Faden des Gesprächs, läßt den Kopf auf die Brust sinken oder starrt ins Leere, murmelt einige Worte, summt vor sich hin oder pfeift durch die Zähne, schluckt oder schnalzt mehreremale hintereinander, reibt sich die Hände oder fährt durch die Haare, nestelt verlegen an der Kleidung, seufzt oder atmet tief — irgend so etwas und in einigen Sekunden ist das Bewußtsein wieder da, der Kranke im Rapport mit der Umgebung und der ganze Anfall vorüber. Wird der Kranke im Gehen oder Stehen vom Anfall überrascht, so wankt oder taumelt er wohl einige Schritte, knickt auch wohl rasch zusammen, um sich sofort wieder zu erheben und weiter zu gehen. Die petit mal-Anfälle sind gerade bei Kindern recht häufig. Vielfach treibt eine ängstliche Sensation das Kind zur Mutter. „Es kommt, es kommt“, ruft es und klammert sich blaß und ängstlich an die Mutter an. Momentan ist der Anfall vorbei, das Kind sieht erstaunt um sich und fragt: „Was war denn nur?“ Der Variationen sind unendlich viele. Bei genauer Kontrolle konstatiert der Beobachter dabei bald Erblassen (das ist das Häufigere), bald Rötung des Gesichts, entweder Pulsbeschleunigung oder -verlangsamung, Pupillenerweiterung mit träger Reaktion auf Lichteinfall oder Lichtstarre, Schweißausbruch oder Speichelfluß. In einigen meiner Fälle klagten die Kinder während des kurzen Anfalls über enorme Geräusch-

¹⁾ Man soll Ohnmachten und ohnmachtsähnliche Anfälle bei Kindern nicht mit dem epileptischen Petitmal verwechseln. Die echten Ohnmachten bei Kindern beruhen auf einer neuropathischen Konstitution und einer besonderen Labilität des Gefäßapparates (rascher Farbenwechsel, feuchtkalte Hände und Füße, Überempfindlichkeit gegen Hitze und Kälte, Neigung zu Herzklopfen). Solche Kinder sind schreckhaft ängstlich, rasch ermüdbar und reizbar. Veranlassung zu der Ohnmacht fehlt nie; sie ist eine ausgesprochen reaktive Erscheinung bei Affekterregung, Erschöpfung, langem Stehen. Sie tritt langsam ein mit allmählichem (subjektiv fühlbarem) Schwächegefühl und Erblassen. Jeder unvermittelte plötzliche Eintritt einer „Ohnmacht“, jähes Erröten oder Erblassen, starkes Herzklopfen, Steifheit oder Zuckungen der Glieder, Verziehen des Gesichts, komplizierte psychische Aura (vgl. oben), Zungenbisse gar oder sonstige Verletzungen sprechen unbedingt gegen einfache Ohnmachten und für Epilepsie (vgl. Stier, Über Ohnmachten und ohnmachtsähnliche Anfälle bei Kindern. Samml. zwangl. Abh., Bd. I., H. 7; Gustav Fischer).

empfindlichkeit oder „schlechten Geschmack“ im Munde, in andern über eigentümliche Schmerzen im Bauche oder im After („es hat gemuckert“). Die Zahl der Anfälle ist verschieden. Während manchmal Tage vergehen, bis einer auftritt, treten sie bei anderen Patienten in unheimlicher Häufung (ich habe bis 100 erlebt) an einem Tage auf. Gelegentlich erzählen die Eltern, daß die Anfälle besonders gerne kommen, wenn die Kinder beschäftigungslos herum-sitzen. Ich kenne aber auch solche, bei denen regelmäßig ein Anfall kommt, wenn man mit ihnen spricht, wenn sie einen Auftrag rasch ausführen sollen oder wenn jemand ins Zimmer tritt. Manche Kinder mit ausgeprägten Vorboten (Angst, Druck auf der Brust) können den Anfall durch tiefes Atmen kupieren.

Wegen der eminenten praktischen Wichtigkeit des petit mal will ich Ihnen im Auszug mehrere Beispiele aus dem Kindesalter mitteilen. Sie werden dadurch am ehesten einen Einblick in diese Kategorie der Epilepsie bekommen. Auf eine Anzahl wichtiger Gesichtspunkte der Differentialdiagnose werden wir später zurück-kommen.

Nr. 42. H. W., 8½ Jahre alt; stammt angeblich von gesunden Eltern; er lernte spät laufen und sprechen; von englischer Krankheit, Kinderkrämpfen wissen die Eltern nichts zu berichten; er hat nur die Masern mit Mittelohr-katarrh durchgemacht. Im 6. Jahre bemerkte man an dem Knaben einen eigentümlichen Augenaufschlag mit Zwinkern der Lider. Die Eltern hielten dieses „Himmeln“ für Unart. Später blieb der Knabe beim „Himmeln“ stehen, hielt in der Rede inne — in einigen Augenblicken war alles vorüber. Fast täglich wurde dieser Anfallstyp beobachtet, besonders seitdem der Knabe die Schule besucht. Jetzt ist die Verlaufsart so: der Knabe bleibt stehen oder hört in der Beschäftigung auf, blickt nach oben, blinzelt und schmatzt mit den Lippen, kommt dann „wie aus einer anderen Welt“ zu sich und ist wieder ganz normal. Dauer 5—10 Sekunden. Der Junge weiß von dem „Himmeln“ nichts. Meist folgen 2 Anfälle unmittelbar hinter einander. Der Junge ist geistig gut entwickelt, affektiv leicht erregbar, zum Weinen geneigt. Körperlich findet sich nichts Abnormes, mit Ausnahme hypertro-phischer Mandeln.

Nr. 43. A. v. W., 13 Jahre alt; seine Mutter, jetzt eine rüstige, kluge Frau hat als junges Mädchen drei echte epileptische Anfälle gehabt. Der Knabe war immer etwas schwächlich; mit 6 Jahren wurden ihm große Drüsenpakete an der rechten Halsseite exstirpiert. Seit 1½ Jahren leidet er an kurzdauernden Absencen: er starrt vor sich hin, die Augenlider hängen etwas über den Augapfel. Die Pupillen sind maximal weit, lichtstarr. Er macht einige Wackelbewegungen mit dem Oberkörper, atmet tiefer und rascher. Dauer höchstens 10 Sekunden. Im Anfall ist er bewußtlos: er antwortet auf Anruf nicht, spürt einen tiefen Nadelstich nicht. Nach dem

Anfall, wenn er zu sich kommt, sagt er oft ganz verlegen: „Ja, ja!“ Meist zieht dann eine tiefe Röte über das Gesicht. Die höchste Zahl der beobachteten Anfälle war 20 pro Tag.

Nr. 44. K. St., 12 Jahre alt; von gesunder Herkunft; normal entwickelt. Mit 3 Jahren machte er Scharlach mit Nierenentzündung durch. Mit 5 Jahren fiel er vom Rade und trug eine Gehirnerschütterung mit Bewußtlosigkeit und Erbrechen davon. Mit 6 Jahren hatte er eine schwere Diphtheritis. Im 7. Jahre traten Anfälle auf: der Knabe starrt wie geistesabwesend vor sich hin, hört zu sprechen auf, wird ganz blaß, kratzt sich am Kopf und trampelt mit den Füßen. Wenn er im Gehen von dem Anfall überrascht wird, läuft er mit gesenktem Kopf, wie ein Betrunkener, vom geraden Wege ab. Der Lehrer, der zunächst die Anfälle als Ungezogenheit auffaßte (Trampeln!), verohrfeigte ihn. Er ist ein guter Schüler, aber etwas faul. Körperlich ist nichts Abnormes zu konstatieren. Bis zu 15 Anfällen wurden pro Tag beobachtet. Wenn der Junge lebhaft beschäftigt ist, kommt kein Anfall. So ist ihm z. B. noch nie etwas passiert, obwohl er täglich mehrfach einen weiten Schulweg zu Rad zurücklegt. Er meint, die Anfälle kämen am ehesten, wenn er über etwas nachdenkt oder plötzlich einen Auftrag bekommt.

Nr. 45. A. B., 10 Jahre alt; Mutter und Großmutter geisteskrank. Im 4. Lebensjahr trat migräneartiger Kopfschmerz auf, auf den regelmäßig Erbrechen und mehrstündiger Schlaf folgte. Mit 7 Jahren traten die ersten Absenzen auf: wenn er angesprochen wurde, reagierte er plötzlich nicht. Man glaubte, sein Gehör habe gelitten. Ein halbes Jahr später verdrehte er dabei die Augen nach oben und schmatzte etwas. Jetzt sinkt der Kopf nach hinten, die Augäpfel drehen sich nach oben, die Pupillen sind lichtstarr, er blinzelt und zuckt mit den Mundwinkeln und macht einige schnarchende Inspirationen. Beim Gehen und Stehen taumelt er rückwärts, hält sich aber auf den Beinen. A. ist ein kleiner schwächlicher Junge mit zahlreichen Degenerationszeichen: Asymmetrie der Nase, doppeltes Ohrläppchen, Haargrenze tief in die Stirne gerückt, einseitiger Kryptorchismus, Phimose. — Zahl der Anfälle pro Tag 6—20; Dauer des einzelnen 10—15 Sekunden. Der Knabe hat auch heute noch etwa wöchentlich einmal Migräne.

Nr. 46. H. G., 12 Jahre alt; einziges Kind gesunder Eltern. Bis zum 3. Jahre war er ganz gesund. Damals soll er einen Anfall von Pavor nocturnus gehabt haben. 24 Stunden später traten Krämpfe auf, die ungefähr 40 Minuten dauerten. Der Arzt stellte Koprostase (hochgradige Stuhlverhaltung) fest. Ein Jahr darauf wiederholte sich der Kramp fzustand, seitdem nicht mehr. Mit 5 Jahren sagte er einmal plötzlich — und später etwa alle vier Wochen —: „Es ist mir komisch“, dabei trännten ihm die Augen. Dies blieb so bis zum 8. Jahre. Jetzt bekam er bei seinen Absenzen einen roten Kopf, klagte über ein aufsteigendes Gefühl aus dem Magen oder über Zahnschmerz, zupfte sich an die Nase, lief wohl auch gelegentlich eine Strecke rasch vorwärts. Allmählich nahmen die Anfälle an Zahl (2—3 mal täglich) und Zeit (1—1½ Minuten) zu: der Junge wird blaß, sein Blick leer, er zittert leicht in Armen und Beinen, das Gesicht verzieht sich schmerzlich-sauer, rötet sich stark, die Augen tränen, die Konjunktiva bulbi ist stark injiziert,

er fährt mit dem Finger unter der Nase hin und her oder macht allerhand „Verlegenheitsbewegungen“ mit dem, was er gerade in der Hand hat. Auf Anruf zeigt er die Zunge und schließt die Augen. Die Pupillen sind weit und lichtstarr. Früher blieb er während der Anfälle auf der StraÙe stehen, jetzt setzt er sich meist auf den Erdboden. Für den Inhalt der Anfälle ist er amnestisch. Der Junge ist ein ehrgeiziger und intelligenter Schüler. Er ist körperlich stark entwickelt. Der Schädel ist leicht skaphocephal, das Gesicht ist asymmetrisch innerviert (l. < r.). Das linke Auge ist kleiner als das rechte.

Die Bewußtseinslücke in diesen Anfällen ist deutlich. Daran ändert die Tatsache nichts, daß die Kinder oft angeben, daß sie „jetzt eben einen Anfall gehabt“ oder „alles gehört und gemerkt“ hätten. Viele Proben haben mir gezeigt, daß die Vorgänge des Anfalls ganz oder teilweise den Kranken unbekannt sind. Es ist ein Irrtum von Eltern und Ärzten, an erhaltenes Bewußtsein zu glauben, wenn ein Kind auf Wasseranspritzen oder Schmerzreize im petit mal reagiert. Solche Reaktionen erfolgen ganz automatisch, da es sich ja nicht um so tiefes Coma handelt, wie beim typischen, vollentwickelten Insult. Oft konnte ich den Eltern, die mir immer erzählten, daß das Kind alles wisse, was während des Anfalls vorgehe, demonstrieren, daß zu Beginn das Bewußtsein für Augenblicke sicher ausgeschaltet war und erst im Laufe des Anfalls teilweise oder ganz zurückkehrte.

Die petit mal-Anfälle myoklonischen Charakters mit erhaltenem Bewußtsein sind nach meiner Ansicht selten. Unter meinen epileptischen Kindern entsinne ich mich nur eines einzigen ausgeprägten Falles dieser Art.

Nr. 47. Ein 5jähriges Mädchen mit rachitischem Hydrocephalus bekam im 1. Lebensjahr 4 Serien von Krampfanfällen, die bis zu einer Stunde dauerten, dazwischen zahlreiche petit-mal-Anfälle. Beide Typen erhielten sich. In größeren Pausen hatte es vollentwickelte typische Krämpfe, dazwischen täglich zahlreiche kleine Attacken von 2 Sekunden bis zu 1 Minute, die sich entweder als „Ohnmacht“ darstellten oder als vereinzelte Zuckungen im Gesicht. In beiden Arten läßt es Gegenstände aus der Hand fallen, hört auf zu sprechen oder fällt um. Nachher ist die Sprache für kurze Zeit ganz lallend. Endlich treten bei dem Kinde noch folgende Zustände auf: Nachts, gewöhnlich vor oder nach einem Krampfanfall oder auch ohne solchen setzt ein symmetrisches klonisches Zucken des ganzen Körpers (mit Ausnahme des Kopfes und Gesichts) ein, das $\frac{1}{4}$ bis 2 Stunden anhält. Dabei wird der Kopf gewöhnlich ganz heiß, die Extremitäten kalt. Schließlich bricht Schweiß aus und die Zuckungen hören auf. Während der ganzen Zeit ist das Kind bei Bewußtsein, spricht mit der Mutter, weint manchmal und antwortet prompt auf alle Fragen.

M. H.! Bei der Schilderung des vollentwickelten Anfalls wird Ihnen aufgefallen sein, daß sein Gefüge ein elementar-wuchtiges ist, und daß im Gegensatz zum großen hysterischen Anfall alles vermißt wird, was auf eine unbewußte Mitwirkung der Psyche des Kranken am Drama zu beziehen wäre. Wir sehen aber ganz analog der Hysterie auch bei der Epilepsie manchmal psychische Störungen dem Anfalle vorausgehen oder nachfolgen. Vor dem Anfall wird die Psyche reizbarer, die Stimmung gedrückt, leichte Ängstlichkeit und intellektuelle Hemmung deutet auf die nahende Katastrophe. Nach dem Anfall überwiegt bei den meisten Patienten eine geistige Müdigkeit. Besonders wichtig sind aber diejenigen Fälle, wo nach dem Erwachen nicht eine völlige Klarheit eintritt, sondern die Klärung langsam und stufenweise sich vollzieht. Die Kranken unterbrechen zeitweilig den postparoxysmalen Sopor, führen unverständliche Reden, werfen sich unruhig im Bett herum und gehen verwirrt außer Bett. Man sieht an dem traumhaften Gebaren, daß die Kranken unorientiert sind und unter dem Einflusse von Sinnes-täuschungen stehen. Die Sprache ist lallend und unartikuliert, die Wortfindung erschwert, perseveratorische Phänomene werden deutlich. Auch typische Echolalie kommt vor. Bei einfachsten Personalfragen verrät sich eine starke Schwerbesinnlichkeit.

Diese Zustände führen in fließenden Übergängen hinüber zu den sog. postepileptischen Dämmerzuständen. Sie tragen im Grunde denselben Charakter, wie die hysterischen. Doch ist bei der Epilepsie die Hemmung, die Inkohärenz und die Unorientiertheit größer als bei der Hysterie. Es gelingt nicht, sich suggestiv in den Inhalt des Delirs einzudrängen. Gegenüber der Hysterie herrschen schreckhafte und drohende Halluzinationen und hypochondrische Wahnideen vor. In körperlicher Beziehung wird eine tiefgehende Empfindungsstörung, d. h. Unempfindlichkeit gegen Schmerzreize (kutane Analgesie) fast nie vermißt. Die schweren Dämmerzustände des Kindesalters schließen sich nach meinen Erfahrungen ausschließlich an — meist gehäufte — Anfälle an. Sie können Stunden und Tage dauern, klingen plötzlich, manchmal mit einem neuerlichen Insult oder tiefem langem Schläfe ab und hinterlassen vollkommene Erinnerungslosigkeit.

Nr. 48. E. B., 13 Jahre alt; hatte mit 12 Jahren (einsetzende Menstruation) den ersten epileptischen Anfall. Sie fiel auf der Straße um, soll

die Augen „verdreht“ haben, stand nach 2 Minuten wieder auf und ging, ohne von dem Anfall zu wissen, weiter. In der Folge wiederholten sich die Insulte, gewöhnlich vor der Periode, mit Krämpfen. Kurz vor der Aufnahme in die Klinik hatte sie einmal 10 Anfälle hintereinander. Nach dem Erwachen aus dem Sopor wurde das Mädchen nicht klar, sondern blieb stumpf und apathisch im Bett liegen und äußerte ängstliche Wahneideen: seine Finger seien dick geschwollen, es habe die Wassersucht und müsse sterben. Draußen herrsche die Pest und die Cholera. Nach 3 Tagen war die Patientin wieder klar. 3 Wochen später (bei der nächsten Periode) hatte sie 8 Anfälle. Mit Aufhören der Krämpfe brach eine tobsüchtige Erregung aus: Sie wollte auf die Straße, schlug um sich, schrie um Hilfe, man wolle sie auffressen. Sie äußerte hochgradige Angst vor den „langen schwarzen Dingern“, die von dem Rocke ihres Vaters auf sie loskröchen. Sie habe ein Loch im Halse, ihr Gaumen sei weg. Sie hänge an einem Fädchen und drohe zu versinken. Sie bat, doch den „Tumult“ aus dem Zimmer zu schaffen. Ihre Mutter bat sie um Verzeihung: sie habe sich mit einem Gymnasiasten abgegeben und habe ein Kind von ihm. Deshalb sei sie aus der Schule entlassen worden. Langsam wurde sie ruhiger, die Erregung ging in Hemmung und schließlich in völlige Normalität über. Nach 3 Tagen war sie absolut frei. Während der Behandlung schlossen sich regelmäßig an die Anfälle Dämmerzustände an, in denen die Pat. wie traumversunken herumstand oder regungslos im Bette lag (postepileptischer Stupor). Auf Fragen antwortete sie langsam und meist falsch. (Wo hier?) „In E. bei Doktors“. (Wie alt?) „Über 1000 Jahre“. (Wie alt?!!) „Über 20“. Plötzlich steht sie auf, stellt sich mitten ins Zimmer und wiederholt monoton die Arme beugend und streckend minutenlang: „Sie verdirbt es nicht“, geht wieder zu Bett, schläft ein und erwacht nach Stunden klar, aber ohne Erinnerung.

Auch freistehende Dämmerzustände ohne vorausgehende oder nachfolgende Krampfanfälle, sog. psychisch-epileptische Äquivalente, kommen bei Kindern vor. In meiner Praxis habe ich nur kurzdauernde erlebt, diese aber um so häufiger. Man bemerkt die Äquivalente in Haus und Schule; hier fallen sie als zweckwidrige, der Disziplin zuwiderlaufende Handlungen besonders auf. Wie im Traume führen die Kinder komplizierte, aber geläufige Bewegungen aus: Sie scharren mit den Füßen, heben den Finger, stehen auf, verlassen die Schulbank und gehen an das Pult des Lehrers, ziehen sich teilweise aus, sprechen vor sich hin, stellen sich in eine Zimmerecke und urinieren. Auf Anruf kommen sie zu sich und sind ganz verlegen.

Nr. 49. F. M., 9 Jahre alt, hatte sich ganz normal entwickelt, war aber durch gehäufte Kinderkrankheiten etwas in der Konstitution geschwächt. In der Schule fühlte er sich vom 1. Tage an unglücklich und „sehnte sich“ nach jedem Schulschluß. Im 3. Schuljahr hatte er einen etwas strengen Lehrer, vor dem er ständig Angst hatte. Seit 14 Tagen merkte die Mutter,

daß der Knabe bei den Hausarbeiten plötzlich unmotiviert die Feder hinwarf, sich am Rücken kratzte oder mit den Waden sich am Sitze des Pultes scheuerte, um dann wieder weiter zu schreiben, als ob nichts geschehen wäre. Man hielt dies für kindliche Unart. Vor 8 Tagen lief er beim Spielen im Garten plötzlich weg, kam auf den alten Platz zurück und wußte auf Befragen nicht, daß er ihn verlassen hatte. In der Schule verließ er während des Unterrichts einmal seinen Platz und eilte nach der Türe, weshalb er vom Lehrer hart angelassen wurde. In letzterer Zeit bemerkten die Eltern, daß der Knabe unvermutet beim Essen aufsprang, sich auf den Stuhl kniete, sich in die Höhe wippend, oder um den Tisch herum lief. Endlich wurde auch der Lehrer stutzig, als er sah, daß der Junge während des Unterrichts vor sich hinstierte, mit den Fingernägeln auf der Bank scharrte und sich dann die Augen rieb, und riet, den Jungen aus der Schule zu lassen. Am nämlichen Tage verstärkten und häuften sich die Anfälle erheblich: Der Knabe sitzt ganz ruhig; auf einmal rötet sich seine linke Gesichtshälfte; das „Auge“ wird ausdruckslos; dann läuft er, wie von einer unsichtbaren Macht getrieben durch alle Zimmer, hüpfend von einem Bein aufs andere, macht Wechselschritt oder kniet auf Stühle oder aufs Sofa; manchmal singt er dabei: „O Tannebaum“. All das spielt sich in höchstens einer Minute ab. Nach den Anfällen ist der Knabe matt und schläfrig, vorher kratzt er sich manchmal auf dem Kopf.

Diese Anfälle traten auch auf Spaziergängen auf. Der Knabe fing ängstlich an zu laufen, um plötzlich stehen zu bleiben; manchmal stürmte er auch die Treppe hinunter. Daneben hatte er, wie die klinische Beobachtung erwies, noch zahlreiche verschiedene krampfartige Attacken:

1. Er bekommt einen starren Gesichtsausdruck, wirft den Kopf nach hinten, bäumt sich mit dem Leib hoch und wird ganz steif. Er ist bewußtlos, wird zu Bett gelegt, erwacht und erbricht.

2. Er wird unruhig, schlägt mit den Händen im Takt aufs Bett, ruft ganz ängstlich „ich komme, ich komme“, macht Kaubewegungen, verliert das Bewußtsein; der Speichel läuft aus dem Munde. Nach $\frac{1}{2}$ Minute ist alles vorüber.

3. Er wirft sich unruhig im Bett herum, schlägt mit den Fäusten auf die Kissen und springt singend im Bette hoch.

4. Er springt nachts im Schlafe aus dem Bett, klammert sich an die Pflegerin an und bittet, man solle doch die fremden Männer aus dem Zimmer treiben.

Nach 6 Tagen klinischer Behandlung hörten alle Anfälle auf. Der Knabe kam zu seinen Eltern in die Sommerfrische und im Herbst in ein Knabeninstitut. Nachdem er dort 6 Wochen ohne Störung zugebracht hatte, trat das alte Leiden wieder auf: er wurde für Momente bewußtlos, trommelte mit den Fingern und „schurrte“ mit den Füßen; oder er stierte vor sich hin, zog das rechte Bein stark an den Leib und streckte es wieder aus, 10 mal im Takte; oder er stand aufrecht im Bett, scharrte mit dem rechten Fuß, versuchte auf die neben dem Bett stehende Kommode zu klettern und kratzte sich zwischen den Zehen; oder er setzte sich rittlings auf den

Stuhl, machte Reitbewegungen, scharrte mit den Füßen und kratzte mit den Finger auf dem Stuhlsitz: bei allen diesen Anfällen reagierte er sekundenlang nicht auf Anrede. Als der Knabe nach jedem Anfall eine kühle Übergießung im kalten Bade bekam, änderte sich der Anfallstypus: Er hielt sich, sowie der Anfall kam, mit beiden Händen krampfhaft an der Bettstelle fest, bäumte sich mit dem Leib in die Höhe, bewegte das Gesäß auf und ab und setzte diese Bewegungen auch in der Wanne fort, bis der Überguß kam. Dann kam er regelmäßig zu sich und sagte: „wie kalt ist das Wasser“.

Zu den psychischen Äquivalenten gehört auch die bei Epileptikern manchmal beobachtete Erscheinung, daß ihnen plötzlich die sonst bekannte Umgebung fremd und ängstlich vorkommt. Sie sind anscheinend bei Bewußtsein, aber das Bekanntheitsgefühl der ihnen sonst vertrauten Verhältnisse ist momentan weg. Einen typischen Fall dieser Art möchte ich Ihnen mitteilen:

Nr. 50. A. G., 11 1/2 Jahre alt; Zangengeburt; er machte zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr eine Lungenentzündung durch. In der Krise kam es zu einer Krampferie mit Bewußtlosigkeit und „Schaum vor dem Munde“. Bei der einmaligen Attacke blieb es, doch schrie der Knabe oft aus dem Schläfe auf und hatte dabei Zuckungen mit dem Kopfe nach rückwärts. Bis zum 9. Jahre entwickelte sich der Junge körperlich und geistig normal. Im 2. Schuljahre wurde er schlapp und lässig in der Schule. Mit 10 Jahren traten Zufälle auf, denen die Eltern kein besonderes Gewicht beilegen: plötzlich wurde dem Jungen „schlecht“ und er wußte nicht, wo er war. Nach einigen Augenblicken war es vorüber; es kamen Blähungen, Aufstoßen und Kollern im Leibe. Dann war der Junge wieder munter. Zunächst kamen die Anfälle in mehrwöchentlichen Pausen, schließlich mehrfach täglich vor. An den Anfallstagen ist der Junge beim Erwachen verdrießlich, hat „blaue Schatten“ unter den Augen und keine Eßlust. Im Laufe des Vormittags treten dann die Anfälle auf: der Junge spürt ein Übelbefinden, setzt sich irgendwo still hin, sieht wie geistesabwesend, „gelangweilt“ um sich und steht nach einer Weile ganz frisch auf. „Mir war schlecht“, sagt er. Er verneint aber Übelkeit, Schwarzwerden vor den Augen und Angst. „Ich weiß nur nicht, wo ich bin“. Frägt man ihn während des Anfalls, so bekommt man verkehrte Antworten. Er wird ängstlich und verteidigt sich z. B.: „Ich habe doch alles gut gemacht“ oder „Ach, geh' doch weg. Du trittst ja ins Wasser“. Auf die Frage: „Wo ist denn das Wasser?“ sagt er: „Du hast doch das Glas hingeworfen“. Selten fängt er von selbst zu reden an z. B.: „Tu doch die Hand aus der Tasche!“ Auf die Frage: „warum?“ erfolgt nur ein kurzes „Ach“ und der Junge blickt verwundert um sich. Einmal rief er plötzlich das Dienstmädchen: „Sagen Sie mir doch, was ich tun muß — helfen Sie mir doch — Sie wissens doch!“ Dann ging er in eine Zimmerecke und urinierte. Einmal unterbrach er im Lateinunterricht seinen Vater: „Wollen Sie das Raten sein lassen!“ Einem Besuch, den er ins Zimmer führen wollte, öffnete er die Türe eines Kleiderschranks.

Die nächtlichen Dämmerzustände des Kindesalters, die den normalen Schlaf unterbrechen und mit vollkommener Verwirrtheit und schreckhaften Sinnestäuschungen einhergehen, den Pavor nocturnus, habe ich Ihnen schon mehrfach erwähnt. Ich muß ihn auch hier anführen, da er verschiedene Beziehungen zur Epilepsie hat. Er tritt zuweilen als Vorläufer oder neben echten Krampfanfällen bei Kindern auf. Man braucht nicht bei jedem nächtlichen Angstzustand gleich an Epilepsie zu denken. Unter den Symptomen der kindlichen psychopathischen Konstitution spielt der Pavor ja überhaupt eine große Rolle. Im Zusammenhalt mit anderen Faktoren bekommt er aber deutliche epileptische Prägung, wie in dem folgenden Falle, wo sich epileptische Aszendenz, Wutkrämpfe (auf dem Boden einer enorm gesteigerten Affekterregbarkeit) und Pavor nocturnus vereinigen.

Nr. 51. Ernst R., 4½ Jahre alt; der Vater des Knaben hatte bis zum 14. Lebensjahr typische epileptische Anfälle. Der Knabe ist ein 7-Monatkind und machte große Schwierigkeiten mit der Ernährung. Mit 2 Jahren hatte er Masern mit hohem Fieber. Seitdem treten bei ihm, wenn er sich aufregt — beim geringsten Widerspruch, auch mitten auf der Straße — Anfälle auf. Er fängt mörderisch an zu schreien, bleibt stehen, hebt das linke Bein, krümmt etwas den Rücken, hält sich den Bauch; dann geht ein leichtes Zittern über den ganzen Körper. Der Anfall dauert etwa eine Minute. Der Junge weiß davon nichts. Häufig wacht er nachts gegen Mitternacht auf, fängt an zu schreien, bekommt einen hochroten Kopf und schwitzt stark. Er greift ängstlich mit den Händen in der Luft umher, macht Abwehrbewegungen und ruft manchmal: „Nicht zu sehr . . . Au . . . Au!“ Nach 5 Minuten ist der Anfall zu Ende und der Junge schläft weiter. Er näßt noch täglich nachts ein.

M. H.! Ich habe Sie bisher auf die verschiedenen paroxystischen Symptombilder der epileptischen Erkrankung aufmerksam gemacht. Leider sind die Anfälle, unter welcher Form sie auch auftreten mögen, nicht das Traurigste an dem Leiden, sondern die durchgreifende Veränderung, die sich in einer Zahl (30%) von Fällen im Geistesleben des Kindes sowohl in intellektueller, als auch gemüthlicher Beziehung einstellt. Was die Intelligenz betrifft, so ist oft allerdings das Verhältnis so — und dies trifft hauptsächlich für die erblich-degenerativen Epilepsien im Kindesalter zu —, daß originärer Schwachsinn mit oder ohne ethische Verkümmern und Epilepsie bei dem Individuum als koordinierte Krankheitserscheinungen einer gemeinsamen Ursache, der verkümmerten Anlage und Entwicklung des Nervensystems, entspringen (11% meiner Fälle).

In diese Kategorie gehören viele der kindlichen Monstrositäten, die unter der Flagge der „Moral insanity“ segeln. In anderen Fällen, wo sich zur Epilepsie im jugendlichen Alter, bei geringer geistiger Befähigung von Anfang an, schließlich voller Schwachsinn gesellte, wird man an die Tatsache frühzeitiger endogener Entwicklungshemmung bei krankhafter Veranlagung denken müssen. Hier wäre es auch ohne die Epilepsie früher oder später zum geistigen Schiffbruch gekommen. Rückgang und endlicher Verfall der intellektuellen und ethischen Qualitäten können aber auch eine direkte Folge des epileptischen Leidens sein.

Gut veranlagte Kinder werden stumpfer, zerstreut, unaufmerksam und vergeßlich. Der impressionable Charakter des kindlichen Geistes geht verloren. An dem Gebaren fällt etwas Pedantisches, Dressurartiges auf. Die Ideenassoziation wird langsam und schwerfällig, die Phantasie verarmt, der geistige Interessenhorizont schrumpft ein. Der sprachliche Ausdruck wird monoton und unbeholfen, die Bewegungen langsamer und ungeschickter. An den mangelhaften Resultaten des Schulbesuchs hat man einen greifbaren Maßstab für den Rückgang der geistigen Kräfte. Die epileptische Demenz ist das Endprodukt dieser regressiven Metamorphose. Ihre Grundlage ist zweifellos in den vorhin geschilderten anatomischen Veränderungen der Großhirnrinde zu suchen. Daneben tritt ganz allmählich eine Wandlung im Gemütsleben des Kindes ein. Es wird reizbar, leicht verstimmt, eigensinnig, lügenhaft und jähzornig. Gerade die Zornmütigkeit, die sich bisweilen in sinnloser Wut mit Neigung zu Gewalttaten und blindem Zerstörungstrieb äußert, ist bei epileptischen Kindern frappierend. Falls der geistige Rückgang nicht rasch von statten geht, entwickelt sich mit zunehmendem Verständnis für die unglückliche Lage beim kranken Kinde eine düstere, pessimistische Weltauffassung: es zankt mit dem lieben Gott, der ihm die Anfälle nicht nehmen will; weil Vater und Mutter nicht helfen können, werden die Kinder gegen die Eltern brutal. Im Bewußtsein, daß ihr Leiden sie jeden Augenblick überraschen kann, ziehen sie sich von den Altersgenossen scheu zurück und führen ein verbittertes Innenleben. Andere dagegen zeigen eine läppische Euphorie mit klebrigem Anlehnungsbedürfnis und unangenehmer Sentimentalität. Auch sexuelle Erregungszustände mit Neigung zu exzessiver Onanie stellen sich ein. Wenn sich vollends mit den zerstörenden Gewalten des Leidens

eine fehlerhafte Erziehung oder gar vollständige Vernachlässigung paart, so ist neben der epileptischen Demenz die „epileptische Charakterdegeneration“ bald fertig. Aus dieser Klasse der jugendlichen Epileptiker rekrutiert sich eine nicht geringe Zahl der Auswürflinge unserer Gesellschaft vom einfachen Taugenichts bis zum Verbrecher.

Bemerkenswert sind die auf dem Boden der Epilepsie auftretenden „Verstimmungsanfälle“ (vgl. S. 42). Sie haben mit der dauernden Stimmungslage nichts zu tun, sondern sind den psychischen Äquivalenten der Epilepsie an die Seite zu stellen. Ich kenne einen jungen Menschen von 20 Jahren. Im 2. Lebensjahre litt er an Krämpfen, die dann von selbst wegblieben. In der Pubertät trat bei ihm Migräne auf (intensiver Kopfschmerz mit Erbrechen). Allmählich setzte auch das Erbrechen aus; aber mit dem periodisch auftretenden Kopfschmerz stellte sich regelmäßig eine 4—8 Tage dauernde schwermütige Verstimmung ein, in der der sonst gutmütige und leicht lenksame Patient sich reizbar, mürrisch und widerspenstig zeigt. Er sucht dann gerne das Freie zu erreichen, und läuft, wenn er nicht beaufsichtigt wird, ohne Zweck und Ziel die Landstraße entlang, fängt unterwegs mit fremden Leuten unnütze Gespräche an und belästigt mit Vorliebe weibliche Personen durch zynische Scherze.

Von der Norm bis zu den Extremen der epileptischen Degeneration des Intellekts und Gemüts finden sich alle Schattierungen. Ob überhaupt und bis zu welchem Maße sich dieses trübe Schicksal an den jungen Epileptikern erfüllt, hängt von den verschiedensten Umständen ab. Im allgemeinen kann man sagen, daß die Psyche unter den epileptischen Anfällen um so mehr leidet, je früher sie in der Kindheit auftreten. Alle Patienten, bei denen die Erkrankung schon vor oder in der Geschlechtsreife einsetzt, sind stark gefährdet. Eine Häufung der Anfälle, besonders Serien, wo es zwischen den einzelnen Anfällen kaum zur Erholung kommen kann, wirken naturgemäß verderblicher als vereinzelte Insulte. Allerdings sind jedem Nervenarzte Fälle bekannt, wo das kindliche Gehirn trotz der zahlreichsten Anfälle tapfer stand hielt. Viel, wenn nicht alles kommt dabei auf das ursprüngliche Maß intellektueller Veranlagung an. Je mehr vollsinnige epileptische Schulkinder ich zu sehen bekomme, um so größer kann ich die Zahl derer einschätzen, von denen

mir gesagt wird, daß sie recht gute Schüler waren und trotz jahrelangen Bestehens des Leidens noch sind.

Die Erkennung¹⁾ der Epilepsie hat natürlich auch für den Laien keine Schwierigkeit, wenn er dem typischen Anfall gegenübersteht. Die Zuckungen, die Bewußtlosigkeit, die lichtstarrten Pupillen, der Zungenbiß, der unwillkürliche Abgang von Urin und Kot sind so alarmierende Symptome, daß sie nicht lange über den Ernst der Erkrankung im Unklaren lassen. Leider wird der Beginn des Leidens häufig von den Eltern nicht konstatiert, da gerade bei jugendlichen Epileptikern die Anfälle gerne nachts auftreten und übersehen werden, zumal wenn der erwähnte, unter den Laien sehr bekannte Zungenbiß fehlt. Leichtere nächtliche Anfälle hält man zunächst für lebhaftes Träumen, den unwillkürlichen Urinabgang während des Anfalls für Unart, den wüsten Kopf und die Schlafsucht am Morgen für jugendliche Schlafmützigkeit, und erst in der Lehre oder sonstwo später wird das Leiden von den Schlafgenossen entdeckt. In anderen Fällen wieder werden die Eltern von den Lehrern stutzig gemacht, die beim Kinde während des Unterrichts Bewußtseinslücken von der Art der vorhin skizzierten Petit-mal-Attacken oder psychische Äquivalente bemerkten, die zuerst als Zerstreuung imponierten oder durch ihr unsinniges Gepräge auffielen. Eine genauere Beobachtung ergibt dann oft, daß neben diesen „kleinen“ Anfällen bei Tage auch größere nächtliche vorkommen. Solche „kleine“ epileptische Anfälle werden meist vom Laien gar nicht richtig gewürdigt, weil ihnen die unheimliche Krampfkomponeute fehlt. In bezug auf ihren Einfluß auf den geistigen Besitzstand des Kindes können sie — das betone ich ausdrücklich — nicht minder gefährlich sein als große Krampfanfälle; in manchen Fällen (s. unten) wirken sie, wenn sie gehäuft auftreten, noch ungünstiger auf die Psyche, als jene.

Im übrigen muß man sich täglich immer wieder von neuem wundern, wie merkwürdig sich manche Eltern der epileptischen Erkrankung ihres Kindes gegenüber benehmen. Da wird auf den

¹⁾ Vgl. Oppenheim, H., Zur Kenntnis der Epilepsie und ihrer Randgebiete. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 42. 1918.

Redlich, Epilepsie und andere Anfallskrankheiten. Wiener med. Wochenschr. 1919.

Magen oder den Genitalapparat oder auf Würmer geraten, manche versteigen sich sogar bis zu den „Nerven“, aber Epilepsie — undenkbar! Eine ganz unverständliche Vogel-Strauß-Politik ist gar nicht selten. Die Leutchen nehmen es einem fast übel, wenn man ihnen nach jahrelanger Verbummelung des Falles endlich reinen Wein einschenkt.

Auf die Differentialdiagnose zwischen Eklampsie und Epilepsie habe ich Eingang dieser Vorlesung hingewiesen. Zu erwähnen sind hier nur noch die — nach meiner Ansicht seltenen — Fälle von Späteklampsie, die als Wiederholung der Säuglingskrämpfe im 5.—8. Lebensjahre auftreten. Man ist nur dann berechtigt, sie zu diagnostizieren, wenn neben den Krampfanfällen tetanoide Symptome, wie sie der spasmophilen Diathese eigentümlich sind (vgl. S. 139), sicher konstatiert werden.

Falls Zweifel obwalten, ob es sich um epileptische oder hysterische Krämpfe handelt, wird der Fachmann zu entscheiden haben. Nicht wenige Kinder — namentlich Mädchen — werden uns zur Untersuchung als Hysterien geschickt, und die klinische Beobachtung offenbart die epileptische Natur des Leidens. Die Hysterie im Kindesalter ist ja häufiger, als der Laie anzunehmen geneigt ist. Aber leider wird von Laien nicht nur, sondern auch von Ärzten meist da Hysterie gewittert, wo sie nicht vorliegt. Generalisierte Anfälle mit tonisch-klonischen Krämpfen und Bewußtseinsverlust auf dem Boden der Hysterie sind bei Kindern so selten, daß man dabei stets in erster Linie an Epilepsie denken soll und erst in zweiter an Hysterie. Unterstützend wirkt bei der Diagnosenstellung im Sinne der Epilepsie neben den vorhingenannten körperlichen Symptomen (Pupillenstarre!) die Angabe der Eltern, daß sich in den letzten Monaten oder Jahren eine auffallende Einschmelzung des geistigen Besitzstandes des Kindes (Minderung der Intelligenz, Abstumpfung im Gefühlsleben) vollzogen habe. Auch ein Vergleich zwischen dem epileptischen Charakter und den wesentlich anders gearteten hysterisch-psychischen Eigentümlichkeiten gibt gewisse Handhaben. Viele hysterische Kinder sind verzogen, unartig, wehleidig, auch treten häufig pathologische Gefühlsreaktionen auf. Das Kind wird reizbar, verstimmt, ärgerlich, zornig, ängstlich, schreckhaft, launisch, aber es fehlt bei all dem der für den Epileptiker charakteristische schwachsinnige Zug. Viele hysterische

Kinder gehören zu den „Minderbegabten“, aber schwachsinnig wird ein Kind durch seine Hysterie nicht. Schwerere Charakterdegeneration und ethische Defekte sind niemals wie bei der Epilepsie eine Folge der hysterischen Erkrankung, sondern eine ihrer auf degenerative Ursachen zurückzuführenden Komplikationen.

Die größten differential-diagnostischen Schwierigkeiten bereiten gerade im Kindesalter gerne in gehäufte Form auftretende kleine Anfälle von Bewußtlosigkeit mit und ohne flüchtige Muskelzuckungen, wenn sie isoliert stehen und wenn nicht gleichzeitig vorhandene größere Insulte ihre Zugehörigkeit zur Epilepsie dokumentieren. Es ist das Verdienst Friedmanns¹⁾, auf eine besondere Art „nicht epileptischer Absencen“ hingewiesen zu haben, die er als kurze narkoleptische Anfälle bezeichnet. Sie betreffen meist Kinder zwischen 4—10 Jahren und stellen einen auffallend gleichmäßigen Anfallstyp dar, der eine nur sekundenlange Unterbrechung der Fähigkeit zu denken, zu sprechen und sich willkürlich zu bewegen ausmacht. Die Kinder „erstarren“ einfach, fast stets mit aufwärts gedrehten Augen und Zwinkern der Lider, Arme und Beine erschlaffen, der Kopf sinkt rückwärts, das Kind taumelt und kommt nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute wieder zu sich. Das Erwachen erfolgt ohne Störung und mit erhaltener Erinnerung. Die Häufigkeit der Absencen variiert bis zu 100 und mehr am Tage. Sie treten zu den verschiedensten Zeiten, auch aus dem Schläfe heraus, auf. Im Gegensatz zu den epileptischen Absencen wurde niemals, trotz der größten Häufung der Anfälle, die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder beeinträchtigt. Die Dauer des Leidens schwankte zwischen 2—8 Jahren; dann erfolgte Heilung. Auf Brombehandlung reagierten die gehäuften Absencen gar nicht. Als auslösende Ursache konnte gewöhnlich eine starke Gemütsbewegung des Kindes (Operation, Schreck) festgestellt werden. Äußere Momente (Ablenkung der Aufmerksamkeit, lebhaftes Spiel usw.) können verzögernd, Erwartung und Autosuggestion verstärkend auf die Anfallshäufigkeit wirken. In manchen Fällen ist eine periodische Häufung unverkennbar.

¹⁾ Friedmann, Über nicht epileptische Absencen oder kurze narkoleptische Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 30. 1906.

Derselbe, Zur Kenntnis der gehäuften nicht-epilept. Absencen im Kindesalter. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. 9. 1912.

Derselbe, Zur Auffassung der gehäuften kleinen Anfälle. Monatschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 38. 1915.

Über die Abgrenzung dieser Anfälle von der Epilepsie ist eine lebhafte Erörterung entstanden. Teils hat man sie in die Nähe der Hysterie (Heilbronner¹⁾), teils in die Nähe der Spasmophilie gerückt (Mann²⁾). Sauer³⁾ hat für sie den Namen Pyknolepsie geprägt, womit aber noch nicht die Berechtigung gegeben sei, das Krankheitsbild als nosologische Einheit aufzufassen. Friedmann hat wohl Recht, wenn er in seiner letzten Arbeit dafür eintritt, in dem in gehäuften kleinen Anfällen sich äußernden Leiden zunächst nur einen Symptomenkomplex (ein „Syndrom“) zu sehen, das verschiedene nosologische Bedeutung gewinnen könne. In einzelnen Fällen komme es später noch zu echter Epilepsie mit der charakteristischen Degeneration, andere entpuppten sich als spasmophile Krankheitszeichen, eine dritte Abart bilde sich auf dem Boden der Hysterie. Nur die von ihm zuerst beschriebene Kerngruppe, das narkoleptische Petit-mal im engeren Sinne, sei ein für sich bestehendes Leiden, das entweder kontinuierlich oder in mehreren Anfallsperioden verlaufend, eine Reihe von Jahren hindurch dauere, um schließlich ohne weitere Komplikation in völlige Heilung überzugehen. In ähnlichem Sinne haben sich auch die meisten späteren Autoren ausgesprochen, die sich mit der nosologischen Wertung der gehäuften kleinen Anfälle befaßten [Engelhard⁴⁾, Cohn⁵⁾, Bolten⁶⁾, Stier⁷⁾]. Ein Teil ist epileptisch, ein anderer erwächst auf dem Boden der Psychopathie im Sinne der neuropsychopathischen Belastung oder der Hysterie, ein dritter (seltener) ist spasmophiler Herkunft und ein vierter bleibt im Ursprung unbekannt. Für die Prognose ist die Zugehörigkeit der kleinen gehäuften Anfälle zu einer dieser Gruppen von ausschlaggebender Bedeutung.

¹⁾ Heilbronner, Über gehäuften kleine Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 31.

²⁾ Mann, Erregbarkeitssteigerungen bei narkoleptischen Anfällen. Zeitschrift f. med. Elektrologie. 1911.

³⁾ Sauer, Über gehäuften kleine Anfälle bei Kindern (Pyknolepsie). Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 40. 1916.

⁴⁾ Engelhard, Zur Frage der gehäuften kleinen Anfälle. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 36. 1914.

⁵⁾ Cohn, W., Über gehäuften kleine Anfälle bei Kindern. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46. 1919.

⁶⁾ Bolten, Die Pathogenese der gehäuften kleinen Anfälle. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 39. 1916.

⁷⁾ Stier, Zur klinischen Stellung und Prognose der gehäuften kleinen Anfälle der Kinder. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Bd. 80. 1922.

In letzter Instanz entscheidet der Verlauf, das deutliche Hervortreten des epileptischen Typus in intellektueller und moralischer Hinsicht. Aber auch ein jahrelanges Intaktbleiben der Intelligenz braucht nicht gegen den epileptischen Charakter der kleinen Anfälle zu sprechen. Wie Epileptiker trotz vollentwickelter Insulte geistig ungeschädigt bleiben können, so auch sicher trotz gehäufte kleiner. Es will mir scheinen, daß nur unter ganz bestimmten Bedingungen die kleinen Anfälle rasch zur Demenz führen, nämlich bei Kindern, bei denen von vornherein mäßige oder schwache Begabung vorliegt oder rachitische oder hydrozephalische Konstitution eine originäre Minderwertigkeit des Gehirns verrät. Im übrigen rate ich mit dem Endurteil bezüglich der intellektuellen Konservierung immer zum Abwarten. Manchmal machen die Pubertätsjahre die stolzesten Hoffnungen zu nichte. Der Umstand, daß äußere Faktoren bisweilen die kleinen Anfälle zu beeinflussen vermögen, etwa Ablenkung der Aufmerksamkeit, lebhaftes Spiel, der Wille zur Unterdrückung, die Versetzung in andere Verhältnisse, z. B. in klinische Behandlung, kann weder für noch gegen Epilepsie ins Feld geführt werden. Man erlebt auch bei gewöhnlichen Epileptikern die merkwürdigsten Änderungen in der Zahl und im Typus der Anfälle unter dem Einfluß des Milieus. Eins muß auch ich zugeben, was bei petit-mal-Kranken gegen Epilepsie zu sprechen scheint, das ist die geringe Wirksamkeit der Brombehandlung. In manchen Fällen wirkt die Brommedikation körperlich und psychisch geradezu scheußlich. Nicht nur, daß die kleinen Anfälle nicht wanken und weichen, es leidet der Appetit, das Körpergewicht sinkt und die Kinder werden reizbar, weinerlich und zerstreut. Schwere Koordinationsstörungen treten auf — kurz, das Bild des akuten Bromismus.

Ich habe im Laufe der Jahre mir bestimmte Kriterien zurechtgelegt, nach denen ich bei den kleinen Anfällen auf Epilepsie schlicße. Irrtümer sind dabei nicht ausgeschlossen. Ich gehe übrigens von dem Grundsatz aus: Lieber eine Epilepsie zuviel, als zu wenig zu diagnostizieren. Für Epilepsie verwerte ich folgende Gesichtspunkte:

1. Die Angabe epileptischer Aszendenz. Auch die Fälle sind verdächtig, wo Vater oder Mutter früher einmal in der Pubertät, in der Gravidität, im Puerperium vorübergehend an Krämpfen gelitten haben;

2. die Angabe einer im zarten Kindesalter überstandenen schweren konvulsivischen Attacke etwa bei tiefgreifenden Verdauungsstörungen oder unter dem Bilde einer Meningitis serosa (leichtes Fieber, Erbrechen, Delirien, Nackenstarre, Konvulsionen); das petit-mal folgt nach jahrelangem Intervall;

3. durchgemachte schwere Kinderkrankheiten, besonders Scharlach (mit oder ohne Nierenkomplikation); Trauma mit Commotio cerebri;

4. Hinweis auf abgelaufene Herderkrankungen meningo-encephalitischer Art in leichtester Form: postparoxysmale Erschöpfungssymptome (Lähmung oder Parese einer Extremität, der Nackenmuskulatur, taumelnder Gang, lallende Sprache), Differenz der Haut- und Sehnenreflexe zwischen rechts und links, Linkshändigkeit;

5. Verbildungen des Schädels (Hydrocephalus, rachitischer Quadratschädel, abgeplattetes und stenosierte Hinterhaupt, Mikrocephalie);

6. einwandfrei festgestellte mydriatische Starre oder Trägheit der Pupillen während des ganzen oder eines Teiles des Anfalls.

Zur Illustration für die kleinen gehäuften Anfälle mag folgender Fall dienen:

Nr. 52. Maria N., geb. 1897, stammt von gesunden Eltern, war aber immer ein zartes Kind; mit etwa 2 Jahren Sturz von der Treppe. Im 4. Lebensjahre beobachtete die Mutter, wie das Kind beim Bilderbesehen lautlos vom Stühlchen sank, sofort aber wieder aufstand. Einmal meldete das Dienstmädchen, daß sich das „Kind mit steifen Gliedern an sie lehnte“. Etwas später fiel den Eltern auf, daß dem Kinde beim Gehen plötzlich die Beine versagten. „Es hing plötzlich an der führenden Hand“. Mit 5 Jahren überstand es Masern. Darnach traten die Anfälle gehäuft auf, früher 3 bis 4 mal jährlich, jetzt mehrfach täglich. Auch kam es vor, daß das Kind beim Gehen zu Boden fiel. Im 7. Jahre wurde ein Spezialist konsultiert, der „Kinderhysterie“ diagnostizierte und durch eine Elektrisierung die Anfälle beseitigte. Im folgenden Jahre kamen sie wieder. Gelegentlich merkte man, wie das Kind mit dem Löffel am Munde vorbeifuhr. Mit 8 Jahren kam das Kind zur Schule. Ein Jahr darauf merkte man ganz leichtes Zittern in den Fingern bei den „Ohnmachten“. Kurz darauf setzten kleine, rasch vorübergehende, 6–10 Sekunden dauernde Krampfanfälle ein: Kopfdrehung nach rechts, Tonus im rechten Arm, Trampeln mit den Beinen. Die Mutter gab an, daß das Bewußtsein während der Anfälle stets erhalten geblieben sei. Eigentümlich war ihre periodische Häufung: in langsamer Progression stiegen sie vom Mai bis November (Maximum 250 pro Tag). Dann nahm

die Zahl rasch ab und von Dezember bis Juni war das Kind anfallfrei. Im nächsten (10.) Jahr begannen die Anfälle sich wieder im Juni zu häufen bis zum Oktober (Maximum pro Tag 160), dasselbe wiederholte sich im Jahre darauf: Januar anfallfrei, Februar und März je ein Anfall, April und Mai je 2 Anfälle nachts, Juni 6, Juli 8, August 9, September 12, Oktober 19. Dann kamen Anfälle auch bei Tag in rapider Steigerung (Maximum im November 180 pro Tag). Anfangs Dezember war das Kind wieder anfallfrei. Der Anfallstypus war 1909 folgender: Das Kind merkt, wenn ein Anfall kommt, legt sich, wenn möglich, auf den Boden oder klammert sich an die Mutter an; unter maximaler Mydriasis dreht sich der Kopf und die Bulbi nach rechts; der rechte Arm und die Finger strecken, der l. Arm hebt sich, die Beine werden im Knie gebeugt; während des Anfalls, der etwa 20 bis 26 Sekunden dauert, versucht das Kind zu sprechen und stößt auch manchmal ängstlich „Mutter“ heraus. Das blasse Gesicht rötet sich und das Kind steht auf. Mydriasis mit träger Lichtreaktion überdauert den Anfall noch etwa $\frac{1}{4}$ Minute. Bewußtlosigkeit besteht nur in den ersten Sekunden des Anfalls, später weiß es trotz des noch bestehenden Krampfes alles, was um es vorgeht. Ich habe die Pat. bis auf den heutigen Tag verfolgen können. Die Jahre 1910 und 1911 verliefen ungefähr wie früher. Im Jahre 1912 begann die Krampfperiode im September; innerhalb von 8 Tagen stieg die Zahl der Anfälle bis auf 71 in 24 Stunden. Dann flaute die Periode langsam ab und Ende Januar hörten die Anfälle auf (Gesamtzahl der Anfälle während der Krampfperiode 1103).

1913: Beginn der Krampfperiode im November; Höchstzahl pro Tag 72; Gesamtzahl bis Mitte März 1914, wo die Periode endigte, 2941 Anfälle.

1915: Beginn der Periode im Januar (vereinzelte Anfälle). Vom 1. bis 22. II. nur Nachts Anfälle, Höchstzahl 37; dann traten sie sich häufend auch am Tage auf und dauerten bis Ende April; Höchstzahl am Tage 111, Gesamtzahl 2171 Anfälle. Ende August setzte eine zweite Krampfperiode ein (täglich 30—50 Anfälle). Ende Oktober Behandlung bei einem Spezialarzt („Entsaugung der Gaumenmandeln“, Impfung mit Tuberkulin usw.). Nach 2 Wochen blieben die Tagesanfälle weg, die selteneren nächtlichen blieben. Pat. hatte während des Jahres 1915 im ganzen 4686 Anfälle! Dabei war sie körperlich und seelisch außerordentlich frisch.

Von November 1915 an hatte Pat. nur vereinzelte nächtliche Anfälle. Erst im September 1916 traten auch wieder Anfälle bei Tage auf; es kam aber zu keiner Häufung (Höchstzahl in 24 Stunden 7). Vereinzelte Anfälle, auch am Tage, blieben bestehen bis zum November 1917, wo wieder eine Häufung einsetzte (bis 66 Anfälle pro Tag), die bis Neujahr 1918 anhielt. Im Jahre 1918 machte Pat. eine „Bestrahlungsbehandlung mit farbigem Licht“ durch. Seitdem (!) geht es ihr fast ganz gut. Sie hat in den Jahren 1918 bis 1922 nur jährlich 3—4 nächtliche Anfälle gehabt und diese meist angeblich durch gröbere Diätfehler hervorgerufen. Auch heute noch, wo die Pat. 25 Jahre alt ist, ist ihr weder körperlich, noch intellektuell, noch affektiv ein Defekt anzumerken. Sie hat sich in Stoffmalerei und Batik ausgebildet und leistet darin nach der Versicherung Sachverständiger Hervorragendes.

Der Anfallstypus ist in den Perioden gehäufter Anfälle (nach den Angaben der Mutter) immer derselbe geblieben; auch die vereinzelt während der Nacht verlaufen ähnlich. Es ist aber — auch zur Auffassung des ganzen Falles — bemerkenswert, daß bei der Pat. seit 1914 die nächtlichen Anfälle den Charakter änderten. Es kamen, nachdem einige leichtere Anfälle vorangegangen waren, schwerere, bei denen die Pat. „schwer röchelt, das Gesicht verzerrt, den Kopf hin und her wirft und sich die Zunge zerbeißt“. Nach den Anfällen war sie — (ganz im Gegensatz zu sonst) — 5—15 Minuten ohne klares Bewußtsein.

Man steht wie in diesem Falle gehäuften kleinen Anfällen oft jahrelang ratlos gegenüber und kann sich schwer für Epilepsie entscheiden. Schließlich löst sich das Rätsel und es stellt sich heraus, daß es sich um Epilepsie handelt, weil vollentwickelte Insulte hinzutreten. Manchmal wird der Zusammenhang zwischen dem ehemals isolierten petit-mal und den großen Anfällen zwingend deutlich, indem sich das erstere nun als Aura für die letzteren darstellt oder vor oder nach einem großen Anfall besonders häufig ist. Aber auch ohne diesen zeitlichen oder kausalen Nexus liegt gar kein Grund vor, die zuerst aufgetretenen petit-mal-Anfälle unter einem andern Gesichtswinkel zu betrachten, als die spätere echte Epilepsie.

Nr. 53. Ich behandelte z. B. eine 32jährige Epileptika, die seit dem 12. Lebensjahr im Anschluß an Scharlach (mit urämischen Krämpfen) merkwürdige Anfälle hat: es steigt ihr vom Unterleib nach dem Halse, krampft im Halse und braust im Kopfe. Sie verliert das Bewußtsein nicht, kann aber nicht sprechen und hat das Gefühl, als ob alles so fremd sei, als ob sie 100 Jahre rückwärts lebe. Bis zum 20. Jahr traten diese Anfälle nur dreimal jährlich auf, um sich an einem Tage 3—5—10mal zu wiederholen. Seit dem 26. Lebensjahre hat sie vollentwickelte, typische epileptische Anfälle, etwa alle 6 Wochen, nur bei Nacht. An dem auf die großen Anfälle folgenden Tage hat sie 50—60 von den früheren petit mals. Manchmal wird der 6 wöchentliche große Insult durch einen „Wutanfall“ ersetzt, in dem die Pat. sinnlos weint, schreit und tobt.

Schließlich muß ich noch mit einigen Worten die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten zwischen epileptischem Anfall und Migräne erwähnen. Eine Gegenüberstellung der Grundcharaktere der Epilepsie und der Migräne (Hemikranie) läßt ohne weiteres die Analogien zwischen beiden Krankheiten erkennen.

1. Beiden Krankheiten scheint eine dauernde Veränderung im Gehirn zugrunde zu liegen, deren physikalisch-chemisches Wesen wir nicht kennen. Man hat sich daran gewöhnt, von einer epi-

leptischen resp. hemikranischen Veränderung zu sprechen; hier wie dort scheinen Autointoxikationen, vor allem auch Beziehungen zur harnsauren Diathese, eine gewisse Rolle zu spielen.

2. Sie geben sich durch Anfälle, mit der Neigung zur Periodizität, kund.

3. Beide haben gewöhnlich Prodrome (körperliche Schläffheit, gemüthliche Depression oder Reizbarkeit usw.) und verwandte Auraerscheinungen. Meist handelt es sich um eine visuelle oder auditive oder sensorische Aura, letztere in Form von Parästhesien, z. B. Kribbeln oder Ameisenlaufen oder Ver-taubungsgefühle, beginnend in der Hand, aufsteigend zur Schulter, zum Gesicht und zur Zunge. Der Aura folgt dann in einen Falle der hemikranische, im anderen der epileptische Insult.

4. Bei der Epilepsie ist man gewöhnt, das Hauptgewicht auf die Entladungen in der motorischen Region der Hirnrinde zu legen, während man für die Migräne die sensiblen und sensorischen Rindensymptome hervorhebt. Möbius will Migräne da ausschließen, wo selbst nur eine Andeutung von Spasmen (Mundwinkel, Zunge usw.) vorkommt. Er hält diese Fälle auch bei Anwesenheit von hemikranischen Symptomen für larvierte Epilepsie. Kowalewsky dagegen meint, daß in der Mehrzahl der Migräneanfälle motorische Symptome vorhanden seien. Er macht auf die Muskelspannungen in den schmerzhaften Gebieten während des Anfalls aufmerksam: das Augenlid ist mehr oder weniger zusammengezogen, die Muskeln des Halses sind auf der schmerzenden Seite leicht gespannt, das Nasenloch ist erweitert, die Nasolabialfalte tiefer. Durch einen Spasmus im M. sternocleidomastoideus wird der Kopf nach der schmerzenden Seite gedreht. Sowohl bei der Epilepsie als auch bei der Migräne haben wir nach dem Anfall (mit oder ohne Kopfschmerz) Erbrechen häufig zu verzeichnen.

5. Sowohl der hemikranische als auch der epileptische Insult endet mit einem Erschöpfungsstadium. In diesem kann es bei der Epilepsie zu ausgesprochenen Erschöpfungs-paresen oder -lähmungen in den vom Krampfe befallen gewesen Gliedern kommen. Zu den postparoxysmalen Mono- resp. Hemiplegien und -paresen bei der Epilepsie hat man die periodische Okulomotoriuslähmung (Migraine ophthalmoplégique) in Parallele gestellt.

M. H.! Sie sehen, der Berührungspunkte zwischen Epilepsie und Migräne sind gar viele. Nun haben Féré, Gowers, Kowalewsky u. a. Beobachtungen mitgeteilt, daß eine Migräne später in Epilepsie überging. Die Migräne war meist mit sensorischen Auraerscheinungen einhergegangen, und es begann dann auch die spätere Epilepsie mit ähnlicher parästhetischer Aura in den Gliedern einer oder beider Seiten, oder dem epileptischen Insulte ging, wie früher dem Migränekopfschmerz, das Flimmerskotom voraus. Kurz, die spätere Epilepsie soll die Neigung zeigen, einzelne Züge der früheren Migräne ins Anfallsbild aufzunehmen. Manchmal besserte sich nach dem Auftreten der Epilepsie die Migräne oder hörte ganz auf, so daß man von einer Substitution der Migräne durch Epilepsie sprechen könnte.

Ebenso existieren Mitteilungen, daß sich die Epilepsie gelegentlich zur Migräne mitigieren könne. Die epileptischen Anfälle zessieren, und an ihre Stelle tritt Migräne. Dieser Wechsel scheint von den beiden genannten der seltenere zu sein.

Solchen Angaben gegenüber kann man sich nicht oft genug daran erinnern, daß es eine Migräne gibt, die als Symptom der Epilepsie auftritt und der genuinen Migräne gegenüber ebenso bewertet werden muß, wie die symptomatische Migräne bei der progressiven Paralyse (Möbius). Mit Rücksicht darauf soll man sich hüten, ohne weiteres von „Übergängen“ beider Krankheiten ineinander zu sprechen. Sehr häufig hängt sich die Grundkrankheit nur ein anderes Mäntelchen um, mit anderen Worten: die Migräne, welche sich zur Epilepsie transformiert haben soll, wird oft schon Symptom einer Epilepsie gewesen sein, die nur späterhin den Typus ihrer Insulte änderte (vgl. Krg. Nr. 45). Eine längere Beobachtungszeit ergibt nicht selten, daß die vermeintliche Substitution der Migräne durch Epilepsie ein Irrtum war, weil die erstere plötzlich nach Jahren wieder auftaucht, um dann weiterhin mit der letzteren abzuwechseln. Die Epilepsie hatte die Migräne nicht substituiert, sondern war als etwas Neues zu ihr hinzugetreten.

Der folgende Fall zeigt, wie vorsichtig man mit der Diagnose Migräne bei einem Epileptiker sein muß. Wo man von einer „Mitigation“ der Epilepsie zur Migräne sprechen möchte, handelte es sich nur um einen Erscheinungswechsel, um eine symptomatische

Migräne, hinter der sich Epilepsie versteckt. Für die epileptische Natur der Migräneanfälle scheinen mir die nystagmusartigen Rotationsbewegungen der Augen, die klonischen Zuckungen in den linksseitigen Kopfdrehern und die träge Lichtreaktion der mydriatischen Pupillen während des Anfalls zu sprechen.

Nr. 54. K. M., 15 Jahre alt, Gymnasiast; ohne hereditäre Belastung; als einjähriges Kind Krämpfe; mittelmäßiger Schüler; bis zum 11. Jahre gesund; damals in der Schule Anfall mit Bewußtlosigkeit und Zuckungen; in den nächsten Jahren Wiederholung der Anfälle meist in Pausen von 6 bis 8 Wochen. Typus der Anfälle: Pat. merkt an einer vom Magen aufsteigenden Übelkeit, daß der Anfall kommt; Bewußtlosigkeit; Kopfdrehung nach links; kurzdauernder Tonus der Arme, dann Klonus; schließlich $\frac{1}{2}$ stündiger Schlaf; manchmal Erbrechen.

Vor 3 Jahren unterzog sich der Pat. einer diätetischen und Bromkur, welche die Krampfanfälle zum Schwinden brachte. Dafür traten andere auf: Aura, wie früher, vom Magen ausgehende Übelkeit. Pat. bleibt beim Bewußtsein und hat das Gefühl, als „ob die Augen so im Kopfe herumgingen“. Dabei fliegen Funken vor den Augen hin und her. Kein Kopfschmerz; Dauer $1\frac{1}{2}$ –2 Minuten; plötzlich hören mit „einem Rucke“ die Funken und das „Augendrehe“ auf und es kommt zu einer rechtsseitigen Hemianopsie, die 3–4 Minuten anhält. Die schweren Anfälle enden mit Erbrechen. Während des Anfalls, der mit einer leichten Ängstlichkeit einhergeht, sind die Pupillen auffallend weit, reagieren auf Lichteinfall träge und wenig ausgiebig und das Gesicht ist blässer als sonst. Das von dem Jungen als „Augendrehe“ empfundene Symptom besteht in ruckweise erfolgenden Rotationen der Bulbi nach links, oben und außen. Auch der Kopf wurde leicht nach links gedreht.

8. Vorlesung.

Die Epilepsie im Kindesalter.

(Ätiologie, Prophylaxe und Behandlung.)

M. H.! Der Ätiologie, d. h. der Erforschung der Ursachen der kindlichen Epilepsie, möge bei unserer Betrachtung ein breiterer Raum gestattet sein mit Rücksicht auf die praktische Erwägung, daß sich eine rationelle Verhütung und Vorhersage mit einer gründlichen Kenntnis der Ätiologie deckt.

Obenan steht bei der genuinen Epilepsie in ätiologischer Beziehung die Erblichkeit. Betrachtet man die Gesamtheit der Kinderepilepsien, so bleibt freilich wenigstens nach meinen Erfahrungen die Erblichkeit unter den ursächlichen Momenten nicht an erster Stelle. Bei der übergroßen Mehrzahl der epileptischen Kinder habe ich den Eindruck, daß die erbliche Belastung eine lediglich sekundäre Rolle spielt. 35% meiner Epileptiker waren erblich belastet. Der indirekte, (im Mendelschen Sinne) rezessive Erbgang ist bei der Epilepsie der gewöhnliche Typus. Daher finden wir so außerordentlich oft in den Anamnesen unserer Epileptiker, daß nicht Vater oder Mutter, sondern Onkel oder Tante, Cousin oder Cousine epileptisch sind. Die Epilepsie zeigt eine auffallende Neigung zur gleichartigen Vererbung¹⁾. Eine Statistik von Eccheverria ergab: 136 Epileptiker hatten zusammen 553 Kinder. Von den am Leben bleibenden 309 waren 78 epileptisch, d. h. rund 25%. Unter 100 Fällen kindlicher Epilepsie fand ich selbst 17mal epileptische Belastung; 1mal war der Vater, 7mal die Mutter, 2mal die Großeltern, 7mal ein Onkel

¹⁾ Vgl. Davenport und Weeks, A first study of inheritance in epilepsy, Eugenics Record Office, Bulletin Nr. 4, Cold Spring Harbor, N. Y. 1911 (oder Journ. of nerv. and ment. dis. Bd. 38. 1911).

oder eine Tante epileptisch. In 10 Fällen war es Schwester oder Bruder; 1 mal erlebte ich Epilepsie bei einem Zwillingpaar: die stärkere Schwester erlag im Alter von 16 Monaten binnen 6 Stunden einem Status epilepticus; die schwächere blieb bis zum 10. Jahre gesund. Bei der Durchforschung zahlreicher Individualstammbäume begegnete ich Familien, in denen die Epilepsie fast endemisch zu sein schien. So zählte ich in einer Familie 7, in einer anderen 12 Epileptiker. Gerade in den Familien mit degenerativer Vererbung, bei Häufung der erblichen Belastung von Vaters- und Mutterseite her, finden wir im Kindesalter neben den psychischen Degenerationszuständen der Imbezillität und Idiotie auch die Epilepsie vor. Daß Epilepsie bei Geschwistern keine Seltenheit ist, darauf hat Volland ¹⁾ in einer kasuistikreichen Arbeit hingewiesen.

Bei der Beurteilung degenerativer Epilepsien im Kindesalter muß man sich bewußt bleiben, daß die sinnenfälligen Entwicklungshemmungen auf intellektuellem und ethischem Gebiete und die Epilepsie gleichwertige, auf dem Boden der erblichen Degeneration erwachsene Erscheinungen sind. Nur so wird man in der Prognose vor optimistischen Irrtümern bewahrt bleiben. Einen Fingerzeig, daß wir es mit einer erblich-degenerativen und daher prognostisch schlechten Form der Epilepsie zu tun haben, liefert uns, trotz der schönfärberischen Angaben der Eltern, eine Mehrzahl von körperlichen Degenerationszeichen und die frühzeitige Komplikation der Epilepsie durch Migräne und Hysterie (Hystero-Epilepsie). Interessant ist, daß nach den Untersuchungen Steiners ²⁾ erbbiologische Beziehungen zwischen Epilepsie und Linkshändigkeit bestehen. In Linkshänderfamilien kommen weit häufiger epileptische Erkrankungen vor als in Rechtshänderfamilien. Von 91 rechtshändigen Epileptikern hatten 81 linkshändige Angehörige. Neben der deutlichen familiären Korrelation zwischen Linkshändigkeit und Epilepsie ließ sich ein ähnliches Verhältnis zwischen Epilepsie und dysarthrischen Sprach-

¹⁾ Volland, Epilepsie bei Geschwistern. Zeitschr. f. die Behandlung und Erforschung des jugendl. Schwachsinn. Bd. II. 1909.

²⁾ Steiner, Über die Beziehungen der Epilepsie zur Linkshändigkeit. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 30. — Vgl. auch Heilig & Steiner, Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Psych. und Neurol. Bd. 9.

störungen (Stottern, Stammeln, Lallen) feststellen, so daß z. B. folgende Familienzusammensetzung sich ergibt: Mutter linkshändig — ein Kind Linkshänder, stottert — ein Kind Epilepsie — ein Kind Enuresis nocturna.

Daß chronischer Alkoholismus oft bei den Eltern epileptischer Kinder verzeichnet ist, ist eine unbestrittene Tatsache. Wir fanden bei ungefähr 20% unserer klinischen Kranken¹⁾ Trunksucht in der Aszendenz als keimschädigendes Moment, das primär zu einer pathologischen Disposition des Nervensystems führte, auf der sekundär die Epilepsie im Kindesalter erwuchs. Zu ähnlichem Resultat kamen Wartmann in Wuhlgarten (28,7%), Neumann in Straßburg (23%) und Demme in Basel (30%) (Hoppe). Martin hat berechnet, daß von den überlebenden Kindern trunksüchtiger Eltern nicht weniger als $\frac{1}{3}$ an Epilepsie erkrankte.

Viel offenkundiger als das stille Zerstörungswerk des elterlichen Alkoholismus ist der Zusammenhang der kindlichen Epilepsie mit der ererbten Syphilis, weil sie meist dem Kinde ihren Stempel sichtbarlich aufdrückt. Die Syphilis der Erzeuger kann wie der Alkohol im allgemeinen keimschädigend wirken und bei dem Aufbau des neuen Individuums die eigenartigen Verhältnisse schaffen, die wir schon des öfteren als neuropathische Prädisposition bezeichneten und auf denen ebenso wie die anderen Neurosen auch die Epilepsie entstehen kann (in 5—6% meiner Fälle). Wir finden dann meist in der Anamnese mehrfache Fehlgeburten der Mutter, in der Vorgeschichte des Kindes selbst syphilitische Hauterkrankungen in der frühesten Lebenszeit, Erkrankungen der Hornhaut, der Ohren oder der Nase, wir sehen die bekannten Hutchinsonschen Zähne, Drüsenschwellungen, Knochenauflagerungen, kurz schwächliche, ungesunde Kinder, bei denen unter dem Einfluß einer Gelegenheitsursache (Schreck, Kopftrauma) die echte Epilepsie zum Ausbruch kommt. In diesen Fällen liegt eine genuine, nicht „organische“ Form der Epilepsie

¹⁾ Dem gegenüber darf ich wohl hervorheben, daß unter 100 Fällen meiner Privatklientel der besseren Stände nicht einmal Alkoholismus der Eltern nachweisbar war. Man sieht daraus, wie sehr es bei der Statistik auf das Untersuchungsmaterial ankommt. Ich verweise außerdem bezüglich der Keimschädigungen durch Alkohol auf meine Ausführungen in der Vorlesung über allgemeine Ätiologie und Prophylaxe der kindlichen Nervosität (S. 13), wo zur Kritik und Skepsis ermahnt wurde.

vor. In anderen zeitigt die ererbte Syphilis gummöse Geschwulstbildungen im Gehirn und seinen Häuten oder an der Innenfläche der Schädeldecke oder an den Blutgefäßen des Gehirns und ruft auf diese Weise epileptische Anfälle hervor. Diese Fälle sind im Kindesalter selten. Endlich ist noch eines Umwegs zu gedenken, den die erbliche Syphilis bei der Produktion der kindlichen Epilepsie einschlägt. Die Kinder erkranken in den ersten Lebensjahren akut mit Fieber, Erbrechen, Benommenheit, Delirien und Krämpfen. Nach dem Abklingen der stürmischen Erscheinungen stehen wir vor dem bekannten Bilde der zerebralen Kinderlähmung. Sie kennen ja die Kinder mit den halbseitigen oder partiellen, starren, mit Atrophie und Wachstumsverkümmern einhergehenden Lähmungen der Extremitäten, mit mehr oder weniger ausgeprägten Sprachdefekten, Schielen, zum Teil mit lichtstarrten Pupillen und geringerer oder größerer Geisteschwäche. Störende Mitbewegungen in den gelähmten Gliedern, choreatische und athetotische Bewegungen treten als Nachkrankheit auf und in der Hälfte oder, nach anderen Autoren, bis zu $\frac{2}{3}$ der Fälle kommt es gleichzeitig zur ausgesprochenen Epilepsie.

Einige Fälle von kindlicher Epilepsie auf hereditärsyphilitischer Grundlage teile ich Ihnen im folgenden mit:

Nr. 55. D. K., geb. 1890; zur Zeit der Untersuchung 11 Jahre alt. Seit dem ersten Lebensjahre hatte sie alle 4—6 Wochen typische epileptische Anfälle, die sehr heftig und meist in stundenlangen Serien auftraten und eine Kupierung durch eine Chloroformnarkose notwendig machten. Im 6. Lebensjahre blieb nach einer derartigen Attacke eine linksseitige lähmungsartige Schwäche zurück, im 8. Jahre eine vollständige Blindheit, die im Verlaufe einer Woche zurückging. Im 7. Jahre war das Kind anfallsfrei. Seit 1900 (November) bemerkte man an ihm ab und zu eine Unsicherheit beim Gehen: es taumelte einige Sekunden wie betrunken. Später stürzte es manchmal auf dem Wege blitzschnell zu Boden und stand sofort wieder auf. Ebenso kam es häufig vor, daß es beim Sitzen vornüber kippte und mit dem Gesicht in den Suppenteller fiel. In letzter Zeit stellte sich nach den großen Krampfanfällen, die gewöhnlich 5—15 Minuten dauerten, heftiges, ängstliches Schreien ein.

Die Untersuchung ergab: Typische Hutchinsonsche Zähne; Lichtreaktion der l. Pupille träger als r.; doppelseitig gesteigerte Kniephänomene mit Patellarklonus; Dorsalklonus; hochgradige Ataxie des linken Armes mit Intentionstremor; Tieferstehen der l. Schulter; leichte Parese (Nachschleifen) des l. Beines. Folgende Anfallstypen wurden beobachtet:

1. Pat. fällt in die Kissen zurück, zieht die Beine an, streckt die Arme, in denen ruckweise Zuckungen auftreten; die geschlossenen Augenlider

flattern; Dauer 4 Minuten; nach kurzem Schnarchen erwacht sie, erkennt die Umgebung nicht und schreit ängstlich, greift mit den Händen in der Luft herum; nach $\frac{1}{4}$ Stunde schläft sie tief ein. Während des Anfalles lichtstarre Pupillen.

2. Pat. knickt plötzlich nach rechts um, senkt den Kopf und hebt den rechten Arm; Dauer 3 Sekunden. „Jetzt habe ich eben gezuckt“ (sehr häufig, bis zu 20mal pro Tag); darnach sofort wieder frisch.

3. Lehnt sich zurück; Drehung der Augen nach rechts; Dauer 2 Sekunden; sofort wieder frisch.

Nr. 56. F. M., $5\frac{1}{4}$ Jahre alt; syphilitisch belastet, entwickelte sich sehr langsam, sprach erst mit 3 Jahren. Mit 4 Jahren hatte er einen heftigen „epileptiformen Anfall“. Darauf trat eine Pause von einem Vierteljahr ein; dann zeigten sich ab und zu leichtere Anfälle. Im Juli fiel auf, daß das Kind geistig zurückging. Es ging schlechter und seine Sprache wurde undeutlich. Am 31. VII. erfolgte mehrmaliges heftiges Erbrechen mit nachfolgendem stundenlangem Schlaf. Bei der Aufnahme in die Klinik am 7. VIII. fand sich eine Parese des rechten Facialis und des rechten Beins, der r. Arm stand in leichter Beugekontraktur im Ellenbogengelenk. Beim Gehen taumelte der Junge, überkreuzte die Beine und konnte ohne Unterstützung nicht stehen. Die Sprache war skandierend, kaum verständlich. Täglich wiederholten sich rasch vorübergehende linksseitige Krampfanfälle mit Bewußtseinsverlust, denen unregelmäßige Jaktationen des Körpers und Kopfes von etwa 10 Minuten Dauer folgten. Die Pulsfrequenz schwankte zwischen 58–64 in der Minute. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab doppelseitige Stauungspapille. Auch außerhalb des Anfalles war das Sensorium sehr wechselnd, bald frei, bald herrschte tiefer Sopor vor. Nach einer zweiwöchentlichen Schmierkur war die Stauungspapille verschwunden. Die Anfälle wurden an Zahl geringer; der Junge wurde lebhafter; die rechtsseitige Hemiparese schwand bis auf eine leichte Differenz im Gesicht. Der Junge lief wieder normal, aber die Anfälle hörten nicht auf, sondern traten, nachdem sie anfänglich immer noch die linke Seite bevorzugt hatten, regellos mit Beteiligung bald der rechten, bald der linken, bald beider Seiten auf.

Seit etwa $\frac{1}{2}$ Jahre haben die Anfälle ganz ausgesetzt. Aber die geistige Entwicklung des Knaben ist eine geringe. Er zeigt die große Unruhe des erethischen Imbezillen, spricht sehr schlecht und näselnd und ist sehr schwer lenkbar.

Beide Fälle sind Epilepsien, organisch bedingt durch mehr oder weniger lokalisierte syphilitische Erkrankungen der Hirnsubstanz und ihrer Häute (Meningo-Encephalitis syphilitica). Auffallend häufig stellen sich die Krämpfe halbseitig dar und hinterlassen in der betroffenen Seite gerne postparoxysmale Schwächestände. Im weiteren Verlaufe verwischt sich aber oft dieser Typus und es kommt zu allgemeinen Krämpfen ohne bestimmte Lokalisation (vgl. später zerebrale Kinderlähmung). Dabei ist

gleich hier vorweg zu nehmen, daß auf hereditär-syphilitischer Basis auch hydrocephalische Zustände entstehen, die ihrerseits zu epileptischen Anfällen führen. Ich glaube, daß namentlich die bei syphilitischer Epilepsie neben generalisierten oder halbseitigen Krämpfen beobachteten petit-mal-Anfälle hydrocephalisch bedingt sind. In dem zweiten angeführten Falle ist die diffuse Meningoencephalitis (unter Mitbeteiligung der Basis) überaus deutlich. In solchen Fällen ist mehr oder minder hochgradiger Schwachsinn die unausbleibliche, selbstverständliche Folge. Ein interessanter Fall, der zugleich ein Beitrag zur Wirksamkeit der spezifischen Therapie und zur sogenannten Reflexepilepsie ist, war folgender:

Nr. 57. Fr. Sch., 15 Jahre alt; als Kind viel Drüsen (Kuren in Bad Tölz); keine Kinderkrämpfe; mittelmäßiger Schüler. Im Juli 1907 angeblich Distorsion des rechten Fußgelenks beim Tennisspielen mit starken Schmerzen. Eine Neigung zum Übertreten blieb seitdem in dem Fuß. Im Dezember 1907 erster Anfall: Zittern in der rechten Wade, aufsteigend über das Bein und die rechte Körperhälfte nach dem Gesicht; dabei Kurzatmigkeit mit keuchender Atmung und „lächelnder“ Gesichtsausdruck; kann dabei nicht sprechen, hört aber angeblich alles. Hat während des Anfalls das Gefühl sich festhalten zu müssen, um nicht zu fallen. Dauer des Anfalls 10–15 Sekunden. Im Januar 1908 täglich bis zu 3 Anfällen, wachte auch nachts davon auf. Am 15. II. in der Nacht 14 Anfälle. Nach kurzer Beobachtung vom Vater wieder abgeholt. Im Dezember 1908 drei schwere epileptische Anfälle mit völliger Bewußtlosigkeit, allgemeinen Krämpfen, Zungenbiß und Einnässen. Wassermann im Blute positiv. Energische Schmierkur. Am 23. I. 1909 noch einmal ein schwerer Anfall; seitdem anfallfrei. War nach der Kur negativ.

Der Fall lehrt eindringlich genug, wie wichtig es ist, in zweifelhaften Fällen von Epilepsie im Kindesalter die Wassermann-Reaktion im Blute anzustellen!

Daß größere Verletzungen des kindlichen Schädels, z. B. während des Geburtsaktes¹⁾ durch die Zange, vor allem die Gehirnerschütterung (*Commotio cerebri*) in den ersten Lebensjahren, zur Epilepsie im Kindesalter führen können, will ich nicht vergessen zu erwähnen; ebenso die Fälle, die sich an die

¹⁾ Gegen die Überschätzung der Geburtstraumata in der Ätiologie haben Vogt (l. c.) und Volland (Geburststörungen und Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. 1906) Stellung genommen. Bei genauerer Prüfung stellt sich heraus, daß weder schwere Geburt ohne Kunsthilfe, noch asphyktische Geburt, noch Zangengeburt in Fällen von Epilepsie das einzige ätiologische Moment darstellen, sondern daß meistens sehr gewichtige konkurrierende ursächliche Faktoren zu finden sind.

zweite Zahnung oder an Kinderkrankheiten, wie Masern, Scharlach, Keuchhusten, oder an akute Infektionen wie Furunkulose oder Erysipel anschließen. Wir werden auf die Bedeutung der akuten Infektionen bei der organisch bedingten Epilepsie zurückkommen. Den ursächlichen Zusammenhang zwischen den Kinderkrämpfen (Eklampsie) und der echten Epilepsie habe ich schon bei der Abgrenzung des Themas gewürdigt und kann mich jetzt darauf beziehen. Schließlich bitte ich auch auf den im Kindesalter so häufigen Veitstanz ein wachsames Auge zu haben; es sind nicht wenige Fälle bekannt, in denen sich an die Chorea echte Epilepsie anschloß. Gewöhnlich finden wir bei all den genannten Möglichkeiten bei genauerer Nachforschung nicht einen, sondern mehrere ätiologische Faktoren zusammenwirkend, eine Häufung von Schädlichkeiten körperlicher und geistiger Natur (— den beginnenden Schulunterricht nicht zu vergessen! —) und als letzte Ursache die neuropathische Prädisposition.

Körperliche Züchtigungen, Schläge auf den Kopf, Prügeleien der Schulkinder usw. können bei neuropathischen Kindern sehr wohl die auslösende Ursache der Epilepsie sein. Ganz besonders habe ich die Kinder im Auge, die zu pathologischen Affektausbrüchen neigen, entweder im Zorne ganz „steinern“ und sprachlos werden oder maßlos brüllen, mit Händen und Füßen strampeln oder sich auf dem Boden wälzen. Den Trotz durch Schläge brechen zu wollen, ist in solchen Fällen ein gefährliches Experiment. Anstatt mit willigem Gehorsam antwortet das Kind bisweilen mit dem ersten epileptischen Anfall. Diese Fälle sind anerkanntermaßen selten. Aber daß der Affekt in der Ätiologie der Epilepsie eine wesentliche Rolle spielt, haben eindeutige Erfahrungen auch bei Jugendlichen, namentlich an dem Material der Fürsorgezöglinge ergeben. Man hat geradezu eine Affektepilepsie abgegrenzt (Bratz¹⁾ und Leubuscher). Charakteristisch für sie ist, daß die Anfälle (meist Schwindelgefühlsattacken, Ohnmachtsanfälle, psychische Äquivalente und Dämmerzustände, selten vollentwickelte Insulte) abhängig sind von äußeren Ursachen (Fieber, Hitze, Alkohol) und namentlich von seelischen Erregungen (harte Schul- und Lehrzeit, schlechte Behandlung im Elternhause usw.), in den geregelten Verhältnissen eines Anstaltaufenthaltes ohne be-

¹⁾ Vgl. Bratz, Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29.

sondere Therapie schwinden, sofort aber, auch nach jahrelanger Pause wieder auftreten, wenn nach der Entlassung im Kampf ums Dasein die früheren Gemütsbewegungen wieder aktuell werden. Demenz soll nicht eintreten. Dauernd besteht der Geisteszustand der Degenerierten: Unstetigkeit, Mangel an Energie, affektive Reizbarkeit. Somatisch ist eine hochgradige Blässe (auch bei normaler Blutmischung) und totale An- oder Hypalgesie der Haut bemerkenswert. Die Verwandtschaft mit der Hysterie läßt sich nicht verkennen. Im Gegensatz zur Epilepsie wird das charakteristische Petit-mal vermißt, wenigstens das mit Symptomen lokalisierter Hirnreizung (starrem Blick, Ablenkung der Bulbi, kurzem Verziehen des Gesichts, Zucken im Arm, Schmatzbewegungen usw.) verknüpfte.

In das „Randgebiet“ der Epilepsie ganz in die Nähe der affektepileptischen Anfälle gehören auch die von Oppenheim¹⁾ beschriebenen psychasthenischen Krämpfe. Obwohl es sich um Anfälle von Bewußtlosigkeit mit und ohne Konvulsionen handelt oder um Zustände, die eine große Ähnlichkeit mit dem petit-mal oder den epileptischen Äquivalenten haben, so gehören sie doch nicht in die Gruppe der Epilepsie, sondern der Neurasthenie oder Psychasthenie. Dem Auftreten der Anfälle gehen neurasthenische Angstzustände, Phobien, Tics oder vasomotorische Störungen voraus. Die Anfälle treten so gut wie nie unvermittelt auf, sondern es bedarf eines besonderen Anlasses zur Auslösung (Aufregungen, Anstrengungen). Die Anfälle bleiben meist vereinzelt, als eine Episode im Leben des Psychasthenikers. Auch bei öfterer Wiederholung der Attacken leidet Intelligenz und Gedächtnis nicht. Brom ist therapeutisch kaum wirksam, sondern nur die allgemein robrierenden Kuren und die Fernhaltung psychischer Erregungen.

In das Kapitel des Affekts gehört auch die Shockwirkung des Schrecks. A priori ist nicht von der Hand zu weisen, daß die mit heftigem Schreck verknüpften, vasomotorischen, plötzlichen Veränderungen im Gehirn bei einem disponierten Individuum Krämpfe auslösen können. Mir sind zwei Fälle von Epilepsie im Kindesalter bekannt, wo durch den Schreck infolge einer Feuersbrunst im eigenen Haus der erste Anfall ausbrach. Bemerkenswert ist aber, daß beide Kinder im Säuglingsalter bereits Krämpfe gehabt hatten, die ganz in Vergessenheit geraten waren. Von dem Schreck

¹⁾ Oppenheim, Über die psychasthenischen Krämpfe. Journ. f. Psychol. und Neurol. Bd. VI.

an blieb die neuerdings manifestierte Epilepsie dauernd bestehen. Hier erwähne ich noch zwei meiner kindlichen Epileptiker: Bei einem Knaben stellte sich das Leiden nach einem Hufschlag vor die Brust, bei einem Mädchen nach der Verbrühung eines Fußes mit heißem Wasser ein.

Die Erkrankung setzt nicht selten zur Zeit der beginnenden Geschlechtsreife ein. Ist bei Mädchen eine Menstruationsanomalie vorhanden, so sind die Mütter gar leicht geneigt, die Epilepsie mit einem bestehenden Gebärmutterleiden in Zusammenhang zu bringen. Unter dem Einflusse unklarer Voraussetzungen wird das Kind von Arzt zu Arzt geschleppt, leider oft genug auch manuell untersucht und — gewöhnlich nichts Krankhaftes gefunden. Aber selbst wenn eine geringe Verlagerung der Gebärmutter oder sonst etwas Pathologisches konstatiert und durch eine spezialärztliche Behandlung gehoben wird, so werden die Eltern meist überrascht sein, daß die bestehende Epilepsie trotz allem nicht wankt und weicht. Die physiologische Geschlechtsreifung ist für viele neuropathische Mädchen und Knaben die Klippe, an der sie scheitern; in der Revolution der Entwicklung kann, namentlich bei Hereditariern, auch die Epilepsie auftauchen. Bei gewissen Psychopathen beginnen in der Pubertätszeit schwere Krampfanfälle, häufen sich einige Jahre hindurch, um dann nach eingetretener Entwicklungsfertigkeit wieder vollkommen zu verschwinden (Bratz, l. c.) Aber alle übertriebenen Vorstellungen von dem Einfluß der Geschlechtssphäre auf das Zustandekommen der Epilepsie sind Unsinn. Gelegentlich wird über den ursächlichen Zusammenhang von Phimose mit Epilepsie diskutiert. Wenn auch nicht bestritten werden kann, daß ein lokaler, etwa durch phimotische Balanitis und Balanoposthitis bedingter Reiz ebenso zur Epilepsie führen kann, reflektorisch, wie es von Fremdkörpern in den Ohren und in der Nase bekannt ist, so glaube ich doch, daß bei den Fällen von Phimosen-Epilepsie eine Verwechslung vorliegt. Phimosen wirken bei spasmophiler Diathese (Stimmritzenkrampf, Eklampsie) wahrscheinlich auslösend und werden zweckmäßig operiert, weil die Anfälle danach ausbleiben. Kommt später doch noch eine echte Epilepsie hinzu, so ist es nicht erlaubt zu schließen, sie hätte vermieden werden können, wenn die Phimose rechtzeitig beseitigt worden wäre.

Zu den gemünzten Irrtümern gehört auch die Ansicht, daß

Onanie im jugendlichen Alter Epilepsie zu erzeugen imstande sei. Kein gesundes Kind wird sich die Epilepsie „anonanieren“. Gewöhnlich ist das Verhältnis so, daß frühzeitig und stark betriebene Onanie bereits ein Zeichen ererbter krankhafter Veranlagung ist, auf der als weiteres gleichwertiges Reis die Epilepsie aufschießt.

Auch den so viel genannten Würmern im Darmkanal gegenüber als ursächlichem Moment der kindlichen Epilepsie empfiehlt sich einige Skepsis. Eklampsie bei Säuglingen wird wohl durch den Reiz der Würmer in den Eingeweiden bedingt sein können und nach der Beseitigung der Parasiten schwinden. Ob echte Epilepsie durch ihre Abtreibung geheilt werden kann, erscheint mir mehr als fraglich. Aber in anderer Beziehung lege ich den Verhältnissen des Verdauungsapparates das größte Gewicht bei. Daß vom Magendarmkanal aus reflektorisch echte Krampfanfälle ausgelöst werden können, ist außer Zweifel. Wir erfahren in mancher Anamnese, daß sich die erste Krampfserie an eine akute Verdauungsstörung, namentlich an schwere Obstipation anschloß (vgl. Krg. 46). Ich erlebte vor 3 Jahren folgenden Fall: Ich behandelte einen 12jährigen imbezillen Jungen wegen epileptischer Anfälle. Da schrieb mir plötzlich der Vater in größter Angst, daß der 6jährige intelligente und bis dahin absolut nervengesund erscheinende Bruder nach einer „Magenüberladung“ eine mit Unterbrechungen zwei Stunden lang dauernde epileptische Anfallsserie mit tiefer Bewußtlosigkeit bekam. Hinterher erbrach er große Massen unreifer Johannis- und Stachelbeeren. Seitdem ist kein Anfall mehr aufgetreten. Ähnliches erleben wir bei epileptischen Kindern häufig: Indigestionen und Verstopfung wirken krampfauslösend. In diesem Zusammenhange möchte ich einen Fall mitteilen, in dem es im Anschluß an eine Verdauungsstörung oder Magenüberladung zu einer Krampfserie kam (vgl. oben) und dann nach jahrelanger Pause die Epilepsie sich dauernd etablierte.

Nr. 58. Einer meiner Patienten (Zangengeburt, asphyktisch geboren) hatte mit 4 Jahren bei einer Magenüberladung mit Gerstengraupen „Krämpfe“. In den ersten Schuljahren traten alle 3 Wochen etwa eigentümliche Anfälle auf: plötzlich bekam der Junge auf der Straße oder im Zimmer ein ängstlich-bekommenes Gefühl: dabei „mußte er geradeaus starren“. Die Umgebung kam ihm dabei für Sekunden, obwohl er sie kannte, „merkwürdig fremd“ vor. Dann mußte er „kauen“ (d. h. er machte Kau- und Schluckbewegungen) und in wenigen Sekunden hatte er es „hinuntergekaut“. Mit knapp 16 Jahren

saß er in Unterprima; da begann er in den Schulleistungen auffallend nachzulassen. Im gleichen Jahre bekam er nach einer aufregenden Auseinandersetzung mit dem Vater den ersten vollentwickelten Anfall, dem 3 Stunden später ein zweiter folgte. In Pausen von 6 Wochen kamen dann noch drei weitere.

Oft hört man, daß sich nach Anfällen stärkere Gasbildung durch heftiges Aufstoßen und Blähungen nach oben und unten einen Ausweg sucht. Die reguläre Stuhlentleerung spielt jedenfalls bei spasmophilen wie bei epileptisch prädisponierten Kindern eine eminente prophylaktische Rolle, da wir noch keinen Maßstab für die Wirkung haben, die resorbierte Stoffwechsel- und Fäulnisprodukte des Verdauungstraktus auf das Nervensystem ausüben. Bei gehäuften kleinen Anfällen habe ich beobachtet, daß ein lauwarmes Klystier oder heftiges Aufstoßen nach einem Brausepulver eine günstige Wirkung hatte.

Bekanntlich hat man die epileptischen Anfälle, bei denen ein peripherer Reiz mindestens als auslösende Ursache wirkte, als Reflexepilepsie bezeichnet. Reize, z. B. von den Ohren oder der Nase ausgehend, hat man verantwortlich gemacht. Größte Skepsis ist der Reflexepilepsie gegenüber geboten, schon um vor therapeutischen Enttäuschungen bewahrt zu bleiben. Immerhin kann ich mir wohl vorstellen, daß bei epileptisch prädisponierten Kindern anhaltende periphere Reize krampfauslösend wirken können. Der folgende Fall ist ein Beleg dafür und doppelt interessant, weil bei ihm die Probe auf das Exempel geliefert ist.

Nr. 59. Im Jahre 1911 behandelte ich das am 11. Januar 1901 geborene Mädchen H. F. wegen epileptischer Anfälle. Aus der Familienanamnese verdient nur hervorgehoben zu werden, [daß ein Brudersohn der Mutter schwachsinnig ist. Das Kind selbst war mittelst Zange geboren, hatte sich dann aber körperlich und geistig normal entwickelt. Im Juli 1909 bekam H. eine schwere fieberhafte Angina mit gleichzeitigem Darmkatarrh. Am 10. Fiebertage trat ein mehrere Stunden lang dauernder, von den Ärzten als „eklamptisch“ bezeichneter Krampfanfall auf, der eine mehrtägige Bewußtlosigkeit hinterließ. Allmählich erholte sich H. wieder, bis auf eine gesteigerte nervöse Reizbarkeit, die sich in einer schwererziehbaren Heftigkeit und Ungebärdigkeit ausdrückte. Sie besuchte aber regulär die Schule, deren Aufgaben sie spielend meisterte. Da trat ganz unerwartet im März 1911 morgens beim Aufstehen ein heftiger Krampfanfall auf, der ca. 15 Minuten dauerte und dem im April zwei und im Mai (bis zum Eintritt in die Klinik am 22. Mai 1911) noch acht weitere epileptische Insulte folgten. Die Anfälle traten entweder bei Nacht oder morgens, gewöhnlich beim Aufstehen

und Ankleiden, auf. Es handelte sich dabei teils um vollentwickelte, teils um ganz kurz dauernde, rudimentäre, teils um petit-mal-Attacken, in denen das Kind plötzlich mit Rede oder Handlung aufhörte, vor sich hinstierte und mechanisch nur „ja, ja, ja, ja“ sagte. Auch bei diesen, nicht nur bei den Krampfanfällen verlor H. unfreiwillig Urin.

Die Untersuchung des Kindes ergab ein kräftig entwickeltes, 65 Pfund schweres Mädchen, das schon mit seinen 10 Jahren deutliche Zeichen der beginnenden Pubertät aufwies (Behaarung der Achselhöhlen und der Schamgegend, gutentwickelte Brüste). Die sonstigen Organbefunde waren normal. Bemerkenswert waren aber allerhand Stigmata psychopathischer Konstitution: stark umgelegter Helix an beiden Ohren, Prognathie des Oberkiefers mit vorstehenden Schneidezähnen, deretwegen H. eine große Redressionsmaschine trug, Sigmatismus lateralis, Linkshändigkeit, Neigung zu exzessivem Nägelkauen und zum Haarpfutzen am Kopfe.

In der Klinik wurden vom 23. bis 31. Mai 1911 7 Krampfanfälle und 6 Petit-mals beobachtet. In den ersten beiden Juniwochen häuften sich die Krampfanfälle, indem täglich 1 bis 2 auftraten. Dazu stellten sich leichte Fieberbewegungen ein, für die keine Ursache gefunden werden konnte. Eine am 20. Juni 1911 begonnene Opiumbromkur mußte bald wieder abgebrochen werden, da unter der Opiummedikation die Schwere der Anfälle zunahm.

Am 3. Juli 1911 wurde der Apparat zur Zahnregulierung entfernt. Damit hörte die Fieberbewegung sofort auf. Im Juli traten dann noch bis zum 20. Juli vier epileptische Anfälle auf. Von diesem Tage an blieb die Patientin bei ganz geringen Dosen Brom bis zur Entlassung aus der Klinik am 5. Oktober 1911 anfallsfrei. Wie eine Nachfrage bei den Eltern ergab, ist sie es bis auf den heutigen Tag, also 11 Jahre lang, geblieben.

Der Zusammenhang der epileptischen Anfälle mit der Zahnregulierung ist so klar, daß man kaum noch viel den Tatsachen hinzufügen muß. Das Aufhören des Fiebers und der Anfälle nach Entfernung der Maschine läßt keine andere Deutung zu. Der Kreis der Beweisführung schließt sich noch enger mit der Angabe, daß H. im Januar 1911 die Maschine zu tragen begann und daß sechs Wochen später, im März, der erste epileptische Anfall sie beim Aufstehen überraschte. Der durch die Zahnregulierung gesetzte, fortdauernde Reiz wirkte krampfauslösend bei einem Kinde, bei dem schon die im Jahre 1909 im Anschluß an die fieberhafte Angina aufgetretene Attacke die konvulsivische Disposition auf konstitutionell-psychopathischer Grundlage blitzartig erhellt hatte. Erschwerend fiel wohl auch die sehr frühzeitige und stürmisch verlaufende Geschlechtsreife des Kindes ins Gewicht. Mit 11 1/2 Jahren trat bereits die erste Menstruation ein. Darnach bahnte sich eine gesundheitliche Erstarkeung von H.

an. Denn nachdem sie etwa 2 Jahre anfallfrei geblieben war, wurde wegen der lieben Eitelkeit wieder an die Zahnregulierung herangegangen, und H. trug nun den Apparat bis zur völligen Redressur, drei volle Jahre lang, ohne Beschwerden und ohne daß die epileptischen Insulte wieder aufgetreten wären. Auf die Beziehungen dieses Falles zu den Kampfanfällen nach orthopädischen Operationen (Schanz, Gaugele, Codivilla u. a.) sei nur hingewiesen.

Zu den gänzlich unklaren ätiologischen Momenten sind noch folgende Tatsachen zu rechnen: Es ist bekannt, daß echte epileptische Anfälle mit Vorliebe bei Nacht aus dem Schlafe heraus stattfinden. Man hat irrtümlicherweise darin sogar lange Zeit ein Unterscheidungsmerkmal gegenüber den hysterischen Paroxysmen gesehen. Sicher hat der Schlafzustand des Gehirns mit seinen vom Wachen so verschiedenen chemisch-vasomotorischen Verhältnissen Beziehungen zum epileptischen Insult. Manche Epileptiker können mit der Sicherheit des Experiments einen Anfall durch einen „Mittagsschlaf“ auslösen. Gerade bei Kindern haben mir die Mütter erzählt, daß längerer Schlaf auch bei Tage Anfälle provoziert und daß ein Anfall in den Morgenstunden mit Sicherheit zu erwarten ist, wenn das Kind frühzeitig erwacht und dann nochmals tief einschläft. Warum gerade die Zeit der frühen Morgenstunden von den epileptischen Anfällen gerne heimgesucht wird, vermag niemand zu sagen. Ebenso dunkel sind die Beziehungen zwischen Jahreszeit (Herbst und Frühjahr) und eklatanten Anfallshäufungen. Man hat diese klinische Erfahrung durch die Reaktion des labilen Nervensystems der Epileptiker auf barometrische Schwankungen zu erklären versucht.

M. H.! Mit Ausnahme der auf die hereditäre Syphilis bezüglichen Bemerkungen habe ich bei der Erörterung der ursächlichen Faktoren immer die genuine (idiopathische) Epilepsie im Auge gehabt, als deren Ursache die sogenannte epileptische Veränderung des Gehirns angesprochen wird, die ihrerseits ihre anatomische Grundlage in der diffusen Rindengliose (Alzheimer, Weber) hat. Wir haben nun noch die wichtige Kategorie von Epilepsien zu betrachten, bei denen klinische Herdsymptome dartun, daß es sich um eine organische Epilepsie im Anschlusse an eine Herderkrankung des Gehirns (oder seiner Häute) handelt. Gerade diese Fälle haben bei der Betrach-

tung des Kindesalters erhöhtes Interesse. Zum großen Teil fallen sie nämlich mit dem bekannten Bilde der zerebralen Kinderlähmung zusammen (vgl. oben), deren Hauptsymptome die spastische Lähmung und die folgenden Kontrakturen in den gelähmten (paretischen) Gliedern sind. Nun weiß aber jeder Kliniker, daß zerebrale Kinderlähmungen sich außerordentlich weit zurückbilden können, so daß von einer früheren kompletten Halbseitenlähmung schließlich nichts mehr nachweisbar ist, als eine Parese oder „Ungeschicklichkeit“ umschriebener Muskelgruppen. Die Vermutung, daß in manchen Fällen Linkshändigkeit bei Epileptikern als letzter klinischer Rest einer Herderkrankung aufzufassen sei (Freud und Rie), hat für mich etwas durchaus Annehmbares. Des weiteren können die sogenannten postparoxysmalen Erschöpfungssymptome, die in Form von vorübergehenden lähmungsartigen Schwächezuständen der motorischen Gebiete, in denen sich hauptsächlich der Krampf abspielt, oder in Form von Sprach- oder Sehstörungen nach Anfällen auftreten, nur unter dem Gesichtswinkel von herdförmigen (stärker gliotischen?) Erkrankungen richtig gewürdigt werden, in denen gewissermaßen das „Krampfzentrum“ für den betreffenden Fall sitzt. Selbst wenn aber ausgesprochene dauernde motorische Ausfalls- oder Erschöpfungssymptome nach den Anfällen fehlen, so kann eine einseitige Steigerung der Sehnen- und Herabsetzung der Hautreflexe mangels jeglicher sonstigen spastischen Symptome bei Epileptikern ein für die Prognose des Falles nicht mißzuverstehender Hinweis auf die den Anfällen zugrundeliegende zerebrale Herderkrankung sein (Redlich). Von diesem wichtigen differential-diagnostischen Hilfsmittel wird noch lange nicht ausgiebig genug Gebrauch gemacht, obwohl seine Richtigkeit bereits durch Autopsien erhärtet ist (H. Vogt). Typisch für Herdepilepsien ist der halbseitige Anfall. Freilich vermischt sich dieser Typus im Laufe der Jahre, und wer das Bild des generalisierten Krampfanfalls dann zuerst zu sehen bekommt, hat bei ungenauer Anamnese keinen Anhalt für die „organische“ Natur des Falles. Oft zeigt der Verlauf die Eigentümlichkeit, daß zwischen den ersten einmaligen Konvulsionen, den Zeichen des frischen zerebralen Herdprozesses, und dem Ausbruch der Epilepsie ein Zeitraum von Jahren liegt. Das zeitliche Verhältnis von Läh-

mung und Epilepsie bei zerebraler Herdaffektion ist verschieden: in den einen Fällen geht die Lähmung der Epilepsie voraus, in anderen entwickelt sich bei primärer Epilepsie mit Halbseitenkrampf und postparoxysmalen motorischen Erschöpfungszuständen allmählich oder bei plötzlicher Häufung der Anfälle aus anderer Ursache (Infektionskrankheit) auf einmal eine dauernde Parese einer Extremität. Ätiologisch steht bei der zerebralen Kinderlähmung an erster Stelle das Geburtstrauma (asphyktische, Zangengeburt), dann Infektionskrankheiten. An Lues hereditaria ist übrigens immer zu denken: in dubio respice luem! In anatomischer Beziehung findet sich in den meisten Fällen atrophische Sklerose einzelner Windungen oder ganzer Lappen des Gehirns, auch Defektbildungen zystischer Art (Porencephalie). Unsere Kenntnisse über die anfängliche Läsion der Hirnsubstanz und -Häute, die zu den genannten Endprozessen führt, sind noch sehr unvollkommen. Soweit Geburtstrauma in Frage kommt, sind Hämorrhagien in die Meninx und Rinde, Thrombenbildung mit sekundärer Erweichung und Meningo-Encephalitis (auf infektiöser Basis) festgestellt.

Nr. 60. Helene L., geb. 1894, ohne erbliche Belastung, entwickelte sich bis 1897 ganz normal als lebhaftes und intelligentes Kind. Anfang 1897 erkrankte es an schwerer Angina. Im Anschluß daran traten Verdauungsstörungen und schließlich Konvulsionen mit Bewußtlosigkeit ein. Nach Abklingen der Krämpfe bemerkte man eine totale rechtsseitige Lähmung, die nach etwa 4 Wochen schwand. Das Mädchen war von da an gesund und munter und kam 1900 (Ostern) zur Schule. Im Juni 1900 stellten sich leichte Anfälle ein: sekundenlange Bewußtlosigkeit und einige Schnalzlauten oder unartikulierte Worte. Unter Brom wurden die Anfälle recht selten gehalten, setzten gelegentlich 2–3 Monate aus, sodaß das Kind ungestört die Schule weiter besuchte. Im Sommer 1902 traten kurze „Schwindelanfälle mit Hinstürzen“ auf. Im Herbst gesellten sich zu den petit-mal-Anfällen wieder Krämpfe der rechten Körperhälfte. Als ich das Kind im Frühjahr 1903 sah, fand ich außer doppelseitig gesteigertem Kniephänomen und einer etwas langsamen schleppenden Sprache (!) nichts Abnormes. Die Anfälle waren sehr häufig. Es kam täglich bis zu 15 petit mal- und 10 Krampfanfällen. Die petit mals hatten immer denselben Typus: Bewußtlosigkeit, Umsinken, einige schnalzende und gurgelnde Laute; die Krampfanfälle folgenden: Bewußtlosigkeit, Kopfdrehung nach rechts, Nystagmus beider Augen, dann exzessive Rechtsdrehung beider Bulbi, Öffnung des Mundes, Hochziehen des r. Mundwinkels, Hebung und Beugung des r. Arms im Ellenbogen, Beugung des r. Beins, dann kurzer Klonus im ganzen Körper; Dauer 1 Minute. Nach den Anfällen war der

rechte Arm, häufig auch das r. Bein für einige Minuten gelähmt. Auf den Krampf folgte entweder ein tiefer Sopor oder heftiges Schreien oder Lachen.

Dieser Fall einer typischen zerebralen Kinderlähmung bedarf nach dem vorher Gesagten keiner ausführlichen Erklärung. Die Anamnese und der Befund bei der Untersuchung schließen jeden Zweifel aus. Was das für die Prognose eines Kindes von vornherein zu bedeuten hat, brauche ich nicht zu betonen. Es gibt aber auch Fälle, die weniger klar sind, wo die Krankheit mit gehäuften epileptischen Anfällen ohne nachweisbare Ursache fieberlos einsetzt und dann zu wechselnden Lähmungen führt. Man muß sich dann vorstellen, daß es sich um genuine Epilepsien mit herdförmiger Exazerbation des diffus-gliotischen Prozesses in der Rinde handelt. Die Anfangsstadien solcher Epilepsien mit zerebralen Lähmungen stellen sich bisweilen recht variabel dar. Einen merkwürdigen Fall dieser Art habe ich bei einem Kinde frisch beobachten können:

Nr. 61. Arthur D., ein Knabe von $3\frac{3}{4}$ Jahren (geb. Febr. 1905), ohne syphilitische Belastung, machte im Januar 1907 einen Keuchhusten durch. Im April 1907 war er wieder ganz gesund. Ein Jahr später (am 5. IV. 08) bekam er unvermittelt, ohne Fieber usw. Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit mit hauptsächlichlicher Beteiligung der rechten Körperhälfte. Am 6. IV. hatte er noch 10 Anfälle, dann war eine Pause bis Anfang Mai. Da setzten die Anfälle wieder ein, 3—6 pro Tag, und kamen stets nach einer anfallsfreien Periode von höchstens 8—10 Tagen wieder, sich langsam häufend bis zu 50 pro Tag und langsam abklingend. Typus: Bewußtlosigkeit, Emprostotonus, Kopfdrehung nach rechts, Hebung der tonisch gestreckten Arme, Anziehen eines oder beider Beine, Zuckungen in den Zehen, Einnässen während des Anfalls, Dauer etwa 2 Minuten. Mitte Juni trat (ohne Zusammenhang mit einem Anfall) eine Lähmung des linken Beines auf, die nach 8—10 Tagen allmählich schwand; im September eine Lähmung der linken Körperhälfte für ebenso lange Zeit. Anfang Oktober merkten die Eltern eine Schwäche der rechten Körperhälfte. Auch diese bildete sich zurück, bis Anfang Dezember bei starker Häufung der Anfälle eine totale rechtsseitige Hemiplegie mit Schädigung der Sprache eintrat. Ende Dezember 08 erhob ich folgenden Befund: Rechte Pupille spurweise weiter als die linke; Parese des rechten Mundfazialis (verstrichene rechte Nasolabialfalte, Speichelfluß aus dem r. Mundwinkel); Abweichen der Zunge nach rechts; Lähmung des r. Armes und Beines; Gehen und Stehen unmöglich; Kniephänomen rechts stärker als links; epigastrischer Reflex links normal, rechts nicht auslösbar; kein Babinski; normaler Plantarreflex; Sprache sehr undeutlich, lallend; Augenhintergrund normal. Brom und Hydrotherapie beseitigten die Anfälle. Die Lähmung bildete sich rasch zurück. Nach 4 Wochen (15. I. 09) ging das Kind zwar breitspurig, etwas

spastisch, aber frei und benützte, wenn auch ungeschickter, den rechten Arm und Hand zum Essen und Spielen. Eine psychische Veränderung des Kindes ist deutlich: es ist reizbar, jähzornig, eigensinnig, zerreißt alle Spielsachen und ist häufig unrein. Die Sprache ist noch nicht so deutlich wie Anfang 1908. Im Laufe des Februar besserte sich der Zustand nachweisbar. In der Motilität war nichts Abnormes mehr zu bemerken. Da setzte am 13. III. 09 ohne Krämpfe plötzlich eine Parese des l. Beines ein (mit Babinski!), die nach 3 Wochen wieder vollkommen schwand.

Im Anschluß an die atrophisch-sklerotischen Prozesse der zerebralen Kinderlähmung muß ich noch kurz einer gleichfalls organischen zerebralen Veränderung seltener Art gedenken, die fast regelmäßig zur Epilepsie führt, der tuberösen Sklerose. Dieses eigenartige Krankheitsbild, neuerdings wieder von H. Vogt¹⁾ in den Kreis der Betrachtung gerückt, ist charakterisiert durch mehr oder weniger schweren Schwachsinn und Epilepsie, die durch gehäufte Anfälle (Status epilepticus) in einem Teil der beobachteten Fälle zum Tode führte. In somatischer Beziehung ist für die tuberöse Sklerose die Neigung zur Tumorbildung in Herz, Nieren und Haut typisch. Die Nierentumoren gehören zu den Hypernephromen, die Herztumoren zu den Rhabdomyomen, die Hauttumoren werden von den Dermatologen als *Adenoma sebaceum* oder als *Epithelioma sebaceum disseminatum* beschrieben. Die Hautaffektion besteht aus Knötchen von Stecknadel- bis Erbsengröße, die unmittelbar aneinander, teilweise konfluierend, von rotgelber bis dunkelroter Farbe, meist in einer Schmetterlingsfigur symmetrisch zu beiden Seiten der Nase, entlang den Nasolabialfalten stehen (Typus Pringle). In anderen Fällen soll es sich um Hautgeschwülste am Kopf und Rücken bis zu Walnußgröße handeln. Hirnanatomisch findet man:

1. Tumorartige, prominente herdförmige Partien der Hirnoberfläche, die als verbreiterte Windungszüge hervortreten. An den tuberösen Stellen ist die Rinde breit, die Grenze gegen das Mark verschwommen; 2. Herde grauer Substanz im Mark in der Gegend unter den tuberös entarteten Windungszügen; 3. sogenannte Ventrikeltumoren, d. h. knotenförmige Prominenzen in der Wand der Seitenventrikel. Auf den mikroskopischen Befund will

¹⁾ H. Vogt, Die tuberöse Sklerose. Enzyklopäd. Jahrb. von Eulenburg, Neue Folge. Bd. 7.

Derselbe, Zur Diagnostik der tuberösen Sklerose. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. II. 1909.

ich an dieser Stelle nicht eingehen. Ich erwähne diese Form der Epilepsie hier wesentlich aus prognostischen Gründen, da der äußere Habitus (Hautaffektion!) bindende Schlüsse auf die Natur des der Epilepsie zugrundeliegenden Prozesses zuläßt¹⁾.

Zu den organischen Epilepsien gehören auch diejenigen, bei welchen durch eine traumatische Läsion des Schädels, des Gehirns und seiner Hüllen oder durch eine zerebrale Neubildung (Tumor²⁾, Zyste) das Krampfleiden herbeigeführt wurde. Diese Fälle haben ein doppeltes Interesse: ein symptomatisches, wenn der Sitz des Herdes in der motorischen Region der Hirnrinde oder ihrer nächsten Umgebung einen wohlcharakterisierten Krampftypus zeitigt, den man als Rindenkrampf oder Jacksonsche Epilepsie bezeichnet; und ein therapeutisches für den Chirurgen. Der Krampf beginnt mit klonischen Zuckungen in einem den motorischen Rindenzentren entsprechenden umschriebenen Bezirk, schreitet von da aus in gesetzmäßiger Weise der anatomischen Anordnung der motorischen Zentren in der Rinde folgend weiter und beschränkt sich oft auf eine (kontralaterale) Körperhälfte, ohne daß ein Bewußtseinsverlust eintritt. Dieser Typus, der in den frischeren Fällen der Rindenepilepsie stets gewahrt ist, verwischt sich bei längerem Bestehen des Krampfleidens. Das Symptombild nähert sich mehr und mehr dem generalisierten epileptischen Anfall, der initiale Klonus wird durch Tonus abgelöst, die Krämpfe bleiben nicht halbseitig und Störungen des Bewußtseins in den verschiedensten Abstufungen (von der einfachen Umnebelung bis zur völligen Bewußtlosigkeit) treten ein. Namentlich für die chirurgische Indikationsstellung wird man sich immer vergegenwärtigen müssen, daß man, falls

¹⁾ Vgl. auch Volland, Weitere Beiträge zum Krankheitsbild der tuberösen Sklerose. Zeitschr. f. die Behandlung und Erforschung des jugendl. Schwachsinn. Bd. III. 1910.

²⁾ Ich erinnere in dieser Hinsicht an das bei Jugendlichen bekannte Bild der *Dystrophia adiposa-genitalis*, das bekanntlich bei Hypophysengeschwülsten vorkommt und neben einer allgemeinen Fettsucht, myxödematöser Beschaffenheit der Haut, infantilem Habitus eine deutliche Hypoplasie der Genitalien und Rückständigkeit in der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale zeigt. Bei diesem Symptombilde sind neben Polydipsie und Polyurie epileptische Krampfanfälle nicht selten (vgl. Rothfeld, Jahrb. f. Psych. Bd. 34).

nicht exakt nachweisbare Schädelnarben zerebrale „Signalsymptome“ (umschriebenen Rindenkrampf, abnorme Sensationen in der Haut des krampfenden Bezirks, Verlust oder Störungen des Muskelsinnes) bestätigen, auf Enttäuschungen im Operationsfelde gefaßt sein muß. An Stelle der vermuteten Narbe der Hirnhäute, Zyste oder eines Tumors findet man oft nichts Operables. Vor allen Dingen ist der Halbseitenkrampf nach meiner Ansicht (auch abgesehen von der zerebralen Kinderlähmung) zwar immer der Ausdruck einer zerebralen Herdläsion (stärkere Herdgliose), aber keine Indikation zu einem chirurgischen Eingriff im strengen Sinne. Diese ist immer gegeben, wenn typischer Rindenkrampf mit Stauungspapille einhergeht.

Nr. 62. Bei einem 11 jährigen Knaben, der in der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachtet wurde, stellten sich, nachdem er etwa 2 Monate vorher zeitweise geistig gehemmt erschienen war, im Schlaf Krampfanfälle ein. Sie begannen mit Schnalzen der Zunge, dann kamen Zuckungen im r. Mundwinkel, das Gesicht verzog sich nach der r. Seite, dann zuckte der r. Arm. Das Bewußtsein verlor der Knabe meist nicht, konnte aber während des Anfalls nicht sprechen. Doppelseitige Stauungspapille, Empfindlichkeit der l. Kopfhälfte beim Beklopfen und eine Parese des r. Mundfazialis sicherten in Verbindung mit dem typischen Rindenkrampf (Zunge—Mundfazialis—Arm) die Diagnose eines Tumors in der linken motorischen Region. Eine Probepunktion ergab Gliom im unteren Teile der l. Zentralwindung, worauf zur Operation geschritten wurde. Es zeigte sich an der diagnostizierten Stelle ein diffus in die Umgebung übergehendes Gliom.

Der Nachweis der Stauungspapille ist von unschätzbare diagnostischer Bedeutung und darf nie vergessen werden. Man stößt gelegentlich nämlich auf Fälle echter Epilepsie, die eine auffallende Ähnlichkeit mit den eben skizzierten organischen Rindenepilepsien haben.

Nr. 63. Ich entsinne mich des Falles eines 11jährigen Knaben, der vor $1\frac{1}{2}$ Jahre ohne Veranlassung in der Nacht $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Einschlafen erwachte mit klonischen Zuckungen in der r. Gesichtshälfte und im Unterkiefer. Er war dabei anscheinend bei Bewußtsein, konnte aber nicht sprechen. Nach 7 Wochen wiederholte sich derselbe Anfall 5 Tage hintereinander, entweder kurz nach dem Einschlafen oder kurz vor der Stunde seines gewöhnlichen Erwachens. In Pausen von 7 Wochen haben sich seither die Anfälle wiederholt, ohne den Typus zu ändern: die r. Gesichtshälfte zuckt. Während des Anfalls reibt sich der Junge die rechte Backe oder versucht den Unterkiefer festzuhalten. Gewöhnlich besteht Salivation. Einmal hat der Junge während des Anfalles eingenäht. Seine Dauer beträgt ca. 2 Minuten. Ob nicht eine Bewußtseinslücke ist, läßt sich nicht feststellen. Jedenfalls beschreibt der Junge den Verlauf der Anfälle genau.

Mit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren hat er durch Sturz aus dem Fenster eine Gehirnerschütterung davongetragen (Erbrechen). Ein Bruder des Vaters hatte bis zum 3. Jahre die „Krämpfe“. Ein Bruder der Mutter leidet an „Schwindelanfällen“, in denen er mit dem Kiefer zuckt und für einige Augenblicke mit der Sprache aussetzt. Der Junge ist ein sehr guter Schüler. Ein organischer Befund ist nicht zu erheben. Das Trauma und die gleichartige Belastung stützt die Diagnose der Epilepsie.

Als letzte Gruppe organisch bedingter Epilepsie möchte ich die hydrocephalische erwähnen. Die häufigste Grundursache ist die Rachitis und so beobachtet man in diesen Fällen sehr oft den typischen rachitisch-hydrocephalen Schädel in seiner vier-eckigen Form mit abgeplattetem Hinterhaupte, vorspringender Stirn, stark hervortretenden Stirnhöckern und übernormalem Horizontalumfang. Nicht immer ist aber der Schädel abnorm vergrößert, im Gegenteil manchmal abnorm klein, wobei ausgedehnter Hydrocephalus internus vorliegt. In klinischer Beziehung geben die hydrocephalischen Formen der Epilepsie mehrere Anhaltspunkte: Zunächst lassen sie neben den gewöhnlichen periodisch auftretenden epileptischen Anfällen von Zeit zu Zeit deutliche „Schübe“ erkennen, in denen die Zeichen des vermehrten Hirndrucks, Benommenheit, Fieber, Ataxie und eine ganz außergewöhnliche Häufung der epileptischen Anfälle mit postparoxysmalen Paresen prävalieren. Manche dieser Schübe sind mit zureichender Sicherheit auf greifbare äußere Veranlassungen (interkurrente fieberhafte Erkrankungen z. B. des Darms oder der Bronchien, traumatische Erschütterungen) zurückzuführen. Abgesehen von den epileptischen Anfällen klagen die Kinder des öfteren über Kopfschmerz und Schwindel. Außer der Rachitis kommt als Ursache die hereditäre Lues in Frage und dann die von Quincke beschriebene Meningitis serosa ventricularis. Die Art der Anfälle bei der hydrocephalischen Epilepsie hat nichts Charakteristisches; ich habe alle Modifikationen von Krämpfen, besonders häufig auch das petit mal gesehen. Zweifellos sind einzelne Formen heilbar, wie der zugrundeliegende Hydrocephalus selbst, in anderen bleibt die Epilepsie — neben Imbezillität und Idiotie ein Bestand fürs Leben. Einige Beispiele mögen diese Epilepsieform illustrieren!

Nr. 64. J. D., 4 Jahre alt, kam mit „großem Kopf“ als Frühgeburt im 7. Monat zur Welt. Er entwickelte sich bis zum 2. Jahre vollkommen

normal, bis um diese Zeit den Eltern auffiel, daß der Knabe zuweilen „so eigentümlich vor sich hinguckte und den Kopf hängen ließ“. Mit 2½ Jahren trat dann plötzlich ohne äußere Veranlassung ein Status epilepticus (Serie von vollentwickelten Krampfanfällen) auf, der eine vorübergehende Lähmung des l. Armes hinterließ. Darnach blieb der Junge ein ganzes Jahr gesund. Dann traten 14 Tage lang hintereinander nächtliche Anfallsreihen von 8 bis 10 Attacken auf. In dieser Zeit sah ich den Knaben mit allen Zeichen eines frischen hydrocephalischen Schubes: Er hatte mit 4 Jahren einen Schädelumfang von 52 cm; die Sprache war lallend; auf der l. Körperhälfte bestand eine Parese und deutliche Ataxie; der Gang war taunelig; die Sehnenreflexe r. > l.; er fieberte bis 38,2, doch ließ sich nicht ausschließen, daß die Temperatursteigerung von einer gleichzeitig bestehenden Bronchitis herrührte. Ich beobachtete den Knaben noch 4 Jahre. Er hatte nach wie vor zahlreiche Petit-mal-Anfälle und seltene vollentwickelte Insulte. Er war geistig minderwertig und ungemein schwer erziehbar.

Nr. 65. Erna Sch., geb. 1903, von gesunden Eltern. Die Geburt war wegen großen Kopfes sehr langwierig. Sie war ein kräftiges Kind, lernte zur rechten Zeit laufen und sprechen und zeigte auch sonst eine normale Entwicklung. Im Dezember 05 traten plötzlich in einer Nacht Krämpfe auf, die 36 Stunden anhielten. Darnach war das Kind blind und taub und konnte nicht sitzen, gehen, stehen und sprechen. Zuerst kam das Gehör wieder, dann die Sprache. Nach etwa 6 Wochen war scheinbar alles wie früher. Aber es traten „eigentümliche“ Zufälle auf: beim Sitzen „klappte“ der Oberkörper nach vorne, so daß das Kind öfter mit der Stirne auf der Tischplatte aufschlug. Dies dauerte immer nur einen Augenblick, dann richtete sich das Kind von selbst auf. Allmählich bemerkten die Eltern, daß sich das Vornüberfallen mit kleinen ruckartigen Zuckungen im Kopfe, Armen und Beinen, Augendrehung nach rechts und schluckendem Würgen verband. Seit Ende 1906 wurde eine zunehmende Schwäche der l. Körperhälfte und eine Verschlechterung des Ganges bemerkbar: das Kind taumelte, setzte die Beine ataktisch „übers Kreuz“. Tageweise konnte es aber auch allein gehen. Die l. Hand gebrauchte das Kind nicht. Die Untersuchung ergab einen hydrocephalen Schädel von 56 cm Horizontalumfang und stark gewölbte Stirnhöcker; die l. Pupille war > r.; die Lichtreaktion war beiderseits träge; das Kniephänomen war r. > l. Das Kind ließ den Kopf meist vornüber hängen. — Die Anfälle (10–17 pro Tag) waren sehr verschieden: teils nur das ruckartige Vornüberfallen des Körpers, teils minutenlang dauernde Krämpfe wechselnden Verlaufs. Z. B. fiel das Kind mit dem Oberkörper vornüber, dann traten klonische Zuckungen in den leicht tonisch gespannten beiderseitigen Extremitäten auf, die Augen waren nach rechts gedreht. Während der Zuckungen bestand Speichelfluß und schnarchende Atmung. Bei andern Anfällen fing die Zuckungen im r. Bein an, gingen dann auf beide Arme und schließlich auf das l. Bein über. Manchmal zuckte auch die r. Gesichtshälfte mit. Nach den größeren Anfällen war das Kind 5 bis 10 Minuten somnolent, dann müde und verdrossen und unlustig zum Spiel. Mehrfache Lumbalpunktion (30 cm) brachte vorübergehende Besserung.

Nr. 66. H. W., geb. 1896; angeblich ohne hereditäre Belastung und ohne luetische Antezedentien; war als 3 Pfund-Kind geboren, lag 3 Wochen in Watte gepackt. Nachdem es 2 Monate von der Mutter gestillt worden war, bekam es eine Amme. Diese hatte zu wenig Nahrung. „Davon“ soll es Darmkatarrh und Rachitis bekommen haben. Mit $\frac{5}{4}$ Jahren litt der Knabe an Stimmritzenkrämpfen. Mit 26 Monaten hatte er den 1. Zahn, mit 18 Monaten sprach er die ersten Laute und Worte, aber sehr wenig, mit 3 Jahren lief er erst. Mit 2 Jahren fiel an ihm eine deutliche Hühnerbrust auf und ein großer Schädel, der einen Umfang von 52 cm gemessen haben soll. Er ist seitdem kleiner geworden (mit 11 Jahren 49 cm). Im allgemeinen machte Pat. den Eindruck eines imbezillen Kindes. Im Jahre 1905 trat unter dem Einfluß starker pädagogischer Inanspruchnahme bei Privatunterricht eine Verschlechterung des Zustandes ein: der Knabe verlernte das Sprechen, Stehen und Gehen. Er sprach kaum noch Papa und Mama. Zweimal wurde $\frac{1}{2}$ Stunde dauernde rechtsseitige Lähmung beobachtet, ebenso, daß beim Lachen die rechte Gesichtsseite „unbeweglich“ blieb. Damals soll der Junge auch täglich erbrochen haben. Er erholte sich langsam wieder. Die Sprache blieb aber schlecht, undeutlich und unzusammenhängend. Er war ein gutmütiger Junge, aber alle seine Bewegungen waren unbeholfen; er ermüdete rasch beim Gehen, stieg unsicher die Treppen; war er ausgeruht, so konnte er springen wie andere Kinder. Er war offenbar „schwachsichtig“; besonders fiel den Erziehern auf, daß er „seitwärts befindliche Gegenstände schwer erkenne“. Die l. Pupille soll seitdem immer „groß und unbeweglich“ gewesen sein. Anfang April 1907 kam der Knabe in ein Erziehungsheim und mußte dazu eine 18stündige Eisenbahnfahrt überstehen. 4 Tage nach der Ankunft brachen überraschend für die Umgebung epileptische Anfälle aus, die sich bis ca. 90 pro Tag häuften und unter Chloralhydrat- und Bronmedikation im Verlauf von 6 Tagen wieder aufhörten. Die Anfälle waren sehr kurz (5–20 Sekunden): kurzdauernde Verfärbung des Gesichts, Vor-sich-Hinstieren, Kopfdrehung nach links, kurzdauernder Strecktonus bald eines, bald beider Beine mit Innenrotation und Plantarflexion der Füße; Strecktonus beider Arme oder Streckung des linken und Beugung im Ellbogen des rechten Armes, leichter Klonus in in der rechten Gesichtsmuskulatur. Nach den Anfällen sofortige Wiederkehr des Bewußtseins. Die Untersuchung des Knaben ergab: Rachitisch-hydrocephaler Schädel; 49 cm Umfang; Kniephänomen beiderseits gesteigert, r. > l.; Achillessehnenphänomen desgl., r. Babinski; rechtsseitige Hemiparese (Arm, Bein, Mundfazialis); deutlicher Adduktorenspasmus; taumelnder Gang bei aneinandergerepßten Knien; das r. Bein wird nachgezogen; differente Pupillen, l. > r.; keine Lichtreaktion erhältlich; beiderseits normalbegrenzte aber auffallend blasse Papillen, besonders des r. Auges. Die Zunge kann nicht vorgestreckt werden; die Sprachartikulation ist undentlich. Der r. Abduzens ist paretisch.

Der Fall ist klar und lehrreich: Es handelt sich um rachitischen Hydrocephalus mit Schwachsinn. Infolge der geistigen Überanstrengung im 9. Lebensjahre kam es zu einer Exazerbation des

Hydrocephalus mit motorischen Ausfallserscheinungen und Symptomen des vermehrten Hirndrucks (Erbrechen!). Auch der Sehnerv scheint damals gelitten zu haben (Stauungspapille mit sekundärer partieller Atrophie; Hemianopsia bitemporalis durch Druck des ausgestülpten Bodens des III. Ventrikels auf das Chiasma?). Eine neuerliche Verschlimmerung brachte die lange Eisenbahnfahrt. Die Augenspiegelung ergab mit Wahrscheinlichkeit die Zeichen der teilweisen Atrophie beider Sehnerven, keine Stauungspapille. Die gehäuften epileptischen Anfälle, sowie die spastisch-paretischen Symptome lassen sich durch einen neuen hydrocephalischen Schub wohl erklären, desgleichen die Mitbeteiligung der basalen Hirnnerven (Hypoglossus und Abduzens). Halbseitenkrämpfe bestanden (im Gegensatz zur Herdepilepsie bei zerebraler Kinderlähmung) nicht. Bei beiden Schüben des Hydrocephalus ist es aber vorwiegend die rechte Seite, die an der Lähmung teilnimmt, ohne daß in der Zwischenzeit gröbere motorische Ausfallssymptome rechts bemerkt wurden. Am 21. IV. 07 reiste der Knabe wieder nach Hause. Alle Symptome waren bis auf den Status quo ante verschwunden. Der Knabe war für den ganzen Aufenthalt im Erziehungsheim (14 Tage) amnestisch.

M. H.! Wir haben gesehen, daß die Epilepsie eine Erkrankung ist, die das Geistesleben unserer Kinder stark gefährdet. Wie schützen wir sie vor der Erkrankung? Ich habe schon früher erwähnt, daß eine rationelle Verhütung zusammenfällt mit einer Berücksichtigung der genannten ätiologischen Faktoren. Im übrigen decken sich die prophylaktischen Aufgaben mit denen, die der Arzt und vernünftige Eltern bei der Erziehung neuropathischer Kinder zu beobachten haben. Leichte Ohnmachten, periodisch auftretendes Bettnässen und unmotiviert Verstimmungen sind beachtenswerte Prodrome. Auf die prämonitorischen Verstimmungen bei Kindern, die hysterische oder epileptische Aszendenz haben, ist besonders Rücksicht zu nehmen. Eigenartige plötzlich kommende und gehende Stimmungsschwankungen mit mürrischer Reizbarkeit und Unlust zum Spiel sollen oft jahrelang dem Ausbruche des Leidens vorangehen (Pfister). Hier wird pädagogisches Talent unter ärztlicher Beratung ein reiches Feld der Tätigkeit finden.

Ist aber das Leiden ausgebrochen, so hat sofort ärztliche Hilfe einzugreifen. Ich möchte Ihnen den dringenden Rat

ans Herz legen, mit der ärztlichen Behandlung nicht zu säumen. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß hie und da im Kindesalter vereinzelt Anfälle auftreten, um dann von selbst entweder ganz oder auf lange Zeit hinaus zu zessieren, so ist dies doch nur als eine Ausnahme zu betrachten. Vor allen Dingen lassen Sie sich nicht durch den Schlendrian vertrösten, daß sich die Krämpfe wohl „verwachsen“ würden mit der Zeit, oder daß sie z. B. als notwendiges Übel zur Entwicklungsperiode gehörten. Das ist Unsinn, der sich bitter rächt! Je früher und je energischer eingegriffen wird, um so größer ist die Aussicht auf Besserung. In der Epilepsiebehandlung haben wir die geringen Erfolge, die wir überhaupt zu verzeichnen haben, immer bei unkomplizierten, nicht organisch bedingten jugendlichen Fällen im Alter von 6—14 Jahren gesehen. Bei gehäuften und namentlich serienweise auftretenden Anfällen abzuwarten, was die Zeit bringt, ist unverantwortlich, — die Zeit bringt oft überraschend schnell den Schwachsinn. Stellen Sie die Prognose in allen Fällen kindlicher Epilepsie so ernst wie möglich! Ich habe viele Kinderepilepsien gesehen und behandelt. Die ich „geheilt“ entlassen konnte, kann ich bequem an den Fingern einer Hand aufzählen; manche habe ich „gebessert“, die meisten gingen aus meiner Hand in die eines andern Arztes, wie sie gekommen waren. Manche Eltern mögen es unbegreiflich gefunden haben, daß ich ihnen den Rat gab, ein epileptisches Kind nicht von Arzt zu Arzt, von Kur zu Kur zu schleppen auf der Jagd nach der utopischen „Gesundheit“, sondern ihr Geld und ihre Mühe für die Schaffung bestmöglicher hygienischer Lebensbedingungen für Gegenwart und Zukunft des chronisch kranken Individuums zu sparen. Sehen Sie hinein in die Leidensgeschichten erwachsener Epileptiker, so werden Sie meinen Pessimismus begreifen! Darin machen mich auch die mir wohlbekannten Fälle nicht irre, die wirklich (mit und ohne ärztliches Zutun) ausheilen.

Die allgemeinsten hygienischen Gesichtspunkte, bei denen der Laie den Arzt unterstützen kann, lassen sich dahin zusammenfassen: Falls die Erkrankung zu Beginn des schulpflichtigen Alters auftritt, so verschieben wir den Schulbesuch um ein bis zwei Jahre. Beim Ausbruch während der Schulzeit dringen wir stets darauf, das Kind sofort für etwa 1 Jahr aus der Schule zu nehmen, um bei absoluter geistiger Ruhigstellung

einen Heilversuch zu machen. Setzen die Anfälle aus, so lenken wir vorsichtig und ganz allmählich in die alten Bahnen ein. Die Fürsorge darf aber nie aufhören. *Toujours en vedette!* wie sich einer chronischen Krankheit gegenüber gebührt. Man wird das empirisch gefundene individuelle Maximalmaß der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit an der Hand eines genauen Stundenplans mit Ruhe und Arbeit einzuhalten versuchen und alles vermeiden, was größere Ermüdung oder Erregung des Nervensystems bedingen könnte. Hastiges Rennen und Laufen, z. B. bei Kinderspielen, Turnen am Reck und Barren, Flußbaden, große Fußtouren usw. wird man epileptischen Kindern verbieten. Alles und jedes braucht man freilich den kleinen Patienten nicht zu versagen. Wenn man dem Kinde jede Lebensfreude abbundet, leistet man nur seiner gemüthlichen Verkümmernng unnützen Vorschub. Nicht alles „regt auf“, was überängstliche Mütter für aufregend halten. Wenn ich auch nicht jedes epileptische Kind Musikunterricht, z. B. im Klavier- oder Geigenspiel, nehmen ließe, so würde ich ihm doch niemals wehren, sich am Gesangsunterricht zu beteiligen, Musik in Konzerten zu hören, harmlose Theaterstücke zu sehen und so mit andern fröhlich zu sein.

Einer gewissen Schonung bedarf das Kind immer nach den Anfällen. Wie weit man in dieser Beziehung die Zügel der sonst notwendig straffen Disziplin lockern darf, ist oft recht schwer zu entscheiden. Man darf bei epileptischen Kindern niemals die Anschauung aufkommen lassen, daß sie aus ihrer Erkrankung ein Recht zum „Bummeln“ herleiten dürfen. Manche fangen sonst frühzeitig an, sich in der Rolle des Märtyrers zu gefallen. Sehe ich, daß die Zahl der Anfälle auch bei größter Schonung nicht kleiner wird, dann lasse ich die jugendlichen Epileptiker ruhig arbeiten im Garten, im Feld, in der Werkstatt. Wir brauchen das Disziplinierungsmittel der Arbeit bei ihnen so nötig!

Die für die Epileptiker rationell befundene Ernährung halten wir um so peinlicher bei Kindern ein, da bei manchen Formen der Epilepsie Diätfehler als krampfauslösende Ursache gelten können. Rationell für Epileptiker ist eine möglichst reizlose Diät, unter Vermeidung von einseitiger Eiweißnahrung. Wir geben seit Jahren unseren Kranken täglich, gewöhnlich mittags, nur eine Fleischmahlzeit, da Fleisch und noch mehr die künstlichen Extrakte, z. B. auch starke Bouillon,

wegen ihres hohen Gehaltes an sogen. Extraktivstoffen erregend auf das Nervensystem wirken. Mehlspeisen und Milch, Butter, Eier, leichte Gemüse, Obst (roh und gekocht) sollen in dem Speisezettel eine große Rolle spielen. Als Getränk dient einfaches Wasser oder Zitronensaft. Alkohol, Kaffee und Tee sind verboten. Verstopfung ist zu vermeiden. Es ist eine bekannte Tatsache¹⁾, daß die Bromsalze und Kochsalz in einem gewissen ernährungsphysiologischen Antagonismus stehen. Je weniger Kochsalz dem Körper zugeführt wird, um so begieriger nimmt er die Bromalkalien auf. Mit Rücksicht darauf hat man bei der Behandlung der Epilepsie nach den Vorschriften von Richet und Toulouse und später von Balint kochsalzlose Diät eingeführt. Sie stößt im Haushalt auf nicht geringe Schwierigkeiten und wird von der Mehrzahl der Kranken auf die Dauer wegen ihres faden Geschmacks energisch abgelehnt. Ich habe es in meiner Praxis bei der kochsalzarmen, reizlosen Diät bewenden lassen und vermisse dabei nichts an Effekt.

Die die Hautpflege und Blutzirkulation befördernden kühlen Abreibungen und lauen Bäder von 20—24° R., 3—5 Minuten lang, mit nachfolgender kühlerer Übergießung wenden wir auch bei Kindern, namentlich bei solchen torpider Konstitution, an. Auch stufenweise kälter werdende Soolebäder verwende ich in solchen Fällen. Den Kopf schließen wir grundsätzlich von allen hydrotherapeutischen Maßnahmen, insonderheit Duschen, aus.

Bestehen neben den epileptischen Anfällen irgendwelche Komplikationen in Form von Sprachfehlern oder Lähmungen oder atetotischen Bewegungen der Extremitäten, so ist eine spezielle Sprach- oder Mechanothérapie wohl angezeigt. Sowohl Sprach- als auch gymnastische Übungen — aktiver oder passiver Natur — schaden dem Kinde nichts. Sie bedingen, falls man sich vor Übermüdungen hütet, keine Vermehrung oder Verschlimmerung der Anfälle.

Handelt es sich um die Festsetzung des zukünftigen Berufes eines jugendlichen Epileptikers, so wird der Arzt ein gewichtiges Wort mitzureden haben. Die Berufswahl ist bei Epi-

¹⁾ Vgl. Frey, Die Ursache der Bromretention. Zeitschr. f. exp. Path. und Therapie. 1910.

Derselbe, Die Ursache der Bromretention und die Verdrängung von Chlor durch Brom im Blute. Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 33.

leptikern eine heikle Sache. Gewisse Berufe, die körperliche Anstrengung erfordern oder den Patienten unter Umständen der Anfälle wegen in lebensgefährliche Situationen bringen können, schließt das Leiden aus. Ein Epileptiker ist ein Kranker und wird auf eine gewisse Nachsicht in der Ausübung seines Berufes Anspruch haben. Oft wird durch Schablonisieren gesündigt: Eine etwas unklare Vorstellung von der Tatsache, daß körperliche Tätigkeit im Freien dem Gehirn zuträglicher sei, als geistige in dumpfen und geschlossenen Räumen, ist die Veranlassung dazu, daß man jugendliche Epileptiker mit Vorliebe dem gärtnerischen oder landwirtschaftlichen Berufe zuführt. Nicht übel, wenn man es mit kräftigen Individuen zu tun hat, denen die körperliche Arbeit im Freien, die Sonnenhitze usw. voraussichtlich nicht schaden. Bei schwächlichen Knaben wird man sich überlegen müssen, ob für sie, abgesehen von den leichteren Handwerken (Buchbinderei, Schusterei, Schneiderei), eine mechanische geistige Beschäftigung (Schreiberdienste, Zeichnen, Modellieren usw.) nicht zweckmäßiger ist.

Auch der Absicht gegenüber, höhere Schulen zu besuchen, um später studieren zu können, darf man nicht das Kind mit dem Bade ausschütten. Hier gilt es zu berücksichtigen, weiß Stammes und weiß Geistes Kind der Patient ist und unter welcher Form sein Leiden auftritt. Geistig minderwertige Jungen, denen man, ohne Prophet zu sein, das Ach und Krach in der wissenschaftlichen Karriere voraussagen kann, Jungen mit gehäuften Anfällen, die teils als vollentwickelte, teils als Petit-mal auftreten, sind vom Studium auszuschließen. In der Regel schleppen sie sich in den unteren Gymnasiaklassen durch, in der Pubertätszeit erfolgt der Zusammenbruch. Ein verständiger, frühzeitiger Verzicht ist besser als eine späte Enttäuschung. Intellektuell gut veranlagte Schüler, denen die Bewältigung des Wissensstoffes spielend gelingt und auf die ihre seltenen Anfälle keinerlei nachteiligen Einfluß ausüben, mögen immerhin ihr Heil auf dem Gymnasium versuchen!

Eine Frage, die meist näher liegt als die Berufswahl, wird manchmal schwer zu beantworten sein: Wo sollen wir jugendliche Epileptiker unterbringen? Für die Extreme liegen die Verhältnisse klar. Gewisse Behandlungsmethoden und diejenigen Formen der Epilepsie, die mit psychischen Störungen verknüpft sind, machen eine Anstaltsbehandlung notwendig. Es versteht sich ganz von selbst, daß die epileptischen Geistesstörungen

nicht anders bewertet werden wie sonstige psychische Erkrankungen. Ebenso kann man über die Unterbringung epileptischer Idioten und Schwachsinniger im Kindesalter keinen Augenblick im Zweifel sein.

Andererseits darf man nicht vergessen, daß es epileptische Kinder gibt, die in intellektueller und ethischer Hinsicht gar nicht oder kaum von der Norm abweichen. Sie imponieren Fernerstehenden, die nicht um das Übel wissen, als gesund. Solche Kinder aus einer geordneten Häuslichkeit zu entfernen, liegt kein Grund vor. Sie können auch die öffentlichen Schulen besuchen, zumal wenn man weiß, daß die seltenen Anfälle in der Regel nachts oder in bestimmten Intervallen auftreten. Nur bei der Anwesenheit der sogenannten interparoxystischen Krankheitserscheinungen neurasthenischen Charakters (Kopfschmerz, Kopfdruck, Schlaflosigkeit, affektive Reizbarkeit usw.) wird eine vorsichtigeren individuelle Dosierung der geistigen Arbeit im öffentlichen Schulunterricht notwendig sein. Bei Dispensation von überflüssigen Schulstunden und den häuslichen Arbeiten, namentlich allzuvielen Auswendiglernen, kann meines Erachtens auch ein solches Kind bei einem vernünftigen Lehrer soviel lernen, als es für seinen künftigen Beruf braucht.

Gehäufte Anfälle, auch solche von der Art des Petit-mals, führen im öffentlichen Unterricht immer zu Unzuträglichkeiten. Im Interesse der Mitschüler ist dann das Fernbleiben geboten. Der Anblick des epileptischen Krampfes ist schon für Erwachsene etwas Schreckliches, um wieviel mehr für ein Kind! Wenn auch bei der Epilepsie nicht in dem Sinne wie bei der Hysterie von einer Imitation oder psychischen Infektion die Rede sein kann, so ist doch die Shockwirkung des grausigen Schauspiels auf das kindliche Gemüt nicht zu unterschätzen. Es ist mir selbst erinnerlich, daß in einem Knabenpensionate ein Junge beim Anblick eines Anfalls eines neben ihm schlafenden Mitschülers sofort von Krämpfen — allerdings hysterischen — befallen wurde. Ich bin auch aus Gründen der Gerechtigkeit dagegen, daß man die Hilfsschulen mit epileptischen Kindern beschwert.

Oft stößt die Erziehung in der Familie auf Schwierigkeiten, die eine Verpflanzung in andere Verhältnisse notwendig machen.

Manche Kinder werden mit der Zeit geradezu unleidlich im Elternhause durch ihre Launen und ihren Egoismus; sobald sie merken, daß sich der Haushalt um ihr kleines Ich dreht, werden sie zu wahren Haustyranen, unter deren Regiment die Eltern, Dienstboten und Geschwister zu leiden haben. Ein degenerierter Epileptiker ist ein übles Beispiel für die letzteren. Der Hausarzt ist in solchen Fällen ohnmächtig. Sind die Vermögensverhältnisse günstig, so überweisen wir die jugendlichen Patienten an uns bekannte Pastoren oder Lehrer auf dem Lande, die keine Kinder im Hause haben. In fremder Umgebung ist eine Disziplinierung leichter. Die Kranken erhalten, neben hygienischen Verhältnissen und Gelegenheit zu leichter körperlicher Betätigung im Freien, täglich einige Stunden Unterricht, ihrem Bildungsgrad entsprechend, und Anleitung zum Zeichnen, Malen und anderen Handfertigkeiten. Leider ist die Zahl solcher Privatpensionen nicht groß. Wer etwas Müheleseres bekommen kann, plagt sich nicht mit Epileptikern. Auch in den gewöhnlichen Nervensanatorien und Kinderheilstätten sind sie ungern gesehene Gäste.

Die Kinder unbemittelter Stände kommen meist zur Behandlung in die zuständige Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Daß hier nicht der richtige Platz für sie ist, sofern psychische Störungen fehlen, liegt auf der Hand, nicht einmal, wenn besondere Nervenabteilungen mit den Irrenanstalten oder psychiatrischen Kliniken verbunden sind. Denn hier ist wohl eine rationelle Behandlung möglich, zu einer sachgemäßen Erziehung hat der beschäftigte Abteilungsarzt nicht die Zeit, das Pflegepersonal nicht das Verständnis, und der Umgang mit erwachsenen Kranken, oft recht zweifelhafter Qualität, wirkt eben nicht günstig auf ein sich entwickelndes Menschenkind. Es versteht sich ganz von selbst, daß der eigentliche Unterricht brach liegt.

An Spezialanstalten, in denen Epileptiker untergebracht werden können, ist kein Mangel. Die Unterbringung epileptischer Kinder erheischt aber doch eine gewisse Auswahl. In die kombinierten Anstalten für Blöde, Schwachsinnige und Epileptiker geben Eltern, wie mich die Erfahrung lehrte, ihr Kind nicht, wenn noch Hoffnung vorhanden ist, daß es einem bürgerlichen Berufe zugeführt werden kann. Sie scheuen sich auch, ihren Liebling in die Heil- und Pflegeanstalten für Epileptische zu tun, wo sie eine

nicht gar saubere Scheidung der frischen und abgelaufenen Fälle der Jugendlichen und Erwachsenen argwöhnen. Es ist darum dankenswert, daß an einer Reihe ärztlich geleiteter Epileptikeranstalten Jugendabteilungen mit entsprechenden Schuleinrichtungen und Arbeitsstätten errichtet wurden (Wuhlgarten, Potsdam, Uchtsprunge, Johannisthal bei Süchteln, Hochweitzschen).

Die medikamentöse Behandlung¹⁾ der Epileptiker ist vielgestaltig je und je gewesen. Daß es kein spezifisches Heilmittel für sie gibt, ersehen Sie gerade aus der arzneilichen Polypragmasie. Die Epilepsie ist ein beliebter Tummelplatz der Kurpfuscher und ein weites Feld für die Verwendung schwindelhafter Geheimmittel. Ich kann Ihnen ersparen, alle Antiepileptika aufzuzählen. Nur die Bromsalze haben sieghaft ihren Platz im Arzneischatze behauptet. Sie sind auch in mehr oder weniger hohem Prozentsatz in den Patentmedizinen (z. B. Königs Nervenstärker) enthalten. Die modernen Substitute der Bromalkalien (Bromipin, Bromalin, Sedobrol) fanden wegen des teuren Preises keine weite Verbreitung. Ureabromin, Bromkalzium und Pulvis antiepilepticus (Nervinum)-Weil habe ich auch in der Kinderpraxis häufig verwandt. Leider wird bei der Bromdarreichung nicht immer mit der nötigen Kritik verfahren. Man muß sich über Ziel und Zweck klar sein. Es ist ganz ohne Sinn, beim ersten epileptischen Anfall gleich schematisch mit Brom los zu wirtschaften. Bei ganz frischer Epilepsie, deren Insultzahl noch gar nicht feststeht, hat man zuerst mit den vorher geschilderten hygienisch-diätetischen Maßnahmen einzusetzen und vor allen Dingen wenigstens zu versuchen, der Ursache auf die Spur zu kommen, um kausal zu wirken. Es ist ganz sicher, daß frische Epilepsien mit und ohne den obligaten Eßlöffel Brom „heilen“ können, der für die meisten Patienten nur bequemer ist, als eine genau geregelte Lebensführung und Ernährungsweise. Führt die bromlose Behandlung nicht zum Ziel, sondern wiederholen sich die Anfälle, womöglich in unheimlicher Häufung, so bin ich für eine methodische — am besten klinische — Bromtherapie, ebenso bei älteren Fällen, die noch keine konsequente Brombehandlung durchgemacht haben. Manchmal ist in diesen Fällen ein Wechsel des Präparates von Nutzen;

¹⁾ Vgl. Redlich, Der gegenwärtige Stand der Epilepsiebehandlung. Wiener med. Wochenschr. 1920.

bei diesem wirkt dieses, bei jenem jenes besser. Von der früher häufiger geübten Opium-Brombehandlung (Flechsigg) bin ich ganz abgekommen. Die Erfolge, die ich sah, wogen bei weitem nicht die Unbequemlichkeiten dieser gar nicht so harmlosen Methode auf und von Dauererfolgen kann ich überhaupt nichts verzeichnen. Wirkt Brom günstig oder gar „heilend“ (selbst jahrelanges Aussetzen der Anfälle ist nicht gleichbedeutend mit Heilung) auf die Anfälle, dann lasse ich es gewissenhaft weiter nehmen, von Zeit zu Zeit die Dosis verringernd. Aber Konsequenz muß sein, nicht heute viel, morgen wenig! Selbst wenn die Anfälle monatelang ganz ausgeblieben sind, gebe ich Bromdosen von 1–2 g pro Tag weiter und höre erst dann auf, wenn 3 Jahre kein Anfall aufgetreten ist. In therapeutisch durch Brom beeinflussbaren Fällen nehme ich auch gerne die vorübergehenden Nachteile seiner Wirkung (intellektuelle Hemmung, Abschwächung des Gedächtnisses, Erschwerung der Wortfindung, Akne) mit in den Kauf. Man muß nur gewissenhafte Kontrolle üben, damit die Bromintoxikation (Bromismus) nicht überhand nimmt. Man bekommt oft Individuen zu sehen, die durch ihren stieren Blick, ihr aknöses Gesicht, lallende Sprache, zitterige Hände, taumelnden Gang, Speichelfluß, Gestank aus dem Munde einen erschreckenden Eindruck machen. Die Bromvergiftung ist dann leicht nachzuweisen an den fehlenden Gaumen-, Würg- und Kornealreflexen und an dem abgeschwächten oder gar fehlenden Kniephänomen. Ordentliche Haut- und Mundpflege und Regelung des Stuhlganges ist bei Brom immer eine große Hauptsache; bei Bromismus ist Verringerung des Quantums und eine raschere Ausscheidung des Broms durch Darreichung größerer Kochsalzmengen angezeigt. Wiederholen sich die Anfälle trotz Brom und sehe ich keinen bemerkenswerten Einfluß auf ihre Zahl, so scheue ich mich gar nicht, ganz darauf zu verzichten und bromlos zu behandeln. Manche Kinder z. B. mit Petit-mal vertragen das Brom miserabel. Sie verlieren den Appetit und werden reizbar, weinerlich, zornig, ataktisch, zeigen schwere Schreib- und Sprachstörungen (selbst Doppeltsehen ist mir bekannt), so daß man die Medikation aufgeben muß.

Unter den vielen Mitteln, die in der Epilepsiebehandlung kamen und gingen, hat nur noch eines — und mit Recht — Bestand gehabt, das Luminal. Es ist in der Tat in manchen Fällen teils als Bromersatz, teils kombiniert mit Brom von sehr günstiger

Wirkung, und was das Beste daran ist, in kleinen Dosen. Schon 0,1—0,2 pro die hat in manchen Fällen guten Erfolg. Morgens 1,0 Bromsalz, für die Nacht 0,1 Luminal oder Luminal wechselnd mit Brom in der gleichen Dosis hat mir bei Kinderepilepsie sehr gute Dienste geleistet. Schädliche Nebenwirkungen habe ich auch bei monatelangem Gebrauch nie gesehen. Lästig ist allerdings, daß manche Individuen auch auf Luminal mit einem scharlach- oder masernähnlichen Hautexanthem reagieren. Das ist aber so selten, daß es praktisch gar nicht ins Gewicht fällt.

In neuester Zeit hat man auch die Proteinkörper-Therapie bei der Epilepsie eingeführt. Nach dem Vorgange von Döllken¹⁾ benützt man Xifal-Milch (hergestellt von den Sächsischen Serumwerken in Dresden) zur intramuskulären Injektion. Für Kinder genügen 1,5—2 ccm pro injectione 3 mal wöchentlich. Die Wirksamkeit der parenteralen Eiweißtherapie soll sich durch Kombination mit kleinen Luminaldosen wesentlich steigern lassen.

Ich bin in der Epilepsiebehandlung etwas skeptisch geworden. Manchen Erfolg schreibt man einem Mittel zu, während der Zufall regierte. Ich habe diese Skepsis an Fällen gelernt, wo plötzlich schwere Epilepsien mit dem Eintritt in die Klinik für Wochen anfallfrei wurden oder wo „Heilung“ durch das Geheimmittel irgend eines Schwindlers eintrat, das neben allerhand Firlefanz dasselbe Brom enthielt, das schon lange Zeit auf legitimum Wege verordnet nichts gefruchtet hatte.

Der einzelne Anfall ist nicht zu behandeln. Schutz vor Verletzungen, Befreiung von beengenden Kleidungsstücken und bequeme Lagerung ist die Hauptsache. Alles Wasserspritzen und sonstige Manipulationen zur Behebung der Bewußtlosigkeit sind sinnlos. Bei gehäuften Anfällen in Serien (Status epilepticus) sind Chloralhydrat (0,5—3,0 g) oder Amylenhydrat (1—6 g) im Klystier oder die Chloroformnarkose die souveränen Mittel. Es ist mir ein Fall meiner Praxis erinnerlich, wo im Status einige Tropfen Chloroform eingeatmet prompt wirkten, während sonst alle Mittel versagten. In manchem verzweifelten Fall gerade bei Kindern hat der Aderlaß mit Kochsalzinfusion lebensrettend gewirkt.

Zum Schluß noch ein Wort über die chirurgische Behand-

¹⁾ Döllken, Zur Therapie und Pathologie der Abbaukrankheiten des Nervensystems. Heilwirkungen von Proteinkörpern auf die Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 1920.

lung der Epilepsie! Sie ist angezeigt als Lumbalpunktion bei Symptomen gesteigerten Hirndrucks hydrocephalischer Epilepsie (vgl. Krg. Nr. 65). Ich habe aber nichts Nachhaltiges davon gesehen. Von anderer Seite ist geradezu vor Lumbalpunktion bei kindlicher Epilepsie gewarnt worden. Es soll wie bei Hirntumoren zu üblen Folgen gekommen sein (außerordentliche Schläffheit der Gesamtmuskulatur, Häufung der Anfälle und Erbrechen). Auch ein Todesfall ist notiert (Bossert¹). Die operativen Eingriffe am Schädel entbehren noch einer exakten Indikationsstellung bei der kindlichen Epilepsie, wenn man von den seltenen echten traumatischen oder durch Tumoren bedingten Fällen von Jacksonschem Typus absieht. Wenn Sie sich daran erinnern, wie hydrocephalische und diffus encephalitische Prozesse imstande sind, Epilepsie mit „Herdsymptomen“ zu erzeugen, so werden Sie die Schwierigkeit der für den Chirurgen nötigen Lokaldiagnose des Herdes begreifen. Die Exstirpation von Rindenteilen bei sogenannten idiopathischen Epilepsien, bei denen Herd- und Erschöpfungssymptome auf oberflächliche Encephalitiden (Auerbach) hinweisen, erfreut sich keiner allgemeinen Zustimmung. Eine moderne Behandlungsmethode ist der Balkenstich, der von Anton und Bramann eingeführt ist. Bei allen Zuständen erhöhten Druckes im Schädelinnern (vorzeitiger Verknöcherung der Schädeldecke, abnormer Zunahme des Hirnvolumens und der Hirnflüssigkeit) kann es zu Lähmungsercheinungen, Blödsinn und epileptischen Anfällen kommen als Folge der Liquorstauung. Zu deren Beseitigung soll der Balkenstich dienen. Nach der Erfahrung an der Antonschen Klinik [Reinicke²] veröffentlicht 30 Fälle von so behandelter Epilepsie] wurden besonders günstig die hydrocephalischen Reizungen des Gehirns beeinflusst. Auch bei traumatischer Epilepsie wurde Milderung erzielt. Auch Fälle von vorzeitiger Verknöcherung des Schädels (Mikrocephalie) sollen für den Balkenstich geeignet sein. Zur Diagnosenstellung für die Zweckmäßigkeit der Operation soll die moderne Röntgentechnik dienen, die die Beschaffenheit der Schädelknochen, Druckusuren, hydrocephale Auswölbung des Türkensattels, stark erweiterte Venen usw. feststellen läßt.

¹) Bossert, Bedenkliche Folgeerscheinungen der Lumbalpunktion bei Kindern mit genuiner Epilepsie. Monatsschr. f. Kinderheilkunde. XV. 1918.

²) Reinicke, Die Behandlung der Epilepsie mit Balkenstich. Arch. f. Psych. Bd. 62. 1920.

Das letzte, was für die chirurgische Behandlung empfohlen worden ist, ist die Exstirpation der Nebennieren, die sich auf die Theorie gründet, daß durch eine Reduktion der Nebennierensubstanz im Körper des Tieres sich eine Herabsetzung der Konvulsibilität erreichen läßt (H. Fischer). Vereinzelt günstige Erfolge sind bereits berichtet [Brüning¹⁾]. Es gilt weitere abzuwarten.

¹⁾ Brüning, Die Exstirpation der Nebennieren zur Behandlung von Krämpfen. Zentralbl. f. Chir. 1920.

9. Vorlesung.

Die Ursachen des angeborenen Schwachsinn¹⁾.

M. H.! In den folgenden Vorlesungen werden wir uns mit denjenigen Kindern zu beschäftigen haben, die unter den weiten Begriff des Schwachsinn fallen. Sie haben für den Pädagogen eine erhöhte Bedeutung, weil er infolge der krankhaften „Schwachbegabung“ dieser Kinder wesentlich andere erzieherische Gesichtspunkte walten lassen muß, als bei vollsinnigen. In pädagogischen Kreisen ist man mit dem medizinischen Terminus „Schwachsinn“ nicht recht zufrieden. Man sucht nach einem Ausdruck, der die Abweichungen von der Gesundheitsbreite klarer und erschöpfender charakterisieren würde. Mit Recht wird angeführt, daß sich für viele mit dem Worte Schwachsinn ein allzu intellektualistischer Beigeschmack im Sinne einer Herabsetzung der verstandesmäßigen Leistungen verknüpfe. Um auch den krankhaften Veränderungen des Gefühls- und Willenslebens Rechnung zu tragen, solle man lieber von „psychischer Schwäche“ reden. Damit ließen sich die Defektzustände auf den verschiedenen Gebieten des Seelenlebens, die in ihrer Gesamtheit die soziale Brauchbarkeit eines Menschen mehr oder weniger beeinträchtigen, zusammenfassend bezeichnen. Ich glaube, damit wäre nicht viel gewonnen. Man hätte dann noch in umständlicher Weise erklärend hinzuzufügen, welcher Art und Herkunft diese psychische Schwäche ist. Es ist Willkür der sprachlichen Auslegung, wenn man Schwachsinn als „Schwäche der Sinne“ deuten will. Will man etymologisieren, so kann man sagen: Schwachsinn ist gleich Schwäche im Sinnen d. h.

¹⁾ Vgl. bezüglich umfanglicher Literaturangaben die Arbeit von G. Schott, Über die Ursachen des Schwachsinn im jugendlichen Alter. Arch. f. Psych. Bd. 61. 1920.

im Denken. Dann ist der Ausdruck aber korrekt und zwar deshalb, weil er nach der Regel: *a potiori fit denominatio* den den Schwachsinn beherrschenden Intelligenzdefekt in den Vordergrund stellt. Mit der Umschreibung: „abnorme Erscheinungen im kindlichen Seelenleben“ (Trüper) ist nichts gebessert. Schwachsinn ist wohl eine abnorme Erscheinung der Kinderpsyche; aber nicht alle Arten von Abnormität decken sich mit Schwachsinn. So ließe sich noch manches sagen. Es ist auch nicht wünschenswert, von geistig minderwertigen Kindern zu reden und dabei an die Kochschen „psychopathischen Minderwertigkeiten“ zu denken. Ich habe schon in meiner ersten Vorlesung meinen Standpunkt dahin präzisiert, daß dieser Sammelname nicht alles Regelwidrige in psychischer Beziehung verschlingen solle und daß er nicht für Laienpsychiater ein bequemes diagnostisches Ruhekissen abgeben dürfe. Ob man die frühzeitigen Störungen der allgemeinen seelischen Entwicklung mit Kraepelin unter dem Sammelnamen der Oligophrenien zusammenfassen will, ist Geschmackssache.

Das gute alte Wort Schwachsinn hat unstreitig im Laufe der Zeit in der Psychiatrie einen vernünftigen, auswählenden Sinn bekommen. Wir sprechen von Schwachsinn dann, wenn eine Defektpsychose vorliegt, die entweder angeboren oder in frühester Kindheit erworben ist; letzteres durch das extrauterine Überstehen von organischen Erkrankungen des Gehirns oder seiner Hüllen. Den später erworbenen Schwachsinn, das Endprodukt organischer oder „funktioneller“ Geisteskrankheiten, wie der *Dementia praecox* oder der *Dementia paralytica* oder etwa der Epilepsie, bezeichnen wir als Demenz. Das Hauptcharakteristikum des Schwachsinn sehen wir, unbeschadet anderer ihm eigentümlicher, abnormer psychischer Erscheinungen, im Intelligenzdefekte, d. h. einer Schwäche des Gedächtnisses (Armut an Vorstellungen), einer mangelhaften assoziativen Verknüpfung der vorhandenen Vorstellungen, insbesondere in einer Schwäche der höchsten assoziativen Leistung, des Urteils (Ziehen).

Die verschiedenen Grade des Defektes beim Schwachsinn hat man mit speziellen Namen belegt. Man spricht je nach der Schwere des Falles von Idiotie, Imbezillität und Debilität. Trotz aller sprachreinigenden Bemühungen ist es nicht gelungen, diese

„Gallizismen“ vollwertig zu ersetzen. Ich sehe auch keinen dringenden Grund dazu ein. Freilich eine saubere Scheidung, die keine individuellen Schwankungen der Auffassung zuließe, ist mit diesen Ausdrücken nicht gegeben. Was der eine schwer imbezill nennt, ist für den anderen bereits idiotisch und ein Dritter nennt einen leicht Imbezillen lieber einen Debilen. Das schadet nichts; fließende Übergänge gibt es überall, auch von der Gesundheit zur Krankheit. Im allgemeinen sind diese Termini unter Vernachlässigung sämtlicher etymologischer Skrupel gemeingute Worte geworden und leisten uns in der Diagnosenstellung zureichende Dienste. Es ist müßig, das Wort Idiot, mit dem sich jeder halbwegs Eingeweihte sofort den zutreffenden Begriff des tiefstehenden Schwachsinnigen verbindet, auf seine sprachliche Abkunft hin zu sezieren. Wenn ich von einem Idioten spreche, so denke ich nicht etwa an einen Sonderling, Laien, Ungebildeten, Stümper, Alleinstehenden, Privatmann und was sonst noch das griechische Lexikon unter *ἰδιωτης* angibt, ebensowenig wie ich beim Worte „imbezill“ erst einen Zwangsumweg über das Lateinische (in baculus = ohne Stab, ohne Halt) mache. Wenn es sich um ärztliche Dinge dreht, gebraucht man medizinische Ausdrücke, die uns die Zeit und die Praxis in einem ganz bestimmten Sinne überliefert haben. Und wir haben das Recht zu verlangen, daß man uns diese Ausdrücke läßt und nicht durch philologische Bedenken Konfusionen macht. Die Sprachreiner haben für Idiotie, Imbezillität und Debilität die deutsche Klimax Blödsinn, Stumpfsinn, Schwachsinn vorgeschlagen. Ohne Glück. Blödsinn mag sich mit Idiotie decken und Debilität allenfalls konventionell mit Schwachsinn, aber Stumpfsinn für Imbezillität behagt mir nicht. Ein stumpfsinniges Kind ist etwas anderes als ein schwachsinniges und wenn ich einen versatilen, erethischen Imbezillen bezeichnen will, dann ist für mein Sprachgefühl Stumpfsinn nicht das richtige Wort.

Die Häufigkeit des kindlichen Schwachsinnigen zahlenmäßig zu berechnen ist schwer. Nach genaueren Erhebungen älteren Datums (1895) in der Schweiz sollen 1,93 % der Kinder im schulpflichtigen Alter (von 7—14 Jahren) schwachsinnig sein. Speziell im Kanton Appenzell zählte man 1907 4,3 % geistig gebrechliche Kinder (H. W. Maier und A. Koller). Die Einrichtung der Schulärzte und der Hilfsklassen hat auch in Deutschland eine annähernde Berechnung des schwachsinnigen Prozentsatzes in den

Schulen ermöglicht. Die Zahlen schwanken. Ich greife nur einige aus verschiedenen Jahrgängen heraus. In Hamburg zählte man im Jahre 1891 0,5% schwachsinnige Schulkinder. Laquer berechnet im Erhebungsjahre 1900/01 für Frankfurt a. M. ihre Zahl auf 0,52%. Kalischer fand unter einem Schülerbestand von 10 Berliner Gemeindeschulen 1,5% geistig minderwertige, Doll in Karlsruhe 0,784%, Lebuscher im Jahre 1900 unter 40000 Meininger Schulkindern 126 schwachsinnige, d. h. 0,36%. Es ist wohl mehr als Zufall, daß sich die beiden Großstädte Frankfurt und Hamburg die Wage halten, während die Millionenstadt Berlin das mehr aus ländlicher und kleinstädtischer Bevölkerung bestehende Gebiet Meiningen um mehr als das vierfache an schwachsinnigen Schulkindern übertrifft. Bei all diesen Zahlen kommt es aber auf den Maßstab an, mit dem gemessen wird. Das zeigt deutlich die Berechnung Fiebig's, der für eine Jenaer Bürgerschule (1905/06) die 3 und 4 Jahre Zurückgebliebenen oder in den Hilfsklassen Sitzenden auf 4,5% bezifferte und meinte, daß 3,2% sämtlicher Schulkinder nicht einmal für die Hilfsklassen geeignet seien. Für die Zahl der Hilfsschüler in Deutschland sind folgende Angaben [Henze¹⁾] maßgeblich. Es gab in ganz Deutschland:

1893/94	in	32	Städten	110	Klassen mit	2290	Kindern
1897/98	„	52	„	202	„ „	4281	„
1900/01	„	90	„	389	„ „	ca. 8000	„
1902/03	„	138	„	575	„ „	„ 12000	„
1904/05	„	143	„	ca. 700	„ „	„ 15000	„
1906/07	„	195	„	921	„ „	20151	„
1910/11	„	267	„	1544	„ „	35196	„

Im Jahre 1920/21 sollen in 460 deutschen Städten ca. 2000 Klassen mit etwa 43000 Kindern im Gange sein. Für Großthüringen hat man errechnet, daß in 89 Klassen 1856 Kinder sitzen (F. Wagner). — Daß die schwachsinnigen Knaben an Zahl die Mädchen übertreffen, betonen alle Beobachter. Das Verhältnis ist etwa 4:3.

Die Klassifikation der einzelnen Schwachsinnformen ist bei der fast verwirrenden Vielheit der Symptome nicht leicht und muß verschieden ausfallen, je nachdem man von pathoge-

¹⁾ Henze, Die Hilfsschule. Handb. d. Erforschung und Fürsorge des jugendl. Schwachsinn. 2. Heft. 1912. Jena, Gustav Fischer.

netisch-ätiologischen oder klinisch-anatomischen Gesichtspunkten ausgeht [Higier¹⁾]. In ersterer Beziehung kann man folgende Einteilung machen:

I. Endogen bedingter Schwachsinn: Infolge einer von den Erzeugern auf dem Wege reiner Erblichkeit überkommenen umschriebenen Minderwertigkeit der Keimanlagen. Zu diesen endogen bedingten Schwachsinnformen sind diejenigen angeborenen Fälle nicht zu rechnen, die auf eine Keimschädigung (Blastophorie) der Eltern während des Individuallebens zurückzuführen sind oder schädigenden Einflüssen auf den kindlichen Organismus während seiner intrauterinen Entwicklung ihre Entstehung verdanken. Die krankhafte, von Eltern und Voreltern ererbte Veranlagung des Keimes äußert sich in einer mangel- und fehlerhaften Entwicklungstendenz des Nerven-, Drüsen- und Gefäßsystems. Es kommt dann im Zentralnervensystem zu primären Anlagemängeln größerer Art, atavistischen Bildungen, Mißbildungen oder Entwicklungshemmungen von Gehirnteilen oder zu einer Aplasie oder Widerstandslosigkeit spezifischer Nervelemente (Ganglienzellen, Nervenfasern). In anderen Fällen werden Bau oder Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion von der ererbten Minderwertigkeit betroffen und dieser Zustand des „Dysglandulismus“ (Higier) führt zu eigenartigen, in ihrer Erscheinungsweise sehr distinkten geistigen Schwächezuständen neben Wachstumsstörungen und Stoffwechselanomalien (z. B. Myxödem, Kretinismus, Mongolismus, Hypopinealismus usw.). In einer dritten Gruppe von Fällen handelt es sich um primäre angeborene Entwicklungshemmungen des Gefäßsystems des Gehirns (Angiodystrophie, Ranke), die infolge sekundärer herdförmiger Sklerosen in der Rinde, subkortikal und im tieferen Hemisphärenmark die Grundlage des Schwachsinnes werden.

II. Exogen bedingter Schwachsinn: In dieser Gruppe lassen sich folgende Unterabteilungen unterscheiden:

A. Angeborene, scheinbar endogen entstandene Anomalien des Nerven-, Drüsen- und Gefäßsystems infolge von:

a) Keimschädigung der Eltern durch Lues, Alkoholismus, Tuberkulose oder

¹⁾ Higier, Zur Klassifikation der Idiotie und zur Pathologie ihrer selteneren Formen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 39.

b) intrauterinen Schädlichkeiten der Frucht, die von der Mutter ausgehen (Produktionserschöpfung, mangelhafte Ernährung, Gemütsbewegungen während der Schwangerschaft) oder durch akute oder chronische fötale Krankheitsprozesse infektiöser, toxischer oder entzündlicher Art bedingt sind. Sie können sich am Nervensystem der Frucht (Meningoencephalitis, Hydrocephalus, lobäre oder diffuse Hirnsklerose) oder an den innersekretorischen Drüsen mit sekundärem, die normale Hirnentwicklung hemmendem intrauterinem Dysglandulismus oder am Gefäßapparate des Gehirns (Enderteriitis cerebri foetalis) abspielen.

B. Geburtsverletzungen mit Meningealblutungen und sekundären Rindenveränderungen (protrahierte und asphyktische, Zangen- oder Sturzgeburt).

C. Extrauterine Erkrankungen (allgemeine Dystrophie infolge von Frühgeburt, infektiöse Erkrankungen, Stoffwechselstörungen, z. B. Rachitis, mechanische Verletzungen).

Eine große Zahl schwachsinniger Kinder stammt aus psychopathisch belasteten Familien. Der angeborene Schwachsinn taucht in der Erbfolge belasteter Stämme besonders gerne dann auf, wenn sich die geistige Gesundheitskurve einer Familie durch sogenannte degenerierende Einflüsse von Generation zu Generation senkt. Dann findet man ihn neben anderen degenerativen Psychosen, der originären Verrücktheit, dem Irresein aus Zwangsvorstellungen, dem periodischen und zirkulären Irresein. Bekanntlich hat Morel in seiner berühmt gewordenen und oft zitierten Degenerationsskala an den Tiefpunkt der Degeneration eines Stammes auch den angeborenen Schwachsinn gestellt. Indes, vor einer zu großen Wertschätzung des Erblichkeitsfaktors möchte ich gerade beim angeborenen Schwachsinn dringend warnen. Die Kritiklosigkeit in der sogen. Erblichkeitsstatistik ist zu schrecklich und auf die in allen Berichten wiederkehrenden Prozentzahlen der Erblichkeitswirkung ist kaum etwas zu geben. Wenn z. B. Heller findet, daß in 76 % seiner Schwachsinnigen neuropathische Individuen sich in der Blutsverwandtschaft feststellen lassen, so beweist das rein gar nichts; am allerwenigsten ist daraus zu schließen, wie viele seiner Schwachsinnigen ihre geistige Minderwertigkeit durch Erbschaft erlangten. Will man sich überhaupt auf die schwierige Erbschafts-

frage einlassen, so muß man sich mindestens die Mühe geben, eine kausale Verknüpfung zwischen psychopathischer Aszendenz und kindlichem Schwachsinn zu suchen. Man darf aber nicht, wie es so allgemein üblich ist, wegen eines gelegentlichen, vielleicht höchst zufälligen Vorkommens irgend eines psychopathischen Mitgliedes in der Blutsverwandtschaft den Schwachsinn eines Kindes aus erblicher Belastung ableiten.

Ich gebe darum auf die traditionellen Belastungszahlen, die aus Gründen des guten Tones der Wissenschaftlichkeit in allen schulärztlichen Berichten immer wiederkehren, nicht viel. Man hat gefunden, daß die Zahl der erblich belasteten Geistesgesunden nur um ein Unbedeutendes geringer ist, als die der Geisteskranken. Ich bin überzeugt, man würde zu einem gleichen Resultate kommen, wollte man die vollsinnigen und schwachsinnigen Schulkinder auf ihre erbliche Belastung hin miteinander vergleichen. Es ist ganz lehrreich, wenn man im Gegensatz zu den statistisch gewonnenen landläufigen Erblichkeitsziffern auch andere Zahlen reden läßt: Unter 1338 Mitgliedern von 56 psychisch schwer durchseuchten Stämmen habe ich 22 angeboren Schwachsinnige feststellen können, d. h. 1,7%. Es wird sich unter allen Umständen empfehlen, sich nicht mit der vagen Feststellung psychopathischer Belastung zu begnügen, sondern nach anderen ätiologischen Faktoren zu suchen, die sicher größeren Anteil an dem Zustandekommen des angeborenen Schwachsinn haben, als die Erblichkeit.

Ich kenne freilich aus eigener Praxis und aus der Literatur Stammtafeln, die eine geradezu unheimliche, gleichartige Vererbungstendenz des Schwachsinn darzutun scheinen. Sehr instruktiv sind die Veröffentlichungen des „Eugenics Record Office“ (Goddard)¹⁾. Die in den Erbgang dieser Familien, in denen der Schwachsinn endemisch zu sein scheint, so häufig eingestreuten Alkoholisten und die ungeheure Zahl nicht lebensfähiger Kinder legen den Gedanken nahe, daß hier Faktoren eine Hauptrolle spielen, die mit Erblichkeit nichts zu tun haben. Will man aber mit ihrem Maßstab einen Fall von Schwachsinn messen, so muß man zum mindesten über die grundlegenden Vererbungstatsachen orientiert

¹⁾ Goddard, Heredity of feeble-mindedness, Eugenics Record Office. Bull. Nr. 1. Cold Spring Harbor. New-York 1911.

sein, die wir den modernen Lehren der Mendelforschung verdanken. Der Schwachsinn, wie die psychopathischen Zustände überhaupt, vererbt sich in Mendelschem Sinne überwiegend rezessiv im Verhältnis zu der normalen Geistesbeschaffenheit, die dominant ist. Die Normalität wird also im Erbgang immer das Übergewicht über den Schwachsinn haben und unter bestimmten Umständen ihn „verdecken“. Gesund sind diejenigen Individuen, die in bezug auf die geistige Beschaffenheit im Keime gleichanlagig (homozygot)-dominant sind = DD-Individuen. Krank sind die homozygot-rezessiven RR-Individuen, während die Heterozygoten, die die gesunde und kranke Anlage in sich vereinigen, zwar manifest gesund (weil $D > R$), aber keimkrank sind. Aus den Mendeltatsachen haben wir folgendes kennen gelernt: Einmal die höchst wichtige Feststellung, daß für die Nachkommenschaft der DD-Individuen einer noch so schwer „belasteten“ Familie der ganze Belastungsdruck vollkommen gleichgültig ist, weil sie, als manifest- und keimgesund in bezug auf den rezessiven psychischen Krankheitsfaktor, mit gesunden Ehepartnern nur gesunde Kinder zeugen. Das Gleiche gilt von den Heterozygoten.

Die Betrachtung mancher Stammbäume legt allerdings die Vermutung nahe, daß es mit der Rezessivität der Anlage zum Schwachsinn nicht sein Bewenden habe, sondern daß auch direkte Vererbung im Sinne der Dominanz vorkommt. Das Schulbeispiel dafür ist bekanntlich die von Goddard beschriebene Familie Kallikak ¹⁾.

Hier ist auch noch der weitverbreiteten Laienansicht zu gedenken, daß aus Ehen von Blutsverwandten besonders oft schwachsinnige Sprößlinge hervorgehen sollen. Aus meiner privaten Praxis kann ich unter ca. 300 Kindern nur ein einziges Beispiel anführen, das mit einiger Beweiskraft die Schädlichkeit konsanguiner Ehen dartun könnte. Vater und Mutter, gesunde Geschwisterkinder, hatten neben 2 normalen Kindern an 3. und 4. Stelle schwachsinnige Mädchen mit zahlreichen körperlichen Degenerationszeichen (Retinitis pigmentosa, Hypermetropie, Strabismus, Plattfuß und Genu valgum, Mangel der Schilddrüse mit myxödematösen Symptomen). Einer größeren statistischen Zusammenstellung von Mayet entnehme ich allerdings die Tatsache, daß

¹⁾ Vgl. Goddard, Die Familie Kallikak; übersetzt von K. Wilker, Beiträge zur Kinderforschung und Heilerziehung. Langensalza 1914.

zwar bei Imbezillität und Idiotie für die konsanguinen Sprößlinge die erbliche Belastung nicht die Rolle spiele, wie bei den übrigen Geisteskrankheiten, daß aber in der einfachen, nicht belasteten Blutsverwandtschaft der Eltern für die Abkömmlinge ein gefährdendes Moment hinsichtlich Imbezillität und Idiotie liege (doppelt so stark wie bei der einfachen, paralytischen und epileptischen Seelenstörung). Die Abkömmlinge von Onkel und Nichte seien mehr gefährdet, als die von Cousin und Cousine. Von psychiatrischer Seite liegen keine beweisenden Angaben vor. Peipers fand unter den schwachsinnigen Zöglingen der Anstalt Essen-Huttrop 0,85 %, die nachgewiesenermaßen aus Ehen Blutsverwandter stammten, und von 16416 Idioten in preußischen Anstalten waren nur 237 d. h. 1,4 % konsanguiner Herkunft (Feer). Das will nicht viel besagen. Es ist auch gar nicht einzusehen, warum Inzucht, der die Tierzucht, vor allem die Hippologie, ihr Bestes verdankt (A. H. Huth), beim Menschen schädlich wirken soll. Die Inzucht verdirbt die Rasse nicht, sondern nur die Inzucht unter Kranken. Das hat aber streng genommen nichts mehr mit Inzucht zu tun, sondern ist Wirkung konvergenter erblicher Belastung, die im fremden und eigenen Blute verhängnisvoll ist. Die Mendel-Forschung hat dem Märchen, daß die Inzucht schwachsinnige Kinder erzeuge, den Garaus gemacht¹⁾. Hatten auch schon die Erfahrungen der Tierzucht schlagende Beweise für die Unrichtigkeit der Annahme einer schädigenden Wirkung des Inzuchtprozesses an sich bei vorsichtiger Auswahl der blutsverwandten Kreuzungsindividuen erbracht, so hat doch erst die Lehre von Mendel das Faktum erklärt, warum zwei gesunde Individuen überhaupt ein schwachsinniges Kind erzeugen können. Es handelt sich dann stets um 2 Heterozygoten (DR-Individuen), bei deren Vereinigung nach der Formel

$$DR \times DR = DD + DR + DR + RR$$

theoretisch ein krankes RR-Individuum zu erwarten ist. Daß die Chancen des Zusammentreffens zweier, mit demselben rezessiven Krankheitsfaktor behafteter Heterozygoten bei blutsverwandten Paarungen ungleich viel größer sind, als bei geschlechtsfremden, liegt auf der Hand. Wenn also zwei gesunde Blutsverwandte ein schwachsinniges Kind haben, so liegt das nicht eigentlich an der

¹⁾ Vgl. Strohmayer, Die Bedeutung des Mendelismus für die klinische Erblichkeitslehre. Fortschritte der Deutschen Klinik. Bd. III. S. 331.

Inzucht, sondern vielmehr an der gametischen Zusammensetzung der Eltern. Daß sie heterozygot sind, läßt sich meist leicht aus dem Vorhandensein psychischer Erkrankungen in der kollateralen Verwandtschaft (Geschwister, Onkel, Tanten, Vettern) erweisen. Wir wollen also mit den vagen und unkontrollierbaren Vorstellungen der Schädlichkeit der Inzucht und gar der „Keimfeindschaft“ endgültig aufräumen.

Nicht selten kommen in einer Familie mehrere schwachsinnige Geschwister vor. Das hat oft gar nichts mit Erbllichkeit zu tun und muß ebenso wie die Tatsache, daß manchmal die Schwachsinnigen unter den Geschwistern am Ende einer langen, rasch aufeinander gefolgtten Kinderreihe stehen, auf die nachher zu besprechende Produktionserschöpfung der Mutter zurückgeführt werden.

Ein großer Prozentsatz der Schwachsinnigen ist unehelicher Herkunft. Dies erschwert die Feststellung der Erblichkeitsverhältnisse beträchtlich. Die Gründe, die den häufigen Zusammenhang der Illegitimität und des Schwachsinn bei Kindern erklären, liegen auf der Hand: die uneheliche Zeugung erfolgt öfter unter dem Einfluß des Alkohols (Tanzboden, Ernte, Weinlese!) und die Entbehrungen der unehelichen Mutter, die bis in die höchste Schwangerschaft meist zur Arbeit und zur Verheimlichung ihres Zustandes durch „Schnüren“ gezwungen ist, machen sich an der sich entwickelnden Frucht bemerkbar, ungerechnet die schädliche Einwirkung von Gemütsbewegungen, die manche außereheliche Empfängnis mit sich bringt.

Unter den elterlichen Keimschädigungen, die dann als ererbte Anlage den Schwachsinn beim Kinde erzeugen, wird der Alkoholismus an erster Stelle genannt. Es läßt sich an allen Irrenanstalten und Idiotenhäusern erweisen, daß oft die Nachkommenchaft von Trinkern dem Schwachsinn verfällt (10—30%). Die Fürsorgezöglinge stammen zu einem erheblichen Prozentsatz von trunksüchtigen Eltern ab (Neißer 26%; Bericht über die bayerischen Zwangszöglinge im Jahre 1905 sogar 39%). In Norwegen ging mit dem Anwachsen der Trunksucht eine Zunahme der Idiotie Hand in Hand. Bourneville konstatierte bei 1000 Fällen von Imbezillität und Idiotie, daß 471 mal der Vater, 84 mal die Mutter und 65 mal beide Eltern gewohnheitsmäßig tranken. Ich erinnere an die bekannte Feststellung von Bezzola, der an einem sehr

großen Material nachwies, daß die Zeugungskurve schwachsinniger Kinder der des Alkoholkonsums (Feste, Fastnacht usw.) parallel geht. Kraepelin und Plaut, die 29 Trinkerfamilien untersuchten, konstatierten folgendes: 33 Fehlgeburten und 183 ausgelegene Kinder. Von diesen starben im 1. Lebensjahre 60 (!) = 32,7%. Von 98 Kindern, die sie persönlich untersuchen konnten, erwiesen sich 12 als imbezill (= 12,2%) und 3 als idiotisch (= 3%). Die Angabe, daß die Zeugung im Rausche¹⁾ Schwachsinn verursache, ist mit Skepsis hinzunehmen und schwer zu beweisen. Richtig ist freilich, daß Zeugung im Rausche oft mit habituellem Alkoholismus zusammenfällt.

Eine ähnliche Rolle wie der elterliche Alkoholismus spielt die Syphilis. Ich habe sogar den Verdacht, daß sie weit öfter an dem Schwachsinn der Nachkommen schuld ist, als man annimmt. Man bekommt freilich nur selten offene Auskunft und tappte früher vor Einführung der Serodiagnostik, wenn der kindliche Organismus nicht Spuren von Erbsyphilis aufwies (parenchymatöse Hornhautentzündung, Hutchinsonsche Zähne, Mittelohr- und Naseneiterungen, Hautausschläge, Drüsenschwellungen), in der Ätiologie im Dunkeln. Verdächtig war immer die Angabe, daß auf eine oder mehrere Fehlgeburten ein schwachsinniges Kind gefolgt sei. Man wird kaum fehlgehen, wenn man 10—15% des kindlichen Schwachsinn auf Rechnung der Erbsyphilis setzt. In einzelnen Fällen hilft der Zufall zur Klärung der Sachlage. Bei einem 5jährigen idiotischen Mädchen wußten die Eltern und der Hausarzt keine Ursache anzugeben. 1/2 Jahr später konsultierte mich der Vater wegen Neuralgien in den Beinen. Er hatte eine ausgesprochene Tabes dorsalis und konzedierte für sich die überstandene Lues, die er mit Rücksicht auf sein Kind hartnäckig geleugnet hatte. Ein 8jähriger schwer imbeziller Knabe sollte seinen Schwachsinn durch eine Serumimpfung gelegentlich einer Diphtherieinfektion akquiriert haben. Ich erfuhr aber durch die Mutter, daß der Vater an „Blitzschmerzen“ in den Beinen leide und im Dunklen unsicher gehe und daß sie selbst während der Schwangerschaft mit dem Kinde einen rotfleckigen Hautausschlag überstanden habe. Also beim Vater Tabes und bei der Mutter konzeptionelle luetische Infektion! Seit Einführung der serologischen Untersuchungs-

¹⁾ Vgl. Holitscher, Die Zeugung im Rausch. Internationale Monatschrift zur Erforschung des Alkoholismus. 1909 und 1913.

methode des Blutes auf Syphilis nach Wassermann stehen wir auf festerem Boden der Ursachenerkenntnis. Aber über eine gewisse Grenze hinaus hat uns auch die Wassermannsche Reaktion nicht gebracht. Das ergibt sich schon aus der Erwägung, daß selbst bei positiven Wassermann der Zusammenhang zwischen Schwachsinn und Lues nur wahrscheinlich, aber nicht sicher ist und daß es auch Fälle von Lues gibt, wo der Wassermann negativ ausfällt. Lippmann¹⁾ hat bei 78 Idiotiefällen in 9 resp. 13% positiven Ausfall der Reaktion gefunden, Brückner in 7,4%. Kellner, Clemenz, Brückner und Rautenberg²⁾ konstatierten bei 216 Fällen von Idiotie 13 mit positiver Blutreaktion (nach Stern), nach Wassermann nur 9; nur in einem Falle war die Liquoruntersuchung positiv. Interessant ist es auch, die Beziehungen metaluetischer Erkrankungen zu Schwachsinnzuständen festzustellen. Plaut und Göring³⁾ haben 54 Familien untersucht, bei denen 42mal der Vater und 12mal die Mutter paralytisch waren. In diesen Fällen waren 244 Geburten verzeichnet; davon waren 20% Aborte oder Totgeburten; 26,8% waren im frühesten Alter verstorben. Von den 130 überlebenden Kindern konnten 100 untersucht werden. Nur 30% zeigten positiven Wassermann. 45 Kinder waren körperlich oder seelisch oder auf beiden Gebieten geschädigt. Besonders häufig fanden sich schwächliche, blasse Kinder mit allerhand psychopathischen Zügen (ängstlich, scheu, weinerlich, jähzornig, Pavor nocturnus). 12 litten an Kopfschmerzen, 4 waren ethisch defekt, 17 (= 13%) waren intellektuell schlecht veranlagt. Es zeigte sich geradezu, daß der Zeitraum zwischen Infektion und Zeugung von Bedeutung ist. Bei den Kindern mit einem Abstand unter 12 Jahren fanden sich mehr geistig gefährdete. Aus meiner eigenen Erfahrung möchte ich hinzufügen, daß es bei diesen auf luetischer Basis originär minderwertigen Kindern manchmal ganz plötzlich zum geistigen Rückgang bis zu schweren Schwachsinnsgarden kommt.

Strittig ist die keimschädigende Bedeutung der Tuberkulose

¹⁾ Lippmann, Über die Beziehungen der Idiotie zur Syphilis. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 39.

²⁾ Kellner, Clemenz, Brückner und Rautenberg. Wassermannsche Reaktion bei Idiotie. Deutsche med. Wochenschr. 1910. Nr. 42.

³⁾ Plaut und Göring, Untersuchungen an Kindern und Ehegatten von Paralytikern. Münch. med. Wochenschr. 1911.

für den kindlichen Schwachsinn. Sie ist so verbreitet, daß es kaum eine Familie gibt, in der sie ganz fehlte. Ich glaube, man darf nur dann an einen kausalen Zusammenhang von elterlicher Tuberkulose und Schwachsinn in der Deszendenz denken, wenn die erstere zu schweren allgemeinen Ernährungsstörungen führte und so notwendigerweise auch das Keimplasma schädigen mußte. Ich verfüge nur über einen Fall von leichterem kindlichem Schwachsinn (Moral insanity), in dem ich dem gehäuften konvergenten Vorkommen der Tuberkulose in der väterlichen und mütterlichen Linie ätiologische Schuld zuschiebe. Gleichwohl will ich hinzufügen, daß Piper in 23% seiner Idioten Tuberkulose in der Aszendenz verzeichnet hat. Beim rechten Lichte betrachtet, kann man mit diesen Belastungszahlen ebensowenig oder noch weniger anfangen als mit den Erblichkeitsziffern.

Zu den seltenen Vorkommnissen gehört die ursächliche Beziehung des angeborenen Schwachsinn zum Morphinismus oder zur Bleivergiftung eines der Eltern. Ich verfüge nur über je einen Fall dieser Art.

Die allergrößte ursächliche Bedeutung möchte ich den schädlichen Einflüssen nutritiver Art beimessen, die den kindlichen Organismus während seiner intrauterinen (embryonalen) Entwicklung treffen. Im Laufe der Ontogenese, während derer sich die einzelnen Organe und Organsysteme aus dem befruchteten Ei differenzieren, ist die ungestörte Wechselwirkung zwischen Mutter und Frucht durch die Ernährung im Plazentarkreislaufe von entscheidender Wichtigkeit. Mangelhafte Ernährung des Fötus durch überzarte, schwächliche oder entkräftete Mütter muß zu einer Abschwächung der Wachstumstendenz des ganzen sich entwickelnden Individuums führen, d. h. zu einer allgemeinen angeborenen konstitutionellen Schwäche, an der das Nervensystem teilnimmt, oder zu einer Schädigung der Organsysteme, deren komplizierte Strukturfeinheit am leichtesten unter Ernährungsschwankungen leidet, in erster Linie des Gehirns. Diese Tatsachen erweisen sich z. B. bei Zwillinggeburten, wo der eine Zwilling auf Kosten des anderen sich kräftig entwickelnden körperlich und geistig zurückbleibt. Das gleiche sehen wir dann, wenn eine zarte Mutter, die mit Aufbietung aller Kräfte ein gesundes Kind austrug, nach dessen Geburt sofort wieder konzipiert. Auf ein kräftiges Kind folgt ein psychisch-physischer Schwächling.

Am deutlichsten aber zeigt sich die verhängnisvolle Wirkung der mütterlichen Produktionserschöpfung in den Familien des Proletariats. Der allgemeine Gesundheitszustand der Familien, aus denen das Gros der schwachsinnigen Kinder, die Rekruten der Hilfsschule, stammt, ist schlecht. Einer großen Zahl der Schwangerschaften (durchschnittlich 7—8, oft aber auch 12—13!) steht eine erschreckende Kindersterblichkeit gegenüber. Über ein Drittel bis zur Hälfte der Kinder stirbt im Säuglingsalter. Die Frauen produzieren bei harter Arbeit, mangelhafter Ernährung und schlechter Behandlung durch die oft trinkenden Ehemänner minderwertiges Kindermaterial. Zum Teil ist es überhaupt nicht lebensfähig, und was überlebt, wird rachitisch und schwachsinnig. Jeder Hilfsschullehrer kann dazu die nötigen Zahlen beibringen. Nur ein Beispiel für viele! Rössel¹⁾ hat in Hamburg folgendes festgestellt: In 31 Familien wurden 257 Kinder geboren, von denen nur 142 am Leben blieben, 115 (= 44 0/0!) waren teils Tot- oder Fehlgeburten (27), teils starben sie als Säuglinge an Lebensschwäche, Zahnkrämpfen, Brechdurchfall usw. Von den überlebenden 142 sind 39 (= 27,5 0/0) schwachbefähigt oder schwachsinnig. Man übertreibt nicht, wenn man manche Straßen und Häuser ärmster Stadtteile als förmliche Brutstätten des Schwachsinnigen bezeichnet. Ein Schularzt teilte mir mit, daß er während seiner Tätigkeit in 2 Häusern einer Straße 30 geistig schwache Kinder feststellte. Ich weiß sehr wohl, daß Statistiken über die Wirkung mütterlicher Produktionserschöpfung nur dann voll beweiskräftig sind, wenn wir ein Urteil über die psychische Konstitution der Erzeuger und der sonstigen Vorfahren haben, weil ja auch erbliche Momente beim Zustandekommen des Schwachsinnigen mitspielen können. Man kann aber die Wirkung der Produktionserschöpfung der Mutter in einzelnen Familien mit der Sicherheit eines Experimentes studieren: nach mehreren in rascher Folge geborenen normalen Kindern kommt ein schwachsinniges zur Welt, dem nach einer freiwilligen oder unfreiwilligen Generationspause von einigen Jahren wieder ein gesunder Sprößling nachfolgt. Auch Schreck und Gemütsbewegungen der Mutter während der Gravidität sollen den Grund zu geistigen Entwicklungshemmungen des Kindes legen. Mir fehlt darüber

¹⁾ Pädagogische Reform. 1911, Nr. 30. 1. Beilage.

bisher einwandfreie Erfahrung. Vielleicht bringen uns die nächsten Jahre genauere Aufschlüsse, wie in dieser Hinsicht der Weltkrieg gewirkt hat. Viel Sicheres erwarte ich nicht; im Kriege haben so viele Ursachen konkurriert. Ich darf Sie aber einstweilen an die „Belagerungskinder“ von Paris (Legrand du Saulle) erinnern. Von 92 während der Belagerung von Paris gezeugten Kindern sollen 21 (!) schwachsinnig geworden sein¹⁾.

Die extrauterinen Schädlichkeiten beginnen bei der Geburt. In einzelnen Fällen kann Frühgeburt (im 6. bis 8. Monat) als Ursache des Schwachsinn angeesehen werden. Mir ist ein typischer Fall erinnerlich: Einer Dame mit engem Becken wurde bei der ersten Gravidität vom Gynäkologen die Einleitung der Frühgeburt im 7. Monat empfohlen. Sie gebar einen lebensfähigen Sohn, der sich zu einem mikrocephalen Idioten entwickelte. Danach gebar sie noch 2 geistig normale Mädchen ohne Kunsthilfe zur Zeit. Auffallend häufig hört man in der Anamnese schwachsinniger Kinder von langer Geburtsdauer, asphyktischer Geburt oder Entwicklung durch die Zange. Auf diese ätiologischen Momente habe ich schon bei der zerebralen Kinderlähmung und Epilepsie hingewiesen; als drittes tritt der Schwachsinn hinzu. Eine übertriebene Wertschätzung dieser Faktoren haben die umfänglichen Untersuchungen H. Vogts²⁾ korrigiert. Unter 1100 Fällen von Idiotie, Imbezillität und Epilepsie ist ihm 78 mal die Angabe einer schweren Geburtsstörung begegnet (47 mal schwere Geburt, 11 mal asphyktische, 20 mal Zangengeburt). Bei näherer anamnestischer Prüfung blieben aber von den 47 Fällen mit schwerer Geburt nur 7 übrig, wo die Geburtserschwerung das einzige ätiologische Moment war; bei 11 Idioten, bei denen asphyktische Geburt notiert war, konkurrierten in 7 Fällen, bei 20 idiotischen Zangengeburten in 14 Fällen andere schwerwiegende ätiologische Faktoren. Die anatomischen Grundlagen habe ich dort bereits gestreift. Heute muß ich noch hinzufügen, daß die Hirnhautentzündung (Meningitis) eine Hauptursache des kindlichen

¹⁾ Schädigungen der menschlichen Frucht durch Röntgenisierung Schwangerer mit der Folge des angeborenen Schwachsinn sind auch gemeldet. Vgl. Aschenheim, Schädigung einer menschlichen Frucht durch Röntgenstrahlen. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 68.

²⁾ H. Vogt, Epilepsie und Schwachsinnzustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 48. H. 5/6.

Schwachsinn ist; und zwar kommen dabei alle Formen meningitischer Prozesse in Frage. In seltenen Fällen die tuberkulöse und die eitrige (epidemische) Zerebrospinalmeningitis. Sie führen meist zum Tode. Gewöhnlich handelt es sich um die syphilitische Meningitis auf hereditärer Basis oder um die sog. Meningitis serosa acuta, die neben Hydrocephalus auch zu Herdentzündungen in der Hirnrinde führt. Anamnestisch hören wir in solchen Fällen von vorübergehenden Symptomen, die auf den zerebralen Krankheitsprozeß schließen lassen: leichtes Fieber, reizbar-mürrisches Wesen, Somnolenz, Kopfweh, Nackenstarre und Konvulsionen. Traumatische Einwirkungen auf den Schädel können in den ersten Kinderjahren zweifellos Schwachsinn zur Folge haben. Dazu ist auch die Insolation (länger dauernde Einwirkung strahlender Wärme durch die Sonne oder die Heizkörper des Zimmers) zu rechnen. Akute Infektionskrankheiten (Scharlach, Diphtherie, Pneumonien, Keuchhusten) spielen eine wichtige ätiologische Rolle¹⁾. Man erlebt, daß darnach die Gehirnentwicklung ruckartig stehen bleibt. In neuester Zeit hat man für das Kindesalter auch die Grippe fürchten gelernt. Ich habe schon in der Vorlesung über allgemeine Ätiologie auf die eigenartigen psychischen Defektzustände darnach aufmerksam gemacht.

Von den konstitutionellen Erkrankungen des Kindesalters kommt der Rachitis die größte Bedeutung zu. Ihre Spuren finden wir bei enorm vielen schwachsinnigen Kindern (bis zu 75%). Wenn man die Insassen der Hilfsschulen durchmustert, so fallen einem die viereckigen, gebuckelten, im Hinterhaupt steil abfallenden Schädel, allenthalben Knochenverbiegungen, Kiel- oder Hühnerbrüste, querverriefte Zähne u. a. m. überraschend oft auf. Es liegt die Vermutung nahe, daß die durch die rachitischen Veränderungen des Schädels bedingten Störungen in der Blut- und Lymphzirkulation des Gehirns zu Gewebsschädigungen und damit zum Schwachsinn führen (Fiebig). Es ist nicht bekannt genug, daß für Schädelrachitis gewisse beachtenswerte Verschiebungen der Schädelbasis charakteristisch sind. Hier ist zu nennen eine Eintreibung des Hinterhaupts von unten her durch die Wirbelsäule. Die Wirbelsäule drückt das Hinterhaupt von unten nach innen, so daß manchmal bei der Betrachtung des

¹⁾ Vgl. Schott, Die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die Entstehung des kindl. Schwachsinn. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 68.

Schädelinnenraums die Basis und die Seitenteile des Hinterhauptbeins in derselben Ebene liegen, wie das Felsenbein (Platybasie). Bei starker Neigung des Schädels nach hinten drückt die Wirbelsäule auf die vordere Partie der Basis des Hinterhauptbeins, ja sogar gegen den Keilbeinkörper. Dadurch wird letzterer in die Höhe gehoben und der Klivus gegen das Hinterhauptloch sehr schräg gestellt. In beiden Fällen erklärt sich das stärkere Auseinanderweichen der Scheitelbeine im Verhältnis zum Hinterhaupt auf rein mechanische Weise, ebenso die überwiegende Brachycephalie bei Rachitis (Regnault). In anderen Beobachtungen (Merkel) erscheint die Schädelbasis dadurch, daß der weiche Schädel um eine durch die Kondylen des Hinterhaupts verlaufende Achse sich nach vorn und hinten senkt, geknickt. Diese Knickung ist insofern von Bedeutung, als sie durch Annäherung des vorderen und hinteren Randes des Foramen jugulare dessen Lumen verengt und dadurch ein Hemmnis des venösen Blutabflusses aus dem Gehirn bedingt. So ist es auch bei diesen Schädeln kein zufälliger, sondern ein kompensatorischer Befund, daß die Emissarien, namentlich die Foramina mastoidea und parietalia zuweilen erheblich (bis zu Federkielstärke) erweitert erscheinen. — Die wichtigsten äußeren Charaktere des rachitischen Schädels seien nochmals zusammengestellt: Starkes Prominieren der Stirn- und Scheitelhöcker, viereckige oder birnförmige Gestalt, sattelförmige Einbuchtung in der Gegend der großen Fontanelle (Klinocephalie), Abflachung des Hinterhaupts oder starkwinklige Knickung in der Höhe des Okzipitalhöckers.

Auf die Zusammenhänge zwischen Rachitis, Spasmodophilie und Schwachsinn habe ich schon früher hingewiesen. Kassowitz erblickte in der Eklampsie geradezu einen nervösen Ausdruck der Rachitis. „Kinderkrämpfe“ kehren in den anamnesticen Angaben schwachsinniger Kinder ungemein häufig wieder. So hat Henze (Hilfsschule Frankfurt) gefunden, daß von 116 Hilfsschülern in der Kindheit 33, d. h. 28,5%, und Kleefisch (Idiotenanstalt Franz Sales-Haus in Huttrop bei Essen), daß von 500 idiotischen Pflöglingen 196, d. h. 39,2%, eklamptisch gewesen sind (H. Vogt). Aller Wahrscheinlichkeit nach ist die gestörte geistige Entwicklung nach Eklampsie keine Folge dieser, sondern beide der gleichwertige Ausdruck einer „endogenen Disposition des Nervensystems“, die durch Rachitis verstärkt oder

manifest gemacht wird. Sehen wir aber auch in der Kindereklampsie keine Ursache des späteren Schwachsinn, so haben wir doch in ihr einen beachtenswerten Hinweis auf die mögliche intellektuelle Entwicklung eines Kindes.

Eine wenn auch nicht gerade sehr umfangreiche Gruppe kindlicher Schwachsinnzustände läßt sich unter dem Gesichtswinkel der sogenannten inneren Sekretion ätiologisch zusammenfassen. In den letzten Jahren ist die Bedeutung der innersekretorischen Drüsen (Schilddrüse, Epithelkörperchen, Thymus, Hoden, Eierstöcke, Hypophysis, Epiphysis, Nebennieren) mehr und mehr erkannt worden. Erkrankungen oder Aplasien dieser Organe bedingen neben charakteristischen körperlichen Störungen der Entwicklung (vermindertes Wachstum, mangelhafte Ossifikation, Ausbleiben der Reifezeichen und der geschlechtlichen Entwicklung) eine Persistenz der seelischen Eigenschaften des Kindes. Der ganze Organismus bleibt im kindlichen Typus stecken. Man hat deshalb diese Formen als Infantilismen bezeichnet. Der Grad der psychischen Entwicklungshemmung kann ein verschiedener sein, je nach der Entwicklungsperiode, in der die Störung einsetzt: schwere Idiotie, Schwachsinn und unfertige, leichte Defektzustände der Intelligenz. Schilddrüsenerkrankungen bedingen das Myxödem, bei dem wir die schwersten Blödsinnsformen bis zu kaum merklicher geistiger Minderwertigkeit finden. Die kongenitale Thyreoaplasie ist die Grundlage des sporadischen Kretinismus. Neben dem Schilddrüsendefekt ist er charakterisiert durch Zwergwuchs, großen Schädel, breite Nase mit tiefliegender Wurzel, dicke Augenlider, Lippen und Zunge, abgestockte Zähne, unförmigen Bauch, teigig geschwollene Haut, subnormale Temperaturen. Eine rückständige Ossifikation (Chondrohypoplasie), ein verspätetes Sichtbarwerden der Knochenkerne, radiographisch nachweisbar, eine Kleinheit des Genitales nebst mangelnden sekundären Geschlechtscharakteren teilt diese schwere Form des kindlichen Myxödems mit den leichteren und leichtesten Graden des thyreoaplastischen Infantilismus (Anton), bei dem wir neben psychischer Debilität Kleinheit des Wuchses, zarte, runde, kindliche Formen, infantilen Stimmklang bis über die Jahre der Pubertät hinaus beobachten¹⁾. Von der

¹⁾ Vgl. dazu Dearborn, Formen des Infantilismus mit Berücksichtigung ihrer klinischen Unterscheidung. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. VI.

auf endogenem Mangel der Schilddrüse beruhenden Thyreoaplasie ist die endemische Form des Kretinismus zu trennen (Kropfkrankheit), die von einer an bestimmte Gegenden gebundenen und durch einen geformten Krankheitserreger in gewissen geologischen Formationen (Trias, Meermolasse und Eozän) hervorgerufenen Erkrankung der Schilddrüse abhängt (Bircher). Hier handelt es sich nicht um einen aplastischen Defekt, sondern um kropfige Degeneration der Schilddrüse. Die mikroskopischen Hirnveränderungen stellen sich als regressive (Atrophie mit weithin sichtbaren Fortsätzen, Degeneration der Zellen, bis zu amorphen Zellresten mit Haufen von vermehrten Gliakernen) und unreife Elemente dar (Scholz und Zingerle, Weygandt).

Eine gewisse Verwandtschaft mit dem thyreogenen Schwachsinn besitzt die mongoloide Form (Langdon-Down), die wahrscheinlich auf einem schon in der Fötalzeit einsetzenden Mangel einer inneren Sekretion beruht (H. Vogt¹). Der Mongolismus teilt mit dem thyreogenen Schwachsinn viele infantilistische Züge, unterscheidet sich von ihm aber dadurch, daß die Affektion angeboren und stationär (beim Myxödem werden die Kinder normal geboren) ist und auf Thyreoidintherapie nicht reagiert. Das Aussehen der Mongoloiden ist so charakteristisch, daß man den Typ nicht mehr vergißt, wenn man ihn einmal gesehen hat. Die Ähnlichkeit der Fälle ist eine geradezu lächerliche. Schon bei der Geburt fallen sie durch gewisse Eigentümlichkeiten auf, namentlich durch die Augenstellung, die abnorme Schlaffheit und Biegsamkeit der Gelenke, ihre Kleinheit oder Größe oder Fettleibigkeit. Der Schädel ist mikrobrachycephal. Die Kinder sind meist blond und erscheinen jünger als sie sind. Der Blick ist unstet, die Lider halb geschlossen, das Mienenspiel fehlt. Die Haut ist fein und schuppt sich leicht. Die Schleimhäute sind reizbar. Die etwas eng zusammenstehenden Augenspalten verlaufen schief nach innen unten, schlitzförmig, im inneren Augenwinkel (in ca. 50%) von einer halbmondförmigen Hautfalte (Epikanthus) bedeckt, der Mund steht meist offen. Die Zähne sind hypoplastisch, die Nase ist stumpf und klein. Die lange Zunge ist rissig, zeigt abnorm lange Papillae foliatae und auf dem Rücken starke Querriefen (Lingua scrotalis). Die Finger sind stummelig, der kleine Finger ist in der Endphalanx abgeknickt.

¹) H. Vogt, Der Mongolismus. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. I.

Auffällig ist die abnorme Schläffheit der Gelenke. Die Ossifikation ist bisweilen verlangsamt. Zahlreiche somatische Anomalien (Schichtstar, Nystagmus, Genu valgum, Sprachstörungen, choreiforme Unruhe, Tics, angeborene Herzfehler usw.) zeichnen diese degenerativen Kindertypen aus ¹⁾. An dieser Schwachsinnform ist zweierlei interessant. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab geringe, verzögerte Differenzierung der Ganglienzellen im Stirnhirn, zweifache Kerne oder doppelte Kernkörperchen in einer Reihe von Rindenzellen (als Ausdruck einer Entwicklungshemmung) und mangelhafte Ausbildung der Tigroidkörper in den Ganglienzellen (H. Vogt, Biach). Die Ätiologie scheint von zwei Faktoren beherrscht zu sein (Siegert ²⁾). Vom Alter der Mutter und der übergroßen Beteiligung Letztgeborener in kinderreichen Familien. Von Erkrankung zweier Geschwister sind nur 3 Fälle bekannt. Unter den Fällen von Shuttleworth (277 Fälle von Familien mit mehr als 6 Kindern) erkrankte in 60% ein letztes, in 14,4% ein erstes, in 25,6% ein mittleres Kind. Das Alter von 138 Müttern betrug in 38% über 40, in 51% über 30, in 10% weniger als 30 Jahre bei der Geburt der Mongoloiden. Bei Siegert war das Durchschnittsalter in 23 Fällen 37 Jahre. In einem meiner eigenen Fälle war das Kind 13 Jahre nach dem vorletzten als letztes geboren; bei seiner Geburt war der Vater 48, die Mutter 45 Jahre alt.

Ich konnte unter meinen Fällen feststellen: Eines meiner mongoloiden Mädchen hatte im 4. Monate einen 5—6-stündigen „Krampfanfall“; später wiederholten sich die Krämpfe nie mehr. Der Schädelumfang betrug im 10. Jahre 48 cm und war bis zum 16. Jahre nicht gewachsen. Es bestand außerdem doppelseitiger Schichtstar, rotierender Nystagmus, Plattfuß und Genu valgum, breitspuriger Gang mit großer Unbeholfenheit aller Bewegungen, Stammeln und Poltern, choreiforme Unruhe und ticartige Bewegungen (Händereiben, Schnüffeln, Augenzwinkern und Zungenwälzen). Ein zweites Mädchen hatte schlecht gestellte Zähne, Plattfüße, horizontalen Nystagmus und (mit 14 Jahren) einen Schädelumfang von 50 cm. Ein 16jähriger Junge mit auffallend

¹⁾ Vgl. Cassel, Über Mißbildungen am Herzen und an den Augen beim Mongolismus der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. 1917. Bd. 7. (Unter 60 Fällen hatten 8 angeborene Herzfehler, 3 angeborene Catarakt).

²⁾ Siegert, Der Mongolismus. Ergebnisse der inn. Med. und Kinderheilkunde. Bd. VI. 1911.

kleinen, abstehenden Ohren (ohne Ohrläppchen) hatte einen Schädelumfang von 52 cm, einen angeborenen Herzfehler (Pulmonalstenose) mit abnormer Pulsverlangsamung (52—56 Schläge in der Minute) und Verlagerung der Arteria radialis auf die Mitte der Streckseite des Vorderarms.

Die Untersuchungen von H. Vogt und Klose haben erwiesen, daß auch die Thymusdrüse für die Entfaltung und das Wachstum des kindlichen Organismus höchst wichtig ist. Sie scheint durch einen synthetischen Vorgang die beim Wachstum der Organe frei werdende Phosphorsäure und deren höhere Verbindungen (Nukleinsäure) unschädlich zu machen. Bei Fehlen der Thymus kommt es bei Tieren zu Wachstumsstörungen, zu einer der Rachitis ähnlichen hochgradigen Knochenerkrankung, Muskelschwäche, pastösem Habitus der Haut, Schwachsinn, Kräfteverfall und Tod. Die durch Thymusentartung erzeugte Störung beim Menschen ist ein Krankheitsbild, das neben Schwachsinn folgende Symptome darbietet: An Kretinismus erinnernde Hautveränderung, eine eigentümliche, später in abnorme Brüchigkeit übergehende Elastizität der langen Knochen, wogendes Zittern der Körpermuskulatur (Idiotia thymica, H. Vogt¹). Daß die Thymusdrüse früher bei den abnormen und idiotischen Kindern als bei normalen verschwindet, hat übrigens schon Bourneville konstatiert, und auf die Knochenveränderungen bei Thymusexstirpation haben schon Basch und F. Hartmann aufmerksam gemacht (dünner, grazilerer Knochenbau und verringerte Kallusbildung).

Die Betrachtung einer größeren Zahl schwachsinniger Kinder verschafft die Überzeugung, daß die Schwäche des Geistes auffallend oft einer körperlichen Gebrechlichkeit parallel geht. Es kann nicht eindringlich genug betont werden, daß die Mehrzahl der jugendlichen Schwachsinnigen invalide Geschöpfe sind und deshalb neben einer besonderen erzieherischen Berücksichtigung mehr als andere auch des Arztes bedürfen. Zunächst finden wir bei ihnen häufiger als bei normalen Kindern die bekannten Degenerationszeichen: überragenden Oberkiefer (Prognathie), vorstehenden Unterkiefer (Caput progenaeum), Asymmetrien beider Schädel- oder Gesichtshälften, namentlich Stenosen des Hinterhaupts, abstehende und sonst verbildete Ohren, Hasenscharten, Gaumenspalten usw.

¹) H. Vogt, Idiotia thymica (Schwachsinn durch Thymusausschaltung). Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. IV.

Wichtig sind die überaus häufigen Beeinträchtigungen der Sinnesorgane: Herabsetzung der Seh- und Hörschärfe, Schielen, Augenzittern. Untersuchungen an der Hilfsschule in Dresden-Altstadt zeigten, daß in der obersten (besten) Klasse nur 56% der Kinder, in der untersten gar nur 16% volle Sehschärfe hatten. 41% der Kinder waren mit angeborenen Augenfehlern (Hypermetropie, Myopie, Astigmatismus, Linsentrübungen, Totalstar usw.) behaftet (Best). Über 30% der Hilfsschüler sind schwerhörig (Rejtö). Ungeheuer häufig sind die Gebrechen der Sprache¹⁾. Meist handelt es sich um Stammeln, d. h. eine fehlerhafte Aussprache, bei der manche Laute und Lautverbindungen entweder gar nicht oder nur unvollkommen gebildet werden (Sigmatismus = Lispeln des S; Paragammacismus = Verwechseln der Gutturalen mit Dentalen, Toffer statt Koffer; Pararhotacismus = Vertauschung des R durch D, Ch, W, G, Ng und L usw.). Auch Stottern, Poltern und Gaxen kommt vor. Oft liegt dem Stammeln Schwerhörigkeit zugrunde. Vergessen Sie auch nicht die Hörstummheit! Sie beruht nicht auf Taubheit, sondern es kommt trotz relativ erhaltener Hörfähigkeit zu keiner Entwicklung der Sprache, entweder wegen hochgradigen Schwachsinn (hörstumme Idioten) oder wegen Mangels jeglicher Konzentration bei erethischen Imbezillen oder wegen angeborener großer Ungeschicklichkeit der Sprachwerkzeuge (Gutzmann, Liebmann, Maas).

Die kausale Bewertung der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum ist im Lauf der Jahre gesunken. Sie sind eine wichtige Teilerscheinung des skrofulösen Habitus und sicher geeignet, eine Störung des Allgemeinbefindens (Kopfdruck, Unaufmerksamkeit), sowie des Gehörs und der Sprache herbeizuführen, und werden deshalb besser entfernt. Allzu optimistische Erwartungen, daß sich danach das intellektuelle Niveau bedeutend hebe oder gar der „Schwachsinn geheilt werde“, darf man nicht hegen. Viele Schwachsinnige zeigen neuropathische Symptome: Pavor nocturnus, protrahiertes Bettnässen, Speichelfluß, Neigung zu Kopfschmerzen, Stimmungsanomalien, Angst- oder Zornaffekte, Intoleranz gegen Alkohol. Die wichtigste Komplikation ist aber die Epilepsie

¹⁾ Parallel der Sprachstörung geht natürlich auch die des Schreibens und Lesens (Schreib- und Lesestammeln); Vgl. Berkhan, Über die Wortblindheit, ein Stammeln im Sprechen und Schreiben, ein Fehl im Lesen. Neur. Zentralbl. 1917. S. 914.

(H. Vogt). Die Zahl der krampfkranken Idioten und Imbezillen ist ungemein groß. Dabei sind die Beziehungen zwischen Epilepsie und Schwachsinn verschieden: Entweder erwachsen beide auf dem gemeinsamen Boden schwerer Degeneration; hier setzt eine genuine Epilepsie in schwerster Form in den frühesten Kinderjahren ein und es kommt verhältnismäßig rasch zu fortschreitender tiefer Verblödung. In anderen Fällen ist das Bindeglied die hereditäre Lues; man findet dann als Substrat eine auf syphilitischer Endarteriitis beruhende lobäre Sklerose des Gehirns. In einer dritten Gruppe von Fällen sehen wir eine Trias von Symptomen: Epilepsie, Schwachsinn und Lähmungen; hier handelt es sich um herdförmige Sklerosen des Gehirns nach meningo-encephalitischen Prozessen, bisweilen mit porencephalischen Defekten. Der Schwachsinngrad, die Ausdehnung der (spastischen) Lähmung und die Art der Krampfanfälle hängt von der Schwere und Lokalisation des zerebralen Prozesses ab (zerebrale Kinderlähmung mit Epilepsie und Schwachsinn). Auf das mit Epilepsie verknüpfte Krankheitsbild der tuberösen Sklerose habe ich Sie schon in der Vorlesung über die Epilepsie aufmerksam gemacht.

Eingehende Untersuchungen liegen vor über Maße und Wachstum des Schädels¹⁾ bei schwachsinnigen Kindern, die einen Beitrag zur Lösung des Problems: Kopfumfang und Intelligenz liefern. Sieht man von den pathologischen Extremen der Schädel-

¹⁾ Normaler Horizontalumfang des Schädels (nach Ranke):

	Knaben	Mädchen
Neugeborene	347 mm	334 mm
1. Jahr	415 „	405 „
2. „	477 „	466 „
3. „	487 „	473 „
4. „	496 „	482 „
5. „	504 „	488 „
6. „	508 „	499 „
7. „	509 „	500 „
8. „	512 „	503 „
9. „	516 „	508 „
10. „	520 „	511 „
11. „	524 „	511 „
12. „	525 „	516 „
13. „	528 „	518 „
14. „	530 „	521 „
15. „	531 „	521 „

bildung (Hydrocephalie, rachitischem Schädel mit Hydrocephalus, Mikrocephalie) ab und faßt man die leichteren Schwachsinsformen ins Auge, so ergibt sich die interessante allgemeine Tatsache, daß die normalen Minima der Schädelmaße mit der Angabe geringer geistiger Fähigkeiten zusammenfallen und daß die am weitesten von den Normalminimis entfernten Maße bei tiefstehenden Idioten, geringere Abweichungen bei imbezillen Hilfsschülern gefunden wurden (O. Ranke¹). Die Untersuchungen Bayerthals haben gezeigt, daß im schulpflichtigen Alter sehr gute geistige Fähigkeiten verhältnismäßig häufig bei großen, seltener bei kleinen und niemals bei den kleinsten Köpfen vorkommen. Unter den kleinsten Köpfen versteht er annähernd normal gebildete Köpfe mit Horizontalumfängen unter 48 cm (Knaben) und 47 cm (Mädchen) bei 7 jährigen, unter 50,5 resp. 49,5 cm bei 14 jährigen Schulkindern. Prognostisch wichtig erscheint seine Feststellung, daß 6 jährige Schulkinder mit 46 cm und weniger Schädelumfang nicht nur niemals zu sehr guten Leistungen kommen, sondern auch in der Mehrzahl der Fälle nicht einmal das Ziel der Volksschule erreichen werden. Als Regel lehren seine Tabellen, daß bei 11 jährigen Knaben ein Horizontalumfang des Kopfes von mindestens 52,5, bei gleichaltrigen Mädchen von mindestens 51,5 erforderlich ist, um sehr gute geistige Fähigkeiten zu ermöglichen. Die Schädelverkleinerung und damit parallel gehend die Verminderung des Hirngewichts ist am bedeutendsten bei den mikrocephalen Schwachsinnigen. H. Vogt fand bei 67 männlichen Mikrocephalen Kopfumfänge, die meist unter 49 cm lagen und bis 43,5 cm heruntergingen; das Hirngewicht schwankte zwischen 1095 und 565 g (normale niedrigste Grenze ca. 1100 g!). Extrem niedere Hirngewichte haben H. Vogt (265, 156 und 125 g im Alter von 2 Jahren), Kellner (156 g bei einem 3 jährigen Mikrocephalen), Westphal (107 g bei einem Neugeborenen) festgestellt. Im übrigen bleibt das Gehirngewicht der Schwachsinnigen gleichfalls hinter der Norm zurück. Nur etwa 1,5% der schwereren Formen zeigen normale Werte. Die Differenz gegenüber der Norm ist am größten (100—200 g) bei den Jugendlichen und nimmt gegen die Pubertät ab. Nur mikrocephale Idioten zeigen fast gar kein Wachstum des Gehirns. *Intra vitam* sehen wir dasselbe Verhältnis im Wachstum des Schädels

¹) Ranke, O., Anthropometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern usw. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege 1905.

(H. Vogt), in Sonderheit des Hirnschädels. Auch die Betrachtung der körperlichen Entwicklung der Schwachsinnigen ergibt ihre durchschnittliche Inferiorität gegenüber der Norm. Die Differenz in der Körpergröße beträgt beim Erwachsenen ca. 10 cm (Kind). Auch für alle Perioden des kindlichen Wachstums zeigen beim Schwachsinn die Durchschnittszahlen unternormale Werte (Doll). Das gleiche gilt vom Körpergewicht (Sklarek) und Organgewicht (H. Vogt). Die allgemeine Lebensenergie der Schwachsinnigen ist herabgesetzt, die Mortalität, namentlich der schweren Idiotieformen, eine bedeutende.

Zur Illustrierung des Gesagten möchte ich Ihnen das Resultat einer Stichprobe mitteilen, die ich an einer Hilfsschule machte. Es handelte sich um 54 Kinder (26 Knaben und 28 Mädchen). Sie verteilten sich auf 47 Familien. Es befanden sich 6 Geschwisterpaare darunter. Die Familien gehörten durchweg den ärmeren Volksklassen an, was bei dem Charakter der Schule als einer Bezirksschule, in der alle Bevölkerungsschichten vertreten sind, bemerkenswert ist. Nur zwei Väter waren selbständige Gewerbetreibende, 15 waren Handarbeiter oder Tagelöhner, 20 Handwerker im Lohnverhältnis, 8 Kutscher (ich verweise auf das Bindeglied des Alkohols!), zwei kleine Landwirte und sieben unbekannt. Unehelich waren vier geboren. Die Kinder stammten aus kinderreichen Familien. Die 47 Familien hatten im ganzen 235 Kinder gehabt, davon waren 56 gestorben. Psychopathische, direkte Belastung ließ sich 10mal, tuberkulöse 5mal feststellen. Alkoholismus des Vaters wurde bei 11, Syphilis bei 3 Kindern nachgewiesen. 37, d. h. 68% trugen Zeichen der Rachitis, 16 der Skrofulose. 6 Kinder waren schwerhörig, 6 kurzsichtig, 8 schielten, 5 stammelten, Bettnässer waren 6. Kinderkrämpfe hatten 9 durchgemacht. 2 waren epileptisch, 6 litten an Pavor nocturnus, 3 knirschten im Schlaf mit den Zähnen. 8 Kinder litten an Kopfschmerzen, 1 an Migräne mit Erbrechen. Kropfanlage fand sich in 5 Fällen; bei 3 Knaben wurde Kryptorchismus, bei 1 doppelseitiger Leistenbruch konstatiert.

Einige besonders instruktive Hilfsschülertypen will ich Ihnen mit flüchtigen Strichen skizzieren. Sie sollen Ihnen die Abstammung und die Leidensgeschichte des jungen Lebens dieser schwachbegabten Schulgänger zeigen und Ihnen ihren pathologischen Gesamtcharakter verdeutlichen.

Nr. 67. K. Kn., 14 Jahre alt, Tischlerssohn, stammt mütterlicherseits aus einer Säuferfamilie. Auch der Vater huldigt dem Trunke; einer seiner Brüder ist schwachsinnig. Die Mutter Karls machte während der Schwangerschaft eine melancholische Depression durch. Karl hatte 7 lebende Geschwister, die gesund sind; ein Bruder starb mit $1\frac{1}{4}$ Jahren an Brechdurchfall und Krämpfen. Karl wurde schwer geboren und mit Kuhmilch ernährt. Mit $\frac{1}{3}$ Jahr schon war er „wie wild“, „ungezogen“, „haute um sich und riß

der Mutter die Tücher vom Kopf“. Er lief mit 1 Jahre, sprechen lernte er mit 3 Jahren, aber nie ordentlich. Er hatte immer einen auffallend kleinen Kopf. Schon als kleines Kind knirschte er viel mit den Zähnen und schrie im Schläfe laut auf. Das hat er bis jetzt behalten. Er klagt oft über Kopfschmerzen und wird dann ganz rot im Gesicht. Er hat einen guten Charakter, aber an manchen Tagen ist nichts mit ihm anzufangen. Dann ist er widerspenstig und hat einen „finsternen Blick“. Er antwortet dann wohl auf Fragen, hat aber zu nichts Lust und Trieb, ist träge und müde und „wie in Gedanken“. Er ist ordentlich und hält auf Kleider und Sachen. Er lügt, gesteht aber seine Lügen ein. Er neckt gern und macht allerhand dumme Streiche, wirft z. B. den Leuten Schmutz ins Haus, stößt volle Eimer um usw. Er ist fleißig und anständig in der Hausarbeit und zeichnet sich durch eine gewisse mechanische Handfertigkeit aus. Er ist intolerant gegen Alkohol. Nach einem Gläschen Wein bei der Taufe eines Geschwisters wurde er „furchtbar aufgeregt und zerschlug mehrere Gläser und Gefäße“. — Er schwänzt gerne die Schule. Der Klassenlehrer gibt an, daß Karl während des Unterrichts unruhig und schwatzhaft ist, im Umgang mit anderen Kindern frech. Er hat das Ziel des ersten Schuljahres trotz seines Alters noch nicht erreicht. Er schreibt leidlich, liest mangelhaft, im Rechnen versagt er ganz. Er zeigt großes Interesse für landwirtschaftliche Arbeiten und für die in dieses Gebiet fallenden Naturvorgänge. In körperlicher Beziehung zeigt der Knabe, außer dem schon erwähnten Pavor nocturnus und Zähneknirschen im Schlaf, einen auffallend kleinen Schädel (49 cm Umfang gegen 52—53 in der Norm) mit deutlicher Asymmetrie, große unregelmäßig gestellte Zähne und poltert.

Zusammenfassung: Imbezillität; Mikrocephalie; alkoholische Belastung; Störung der intrauterinen Entwicklung durch Gemütskrankheit der Mutter; deutliche Erregungszustände in der Säuglingsperiode (Meningitis serosa?); ausgesprochene neuropathische Symptome (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Alkoholintoleranz, periodische Gemütsverstimnungen); Sprachstörung (Poltern); körperliche Degenerationszeichen (Schädelasymmetrie, Zähne).

Nr. 68. Fr. Kü., 11 Jahre alt, Maurerssohn, stammt aus einer lebensschwachen Familie, die beiden Großmütter starben jung; die Mutter ist ein uneheliches Kind und litt bis zum 6. Jahre an schwerer Rachitis. Fritz hatte 13 Geschwister; die ersten 6 starben in zartester Kindheit an „Lungenkrankheiten“, das 7. war totgeboren, das 13. und 14. sind schwächlich und stark rachitisch. Fritz ist ein 8-Monatkind, war zu schwach zum Saugen und litt viel an Brechdurchfall. Mit $\frac{1}{4}$ Jahr begannen Krämpfe, manchmal 7 mal täglich; das dauerte bis zum 6. Jahre. Er hatte englische Krankheit und Froschbauch und lief erst mit 5 Jahren. Das Sprechen lernte er mit 3 Jahren. Er leidet an Pavor nocturnus: Manchmal steht er ein paar Nächte hinter einander auf, will fort, ist ängstlich, daß er zu spät in die Schule kommt. Die Angst vor der Schule macht ihn „ganz verdreht“. Er steht deshalb zuweilen um 5 Uhr auf und verläßt um 6 Uhr ohne Frühstück das

Haus. Er ist ein ganz fideler Junge. Trotz aller Mühe kommt er in der Schule nicht vorwärts. Im Hause und im Felde ist er fleißig und nicht ungeschickt. Manchmal ist er wütend und mürrisch, namentlich früh morgens. Er klagt dann über Kopfschmerz und wirft sich von einer Ecke in die andere. Der Lehrer urteilt: der lebhaft und oft sehr geschwätzig Schüler folgt dem Unterricht in Religion, Anschauung und Kopfrechnen mit Aufmerksamkeit und scheint darin das Ziel der Hilfsklasse erreichen zu können. Buchstaben und Zahlen prägen sich ihm schwer ein, daher ist das Lesen und schriftliches Rechnen ihm eine große Schwierigkeit. Es ist Aussicht vorhanden, den Schüler in die Förderklasse zu bringen. — Der kleine, schlecht genährte und blutarme Junge zeigt eine rachitische Verbiegung beider Oberschenkel und der Rippen (Rosenkranz), großen quadratischen Schädel (52 cm Umfang) mit deutlich ausgeprägten Stirnbuckeln und kleinem unterbissigem Gesicht, und stammelt.

Zusammenfassung: Erethische Form der Imbezillität leichten Grades; Abstammung aus einer lebensschwachen Familie (große Kindersterblichkeit); Produktionserschöpfung der schwächlichen Mutter durch gehäufte Geburten; Frühgeburt und gestörte Säuglingsernährung; Kinderkrämpfe; Rachitis; neuropathische Symptome (Pavor nocturnus, Stimmungsanomalien, Stammeln).

Nr. 69. O. Sch., 9 Jahre alt, Ökonomsohn, hatte einen Säufer zum Großvater. Seine 3 Geschwister sind skrofults und rachitisch. Otto wog bei der Geburt $2\frac{1}{2}$ Pfund. Er blieb klein und schwach. Mit $\frac{3}{4}$ Jahren bekam er die englische Krankheit. Er machte Masern und Influenza durch. Er nähte bis vor einem Jahre ein. Von klein auf hatte Otto nächtliches Aufschreien. Beim geringsten Geräusch wurde er wach. Bei Gewittern hat er fürchterliche Angst, er schreit laut und ist nicht zu beruhigen. Er ist ein gutmütiger Junge zu Hause und besorgt Wege und Aufträge gut. Schläge für Verfehlungen hat er abends bereits vergessen. Er besucht manchmal spontan die Gräber einer früheren Kindergärtnerin und seiner Großmutter und weint da (!). Er stammelt, kann das K nicht sprechen und spricht: „Tatze“, „Tuh“ usw. Der Lehrer schreibt: „Otto wechselt häufig in seinem Temperament. Bald ist er unruhig und schwatzhaft, bald schläfrig und teilnamlos. Nur selten gelingt es, in dem Knaben Interesse für den Unterricht zu erwecken. Den Haustieren und landwirtschaftlichen Dingen wendet er größere Aufmerksamkeit zu. Auch am Gesang hat er Freude. Im Schreiben, Zeichnen und Handfertigkeit leistet der unbeholfene Knabe, der nicht imstande ist, Zwirn einzufädeln, nichts. Bei den Freitübungen nimmt Otto die unbeholfensten Stellungen ein. Sein Gedächtnis ist mangelhaft, eine Verknüpfung des Aufgefähten findet nicht statt. Dagegen fällt auf, daß der Junge zuweilen unglaubliche Geschichten erzählt, die zwar meist an einen wirklich beobachteten Vorgang anknüpfen, zum größten Teil aber erfunden sind“. Ottos Sprache ähnelte bis vor 2 Jahren der eines 2—3jährigen Kindes. So sagte er z. B. immer noch Otto, nicht „Ich“. Dem Lehrer gegenüber ist er schüchtern. — Der Knabe zeigt doppelseitigen Kryptor-

chismus, starke Rippenrachitis, einen asymmetrischen kleinen Schädel (46,5 cm Umfang wie ein 1½ jähriges Kind, gegenüber 51 in der Norm!). — Er hat einen Bruder, der ebenfalls die Hilfsklasse besucht.

Zusammenfassung: Imbezillität; Mikrocephalie; alkoholische Belastung; Lebensschwäche bei der Geburt; Rachitis; neuropathische Symptome (Schlafstörungen, abnorme Geräuschempfindlichkeit, Gewitterfurcht, Stammelnen); Degenerationszeichen (Kryptorchismus).

Nr. 70. Fr. Li., 9 Jahre alt, Malerssohn; die noch sehr jugendlichen Eltern sind schwächlich; Fritz hat 5 Geschwister, nur die älteste 12jährige Schwester ist gesund, ein Kind wurde tot geboren, eines starb ½ Jahr alt an „Gehirnkrämpfen“, 2 jüngere Schwesterchen sind rachitisch. Fritz kam mit rachitischem Wasserkopf zur Welt (klaffende Nähte!); den 1. Zahn bekam er im 2. Monat, Ende des 2. Monats hatte er schon 4. Im 3. Jahre fing er an zu schielen. Mit 5 Jahren hatte er „Hirnhautentzündung“ und Masern. Seit der Zeit ist er schwerhörig. Zeitweilig hat er Migräne. Vor Eintritt der Kopfschmerzen hat er Beklemmung, Angst und Erbrechen. Er schläft unruhig und sehr leise. Manchmal näßt er ein. Über Kleinigkeiten gerät er in große Erregung. Er ist schnell müde und steht meist müde auf. Urteil des Lehrers: Hinsichtlich seines Fleißes, seiner Ordnungs- und Wahrheitsliebe muß Fritz öfter getadelt werden. Seine Leistungen sind sehr unbeständig. Bei geistiger Arbeit tritt rasch Ermüdung ein. Es kommt wiederholt vor, daß der Knabe längere Zeit stumpfsinnig vor sich hinstarrt. Derartige Umstände fallen um so mehr auf, da der Knabe sonst eine ziemlich große Behendigkeit zeigt. Er unterscheidet unklar rechts und links, der Begriff eines Jahres fehlt ihm, die Farben unterscheidet er ungenau. Er ist sehr ablenkbar. Er liest schlecht, schreibt aber seinen Namen; Zahlenvorstellung von 1—10 vorhanden; er kann aber nicht damit operieren. Er ist eigensinnig, schadenfroh, angeberisch, oft auch jähzornig und trotzig. Der Junge zeigt rechtsseitigen Kryptorchismus, X-Beine, Quadratschädel von 53½ cm Umfang, Strabismus convergens. Das linke Trommelfell ist perforiert. Die Sprache klingt wegen Mandelhypertrophie gaumig.

Zusammenfassung: Imbezillität; Abstammung von einer lebensschwachen Familie, in der die Rachitis heimisch ist; rachitischer Hydrocephalus; verfrühte Zahnung; Meningitis (?); neuropathische Symptome (Strabismus convergens, Migräne, Schlafstörungen, Bettnässen, exzessive Affekterregbarkeit und geistige Erschöpfbarkeit); Degenerationszeichen (Kryptorchismus).

Nr. 71. M. Ti., 9 Jahre alt, Gelbgießerstochter, stammt aus sehr ärmlichen Verhältnissen. Der Vater, 45 Jahre alt, ist angeblich gesund, die Mutter, 44 Jahre alt, leidet seit Jahren an Gallensteinkoliken; sie ist abgejagt und abgearbeitet. In der Familie gab es 11 Kinder. Die beiden ältesten haben die Schule normal durchgemacht, das 3. Kind ist tot, das 4., Franz Ti., rachitisch und skrofulös, saß mit 15 Jahren in der 1. Hilfsklasse. Das 5.

und 6. Kind sind tot. Das 7. Kind, Kurt Ti., rachitisch und skrofulös, sitzt im 4. Schuljahre in der 7. Klasse. Das 8. ist gestorben, das 9. ist unsere Martha, die jetzt auch im 5. Schuljahr in der 1. Hilfsklasse ist. Nummer 10 und 11 waren Zwillinge, einer davon starb sofort. — Martha selbst kam sehr schwach zur Welt. Sie bekam mit 1½ Jahren den ersten Zahn, lief etwa zur selben Zeit und fing an zu sprechen. Im 1. Lebensjahr überstand sie einen schweren Magendarmkatarrh mit Krämpfen. Darnach trat Ohrenlaufen ein. Das Mädchen näßt zur Zeit noch ein. — Martha ist ein blasses Kind, schlecht genährt, immer müde und klagt viel über Kopfschmerzen. Das r. Auge schielt einwärts. Das l. Trommelfell ist perforiert.

Zusammenfassung: Imbezillität; Generationsschwäche der durch Arbeit und Kinderreichtum erschöpften Mutter; rachitisch-skrofulöse Nachkommenschaft; verlangsamte Individualentwicklung; Kinderkrämpfe; neuropathische Symptome (Kopfschmerzen, Enurese, Strabismus).

Nr. 72. E. Krü., 13 Jahre alt, Kutscherstochter, ist in ärmlicher, schmutziger Umgebung groß geworden. Der Vater trinkt wohl, 2 seiner Schwestern sind an Lungenschwindsucht gestorben. Die Mutter litt bis zum 14. Jahre an Epilepsie und ist jetzt noch „nervös“. Ella hat 3 Brüder, davon sitzt der jüngste in der Hilfsschule. Sie ist ein 7-Monatkind und wurde scheinot geboren. Sie leidet von klein auf an Husten. Mit 2 Jahren bekam Ella Krämpfe, die bis zum 4. Jahre anhielten. Sie hatte zwar mit 1½ Jahren gut sprechen gelernt, seit dem Auftreten der Krampfanfälle wurde die Sprache schlecht. Nachdem im 4. Jahre die Krampfanfälle aufgehört hatten, traten bis zum 9. Jahre andere auf, täglich, nur bei Tage: Ella wurde bewußtlos, verdrehte die Augen, die Beine wurden aneinandergepreßt und heftiger Schweiß brach aus. Die Pat. ist schwer verständlich und stößt, um sich verständlich zu machen, oft nur unartikulierte Laute aus, desgleichen, wenn sie sich freut oder ärgert. Sie ist launisch, hat wenig Ruhe und kann nicht stillsitzen. Sie hilft ihrer Mutter beim Aufwaschen. Urteil des Lehrers: Sie stört öfter den Unterricht durch ihre große Unruhe. Zum Schreiben, Zeichnen und Lesen, auch zu Handarbeiten hat sie keine Befähigung. Sie beantwortet die an sie gerichteten Fragen meist nicht. Meist spricht sie undeutlich nach, was ihr andere Kinder vorgesagt haben. Sie spricht ohne Satzverbindung. Farbensinn scheint nicht vorhanden zu sein. Zahlenvorstellungen fehlen ganz. — Das Mädchen hat einen stark rachitischen Brustkorb. Ihr Schädel hat nur 49 cm Umfang. Sie schielt einwärts, bisweilen hat sie Augenzittern (Nystagmus). Die Stimme ist heiser.

Zusammenfassung: Mikrocephale Idiotie; erblich belastet (Alkohol, Tuberkulose, Epilepsie); asphyktische Geburt; Kinderkrämpfe; Rachitis; Epilepsie; neuropathische Symptome (Strabismus, Nystagmus).

M. H.! Die Ätiologie des Schwachsinn mag noch so verschiedenartig sein, was seine endogene oder exogene Entstehungs-

art anlangt, immer aber ist der Angriffspunkt der Schädigung unser Seelenorgan, das Gehirn. An diesem finden wir als die wirkliche Grundlage des geistigen Ausfalls markante makroskopische und mikroskopische anatomische Veränderungen. In ausgeprägten Fällen von Idiotie handelt es sich um grobe Anlagemängel ganzer Gehirnteile (z. B. des Balkens), Verkümmern einzelner Lappen oder Windungszüge (Mikrogyrie) oder um Volumsverlust der Hirnsubstanz durch starke Ausdehnung der Hirnhöhlen (Ventrikel) infolge abnormer Flüssigkeitsansammlung (Hydrocephalus). Bisweilen liegen auffallende Armut des Großhirns an Windungen oder Windungsanomalien vor, die ein Verharren der Hirnentwicklung auf embryonaler Stufe oder einen Rückschlag auf den Raubtiertypus unserer Vorfahren bedeuten. Daß das Gehirngewicht der Schwachsinnigen hinter der Norm zurückbleibt, habe ich vorhin schon erwähnt.

Besonders interessante Aufschlüsse über die anatomische Grundlage des Schwachsinnigen hat uns die mikroskopische Untersuchung des Großhirns, namentlich seiner Rinde, geliefert. Ihre Ganglienzellen zeigen schwere Veränderungen. Teils finden wir die für die embryonale Stufe der Rinde charakteristische Anordnung der Ganglienzellen in dichtgedrängten, regelmäßigen Reihen in der schmalen Rinde, weil die zwischenliegenden Assoziationsfasern nicht zur Entwicklung gelangten; teils eine deutliche Verringerung der Zahl und unvollkommene Ausbildung der Form der Ganglienzellen. Die Entwicklungshemmung ist nicht überall gleich stark. In den Fällen, wo der Krankheitsprozeß nach der Geburt einsetzte, sehen wir neben wohlentwickelten Partien der Rinde andere, in denen starke Zellverkümmern und -Untergang mit einer Vermehrung von Gliagewebe Hand in Hand geht. Die mikroskopische Durchforschung der verschiedenen klinischen Formen des Schwachsinnigen und die mühsamen Versuche, bestimmte anatomisch fundierte Gruppen aus dem unübersehbaren Felde des Schwachsinnigen herauszuschälen und klinische Erscheinungsformen auch anatomisch zu umgrenzen, haben einige schöne Erfolge gezeitigt. Ich erinnere hier nur an die schon bei der Epilepsie erwähnte Schwachsinnigenform der tuberosen Sklerose (H. Vogt u. a.), die amaurotische familiäre Idiotie (Schaffer, Spielmeyer u. a.), die Angiodystrophia cerebri (Ranke) und an die Gehirnveränderungen bei Kretinismus (Scholz und Zingerle).

10. Vorlesung.

Die Symptomatologie des angeborenen Schwachsinn.

M. H.! Im Mittelpunkte der Symptomatologie des Schwachsinn¹⁾ steht, wie schon früher erwähnt, der charakteristische Intelligenzdefekt, d. h. eine Schwäche des Gedächtnisses, eine mangelhafte Ausbildung der assoziativen Verknüpfungen und von diesen wiederum am deutlichsten der Defekt des Urteils.

Um einen Vergleich zu haben, empfiehlt es sich, eine kurze Schilderung der Merkmale intellektueller Vollwertigkeit eines Kindes²⁾ vorzuschicken, von der die durch Erziehung und Unterricht zu erstrebende Bildungsfähigkeit abhängt (L. Strümpell). Dazu gehört vor allem die ausgiebige Anbildung von Vorstellungen. Das normale Kind verfügt, allerdings mit starken individuellen Schwankungen, die von der Gelegenheit zum Erwerbe bestimmt sind, über eine große Menge von Erinnerungsbildern früherer Empfindungen, die in der Großhirnrinde niedergelegt wurden. Längst bevor ihm ein eigentlicher Unterricht zuteil wird, allein durch den Gebrauch seiner gesunden Sinnesorgane, sammelt sie das Kind im Hause, auf der Straße, auf Spaziergängen, im Gespräche mit Erwachsenen. Nicht jedes Kind ist gleich merkfähig, aber wenn es vollsinnig ist, so liegt in ihm der Trieb, Vorstellungen zu erwerben. Neue Sinneseindrücke wecken sein Interesse und reizen es zum Fragen, und je größer seine Aufmerksamkeit ist, um so mehr Ähnlichkeiten

¹⁾ Vgl. Villiger, Die Erkennung des Schwachsinn beim Kinde. Leipzig, W. Engelmann, 1913.

²⁾ Vgl. dazu: Gaupp, Psychologie des Kindes. Leipzig, B. G. Teubner (Aus Natur und Geisteswelt Nr. 213) 1908.

Bühler, Die geistige Entwicklung des Kindes. Jena, G. Fischer, 1918.
Gross, Das Seelenleben des Kindes. Berlin, Reuther & Reichardt, 1921.

und Unterschiede fallen ihm auf und werden in den Bereich der Fragestellung gezogen. Die Aufmerksamkeit ist dasjenige Seelenvermögen, das die durch die Sinne vermittelten Eindrücke der Außenwelt zur weiteren intellektuellen (assoziativen) Verarbeitung bringt. „Sie ist der Steuermann bei allen Entdeckungsfahrten der Intelligenz“ (K. Groos). Ohne diese seelische Empfänglichkeit kommt es weder zur Anbildung scharfer Erinnerungsbilder, noch zu einem deutlichen Wiedererkennen alter, dem Anfangsgliede der Ideenassoziation, noch zu einer bewußten Klärung und Verstärkung eines im Bewußtsein auftauchenden inneren Erlebnisses. Das normale Kind ist imstande, im gegebenen Momente sein Bewußtsein auf ein bestimmtes und absichtlich und zweckmäßig umgrenztes geistiges Blickfeld („innerer Blickpunkt“, Wundt) einzuengen und zu konzentrieren. Die Zahl der peripheren Reize, die in einer Zeiteinheit die Sinnesflächen unserer Großhirnrinde treffen, ist sehr groß. Wenn scharfe Erinnerungsbilder von Empfindungen niedergelegt werden, ein geordnetes von einer Zielvorstellung geleitetes Denken und Handeln resultieren sollen, so muß eine knappe Auswahl getroffen werden. Erst die „aktive“ Aufmerksamkeit macht aus dem Hören ein Horchen, aus dem Sehen ein Hinsehen, ein Blicken, aus dem Wahrnehmen ein Auffassen (Gaupp). Nicht jede beliebige Empfindung, die in unsere Großhirnrinde gelangt, darf in den Vorstellungsablauf eingreifen, sonst leidet die Stetigkeit und Einheitlichkeit des Denkens. Wenn also auch für eine normale geistige Regsamkeit wünschenswert ist, daß die „passive“ Aufmerksamkeit, das Ergebnis eines sich aufdrängenden Sinnesreizes, leicht anspricht, so darf die Ansprechbarkeit doch nicht so groß sein, daß die Konzentration einbüßt. Von dem Zustande der Ermüdung abgesehen, kann das gesunde Kind aktiv die Aufmerksamkeit auf eine Empfindung oder Vorstellung richten, so lange es für eine klare und abgeschlossene Auffassung zweckdienlich ist. Diese Willensfähigkeit prägt sich auch in einer ruhigen Beherrschung der Körpermuskulatur aus. Die in der frühesten Kindheit fast automatisch oder reflexartig erfolgenden Bewegungen werden durch die Aufmerksamkeit im Sinne aktueller Vorstellungen gebahnt, gehemmt oder in bestimmter Richtung festgehalten. Davon hängt zum guten Teil das für die Bildsamkeit eines Kindes nötige „Stillsitzen“ und sein Gehorsam ab.

Durch aufmerksame Beobachtung und Nachahmung lernt das Kind zunächst Aussehen und Bedeutung der es umgebenden Objekte und Personen mit der zugehörigen Wortvorstellung. Das kindliche Gedächtnis erhält den erworbenen Besitzstand von Vorstellungen und ist in der Funktion des Behaltens dem der Erwachsenen über, wenn auch, was nicht zu leugnen ist, der Erwachsene das Kind in der Lernfähigkeit (Erlernen mit Willensanstrengung) wesentlich übertrifft. Normalerweise ist das Kindesgedächtnis vielseitig und darf sich nicht einseitig auf die Bevorzugung bestimmter Gruppen von Erinnerungsbildern (Namen, Zahlen, Noten) beschränken. Die Erinnerungsbilder sind — physiologische Hemmungen durch Affekte, Ermüdung usw. ausgenommen — stets parat, und es gelingt nicht nur die Reproduktion einzelner Erinnerungsbilder, sondern ganzer Reihen von solchen und zwar in der chronologischen und kausalen Verknüpfung, in der sie niedergelegt wurden. Unrichtigkeiten in der Kongruenz der erlebten Empfindungen mit den wiederbewußtwerdenden Vorstellungen werden ausgeschaltet (Gedächtnistreue). Von den bei der Aussage der Kinder stets zu berücksichtigenden „physiologischen“ Erinnerungstäuschungen sehe ich dabei natürlich ab.

Allmählich subsummiert das Kind einfache, individuell erworbene Vorstellungen allgemeinen dadurch, daß es Übereinstimmungen und Unterschiede und sonstige Beziehungen gesetzmäßiger Art (nach Ursache und Wirkung, Zahl und Wert, Raum und Zeit) erkennt. Wenn es spricht, so denkt es. Es zergliedert die in der Wahrnehmung gegebenen Gesamtvorstellungen in ihre begrifflichen Bestandteile. Es bleibt in seinen Vorstellungsoperationen nie bei einer bloßen Wortvorstellung stehen, sondern erhebt das Erinnerungsbild zum Begriff, indem es sich über seinen Inhalt durch die Vergegenwärtigung seiner Merkmale (Gegenstand und Eigenschaft, Gegenstand und Handlung) und seiner Beziehungen zur Außenwelt und dem eigenen Ich Rechenschaft ablegt.

Wichtig ist bei jedem Kinde die Fähigkeit, zu urteilen und von einem Urteil durch logisches Schließen neue Urteile abzuleiten. Man spürt bei ihm die „Wirksamkeit der logischen Kausalität“ (L. Strümpell). Ohne besondere Unterweisung erwirbt es sich dadurch ein „Erfahrungswissen“, durch das es aus der beschränkten Betrachtung des Einzelfalles herausgehoben wird.

Später entstandene Vorstellungen wirken auf früher erworbene. So lernt das Kind durch Erfahrung urteilend „verstehen“ und verwertet seine Erfahrungen für gegenwärtige Wahrnehmungen und zukünftiges Handeln. Durch urteilendes Vergleichen von Beziehungen und Abhängigkeiten verschiedener Vorstellungsinhalte kommt es zum reinen „Denkwissen“.

Eine besondere Form des Denkens ist die Phantasie. Sie ist ein wertvoller Maßstab für den Vorstellungsschatz und die intellektuelle Reksamkeit eines Kindes, insofern als die Phantasievorstellungen nicht einfach reproduzierte Erinnerungsbilder, sondern selbständige seelische Produkte sind, die nach einem bestimmten Plan von dem Kinde aus dem Rohmateriale seiner Vorstellungen willkürlich herausgearbeitet werden. An der gesunden produktiven Phantasie ist außerdem das Urteil als richtunggebender Faktor nie zu vermissen. Am deutlichsten zeigt sie sich in der selbstgewählten Beschäftigung und im Spiele. Beides spielt im Leben des normalen Kindes eine wichtige Rolle. Durch Bilder, Gegenstände und Erlebnisse wird es zur kombinierenden Schöpfung neuer Situationen angeregt, in deren Mittelpunkt es sich meist selbst handelnd stellt. Die scheidende Erkenntnis zwischen Dichtung und Wahrheit geht dabei dem normalen Kinde nie verloren. Das normale Kind lernt auch im Spiele: den Gebrauch der mannigfachsten Gegenstände des alltäglichen Lebens, die umgebende Natur, die Reaktion auf Wirkungen der Außenwelt (Schlagfertigkeit, Geistesgegenwart), Ursache und Wirkung. K. Groos nennt das Spiel die natürliche Selbstausbildung des Kindes und seine Würdigung als Vorbereitung für das spätere Leben gipfelt in dem scheinbar paradoxen Satze: „Wir spielen nicht, weil wir jung sind, sondern wir haben eine Jugend, damit wir spielen können.“

Endlich ist noch das Gefühlsleben des Kindes zu berücksichtigen. Unsere Empfindungen sind von Gefühlstönen begleitet, die die subjektive Reaktion des Bewußtseins auf Eindrücke darstellen (Wundt) und im wesentlichen Lust oder Unlust bedeuten. Der Gefühlston knüpft sich nicht nur an die Empfindung, sondern auch an ihr Erinnerungsbild, die Vorstellung. Über beide, den sensorischen und intellektuellen Gefühlston verfügt das Kind. Noch mehr! Nicht nur die eigenen Empfindungen und Vorstellungen bekommen ein Gefühlsvorzeichen, es schließt aus

den Wohl- und Wehgefühlen, die mit bestimmten Veränderungen, Erfahrungen und Handlungen der eigenen Person verknüpft sind, auf ähnliche Gefühle bei anderen. Die Vorstellung des Gefühlston, der in einem konkreten Falle beim eigenen Ich auftreten würde, beeinflußt das Verhalten des Kindes dem Mitmenschen gegenüber. Es lernt bestimmte Handlungen, die von einem positiven Gefühlston begleitet sind, als „gut“ bezeichnen und umgekehrt und richtet nach dem Urteil, welche Gefühle eine Handlung beim Ich hervorrufen würde, sein Handeln gegen andere ein. Diese ethischen Gefühle und ihre Wirkung auf unser Denken und Handeln (das Gewissen) fehlen bei keinem normalen Kinde. Sie sind es, die dem erzieherischen „Du sollst“ und „Du darfst nicht“ die Basis verleihen (Ziehen).

Landläufig hat die Symptomatologie einer Erkrankung mit der Beschreibung ihres Kernsymptoms zu beginnen, beim Schwachsinn also mit dem Intelligenzdefekt. Dabei zwingen mich aber zwei Gründe zu einem Umweg: einmal kann von einer Feststellung der Intelligenz mittelst bestimmter Prüfungsmethoden erst von einem gewissen Alter an die Rede sein, so daß man sich eher auf einen klinischen Gesamteindruck bei der Diagnose stützen muß; zum anderen müssen wir uns über die Methodik der Intelligenzprüfung, ihre Anwendbarkeit und Mängel klar werden.

Längst bevor eine komplizierte psychologische Prüfung oder der Prüfstein des Schulunterrichts die Minderwertigkeit eines Kindes dartun, kann der Arzt die für die schwere angeborene geistige Entwicklungsstörung charakteristischen Merkmale bei ihm feststellen. Das Material dazu kann ihm jede einsichtige Mutter liefern. Die leichteren Grade werden freilich erst viel später — und oft dann nicht einmal — kundwerden. Folgende Anzeichen sind im frühesten Kindesalter von ominöser Bedeutung: Die kleinen Kinder zeigen eine große körperliche Unruhe, schreien viel und scheinbar unmotiviert, auch wenn sie nach menschlicher Berechnung satt sind. Sie stellen sich beim Saugen an der Mutterbrust oder an der Flasche sehr ungeschickt an. Bei anderen fällt eine unheimliche Unbeweglichkeit oder Ruhe auf, eine Leere im Gesichtsausdruck und Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Die Eltern warten vergeblich auf das erste Kindeslächeln; sie bemerken, daß das Kind nicht fixiert und sein Blick nur unstedt hin- und herirrt. Wir hören von abnormer Kopfgröße in den

ersten Lebensmonaten, die sich erst allmählich etwas „ausglich“, von Kinderkrämpfen, „Gichterchen“ usw. Das Kind lernt spät den Kopf halten, sitzen, stehen und gehen. Mit dem Sprechen geht es nicht voran. Im 3. Lebensjahr sprechen diese Kinder noch nichts und der Abschluß der Sprachentwicklung verzögert sich weit über das Ende des 4. Lebensjahres hinaus. Schweres Wort- und Satzstammeln bleibt bis ins schulpflichtige Alter. Solche Kinder sind schwer zur Sauberkeit zu erziehen. „Es hat nie ordentlich gespielt, sondern alles zerrissen“, sagen die Eltern. Solche Kinder fragen nicht, weil ihnen nichts auffällt, oder sie sind Fragekästen, bei denen nicht das Interesse die Triebfeder ist, sondern die jeglicher Konzentration bare Ansprechbarkeit der Aufmerksamkeit durch jeden Sinneseindruck. Sie unterscheiden nichts, wahllos wird alles in den Mund gesteckt. Sie lernen die Farben und die Zahl der Dinge spät und ungenügend unterscheiden. Das Sättigungsgefühl wird oft vermißt. Der Sinn für Ordnung und Einteilung bleibt aus oder bekommt einen pedantischen Beigeschmack. Das Gedächtnis ist schlecht; manchmal lassen sich die Eltern durch die „Verschen“ täuschen, die das Kind auswendig lernt und herplappert. Die manuelle Geschicklichkeit ist gering, der Gang plump, die Körperhaltung schlecht. Allein beschäftigen kann sich so ein Kind nicht, unruhig läuft es von einem zum andern, greift nach diesem und jenem, um es bald wieder beiseite zu werfen. Auf Ermahnungen reagiert es mit brüllendem Weinen oder Zornaffekten. Allerhand Unschönheiten treten auf: Nägelkauen, Haarezupfen, Nasenbohren, Masturbation. Schläge nützen gar nichts; das Verständnis für Belohnung und Strafe erwacht nicht; ethische Defekte (Trotz, hinterlistige Bosheit, Schadenfreude, verständnislose Tierquälerei) stellen sich ein. Die Eltern haben über eine mangelnde Anhänglichkeit zu klagen. Dazu kommen noch häufig Symptome, die auf zerebrale Herdläsionen hindeuten (Schielen, Augenzittern, Linkshändigkeit), nicht zu vergessen das Heer der Stigmata der psychopathischen Konstitution, die sich ungemein oft mit angeborenem Schwachsinn kombiniert.

Aber einen Fehler bitte ich zu vermeiden. Der Mensch ist kein physiologisches Schema und Kinder entwickeln sich verschieden. Da gibt es solche, die rasch in die Blüte kommen und solche, die nicht aus der Knospe wollen. Da gibt es Schübe und Stillstände und die Jahre bringen den Ausgleich von Unebenheiten

in der geistigen Entwicklung, die zur Sorge Veranlassung gaben. Besonders die Sprache ist sehr variabel. Oft können die Sprachwerkzeuge dem Ablauf der Gedanken nicht folgen und es kommt ein Kauderwelsch zutage, über den das Kind selbst verstimmt — verstummt. Man soll die Entwicklung des Kindes nicht ängstlich an der Hand von Preyers „Seele des Kindes“ kontrollieren oder wenigstens sich nicht verblüffen lassen, wenn sich nicht alles auf den Monat reimt.

Eine eigentliche Intelligenzprüfung¹⁾ kann nur bei älteren, namentlich schulpflichtigen Kindern stattfinden. Eine praktische und sehr einfache Methode, die von normalpsychologischen und -physiologischen Gesichtspunkten ausgehend eine Prüfung der Grundlage der Intelligenz (Sinnesorgane, Formensinn usw.) anstrebt, ist der von Weygandt zusammengestellte „Schwachsinn-Prüfungskasten“, der eine Kollektion von Prüfungsgegenständen enthält, mit denen man die rein optische Auffassung (Löffel, Tasse, Körbchen, Attrappen von Apfel, Wurst, Frosch), die optisch-taktilen Eindrücke (Bürste, Schwamm), die akustischen (Klingel, Pfeife), die Hantierungsfähigkeit (Schloß mit Schlüssel), die Geschicklichkeit (Ball, Kreisel), die Affekterregbarkeit (beweglicher Käfer, Überraschungskästchen) usw. prüft.

Die Zweckmäßigkeit der Intelligenzprüfungsmethoden zu erörtern, ist hier nicht der Ort [Heilbronner²⁾, Jaspers³⁾ Schneider⁴⁾]. Wir wollen uns im folgenden hauptsächlich an die praktischen Vorschriften von Ziehen⁵⁾ halten. Bei jeder Intelligenzprüfung müssen die Fragen auf Herkunft, Art der Schulbildung, Lebensalter, Stimmung, Befangenheit, Aufmerksamkeit und Ermüdung Rücksicht

¹⁾ Eine umfassende Darstellung gibt das „Handbuch psychologischer Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik“ von O. Lipmann, Leipzig, J. A. Barth, 1922. Hier finden sich auch erschöpfende Literaturangaben.

²⁾ Heilbronner, Zur klinisch-psychologischen Untersuchungstechnik. Monatschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 17. 1905.

³⁾ Jaspers, Die Methoden der Intelligenzprüfung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. 1. 1910.

⁴⁾ Schneider, Über einige klinisch-psychologische Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. 8. 1912.

⁵⁾ Ziehen, Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung 4. Aufl. Berlin 1918. S. Karger.

nehmen. Jedes Schema¹⁾ ist individuell und sinngemäß zu verwenden. Die Prüfung umfaßt:

I. Den Vorstellungsschatz. Hier sind festzustellen die Farben-, Formen-, Raum-, Zeit- und Zahlvorstellungen. Man prüft damit die Seite des Gedächtnisses, die man als „Retention“ bezeichnet und die bis zu gewissem Grade mit dem sogenannten Schulwissen zusammenfällt. Auch die Bild- und Objekterkennung gehört hierher. Das Erfahrungswissen dagegen prüft man durch Fragen folgender Art: wie sieht eine Briefmarke, ein Postkasten, ein Schutzmann, eine Rose, ein Pferd aus? Wann fällt der Schnee, wann scheint der Mond? Was kostet eine Semmel, eine Flasche Bier, ein Billett der elektrischen Straßenbahn?

II. Die Vorstellungsentwicklung (assoziative Tätigkeit). Hier handelt es sich um die Fähigkeit zur

1. Generalisation: Rose, Veilchen, Nelke — 1 Wort?
2. Spezifikation: nenne mir Möbel!
3. Exemplifikation: nenne mir ein Beispiel von Dankbarkeit!
4. Differenzierung: Was für ein Unterschied ist zwischen Korb und Kiste, Treppe und Leiter, Teich und Bach, Kind und Zwerg, Borgen und Schenken, Irrtum und Lüge usw.?

¹⁾ Auf die von Binet und Simon ausgearbeiteten Grundlagen für eine zahlenmäßige Bestimmung der geistigen Leistungsfähigkeit auf den Altersstufen zwischen 3 und etwa 12 Jahren kann hier nicht eingegangen werden. Die Prüfungen mit den Binet-Simonschen „tests“ und ihre Anwendung auf die Praxis setzen große Erfahrung voraus. Ich verweise zur Orientierung auf:

Binet et Simon, *Le développement de l'intelligence chez les enfants*, L'année psychologique. Bd. XV. 1908.

Bobertag, *Über Intelligenzprüfungen* (nach der Methode von Binet und Simon). Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. V und VI, 1911 und 1912.

Bloch und Preiß, *Über Intelligenzprüfungen an normalen Volksschulkindern nach Bobertag* (Methode von Binet und Simon). Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. VI, 1912.

Stern, *Die psychol. Methoden der Intelligenzprüfung und deren Anwendung an Schulkindern*. Leipzig 1912.

Bloch, *Die Intelligenzprüfung nach der Methode von Binet und Simon*. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandl. des jugendl. Schwachsinns. Bd. VII.

Bloch, *Intelligenzprüfungen an Hilfsschulkindern nach der Methode von Binet und Simon*. Zeitschr. f. Kinderforschung. Bd. 20, 1915.

III. Die Merkfähigkeit, d. h. die Retentionsfähigkeit für neue Gedächtniseindrücke. Man fragt nach den jüngsten Erlebnissen (Gang zum Arzt!), gibt Aufträge, läßt Zahlen nachsagen, eine Figur nachzeichnen.

IV. Das Kombinationsvermögen. Hier handelt es sich nicht um die Reproduktion, sondern um die Neuproduktion von psychischen Komplexen. Man prüft es durch Legespiele, einfache Gleichungen, durch die Erklärung eines Bilderbogens. Bekannte Methoden sind ferner die Ergänzungsmethode von Heilbronner: eine Anzahl von Zeichnungen einfacher Gegenstände in langsam zunehmender Detaillierung (Haus, Fisch, Gießkanne, Blumentopf, Veloziped) soll in verschiedenen Stadien der Unfertigkeit erkannt werden. Die Ergänzungsmethode von Ebbinghaus verlangt die Ergänzung absichtlicher Silben- und Buchstaben-auslassungen in einer Erzählung, die von Masselon die sinnvolle Ergänzung mehrerer Wörter zu einem Satz (Jäger—Feld—Hasen), die Reproduktionsmethode die Wiedergabe kleiner, vorgelesener Erzählungen, Fabeln oder Anekdoten, die Sprichwörtermethode die Erklärung der Nutzenanwendung einfacher Sprichwörter.

V. Die Ideenassoziation. Man prüft sie durch Zurufen eines Reizwortes, auf das der Prüfling mit dem erstbesten Wort reagieren soll, das ihm einfällt. Die Reaktionswörter werden notiert, und eventuell die Reaktionszeit mittelst Chronoskop oder Fünftelsekundenuhr bestimmt. Wir gewinnen dadurch einen Einblick in die feineren Details und Gesetzmäßigkeiten des Vorstellungsablaufs und seine qualitativen und quantitativen Unterschiede gegenüber den Assoziationsprozessen der Normalen.

VI. Die Aufmerksamkeit. Daß sie eigentlich die Basis ist, auf der die Intelligenzprüfung ruht, habe ich vorher schon angedeutet. Man prüft sie mittelst der Bourdonschen Probe (Unterstreichen aller e und n in einem gedruckten oder geschriebenen sinnlosen Text). Eine einfachere Methode ist die Bildbeschreibung: man läßt ein Bild 10—20 Sekunden betrachten und dann aus dem Gedächtnis beschreiben.

VII. Die Gefühlstöne. Die Prüfung der Fähigkeit der „Einfühlung“ in moralischer und sozialer Beziehung ist unerlässlich. Hermann¹⁾ prüft mittelst Bilder, die einen gefühlsstarken Inhalt

¹⁾ Hermann, Zur Frage der Prüfung des Besitzstandes an moralischen Begriffen und Gefühlen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 3.

besitzen, den das Kind erfassen soll (naschendes Kind, das Entdeckung fürchtet; Kind am Krankenbett der Mutter; Schiffersfrau mit dem Kind auf dem Arm am Meeresstrand bei Sturm usw.).

VIII. Die Handlungen und Willensäußerungen. Diese Beobachtung gehört zur Vervollständigung des psychischen Status und hat auf psychisch bedingte Störungen der Bewegung und Haltung Rücksicht zu nehmen (katatone Symptome, Stereotypien in Handlungen und Sprache, Grimassen und Manieren, Negativismen).

Unter den verschiedenen Graden des angeborenen Schwachsinn des Kindesalters weicht die Idiotie in allen Stücken so enorm weit von den Richtlinien normaler Intelligenz ab, daß es zweckmäßig ist, ihre Schilderung gleich vorwegzunehmen. Sie zeigt schon auf dem Gebiete der Sinnesempfindungen schwere Abnormitäten. Zunächst kommen bei Idioten Hördefekte vor, die eine vollständige Verkümmern der Sprache zur Folge haben (taubstumme Idioten). Die Schmerzempfindlichkeit ist oft bedeutend herabgesetzt. Große Schmerzreize (ärztliche Eingriffe, Verletzungen) lassen sie vollkommen gleichgültig. Ja man begegnet vereinzelt Fällen, wo Idioten sich in stumpfsinnig-mechanischer Weise ohne Schmerzáußerung Selbstverletzungen beibringen. Manche zeigen Perversitäten des Geruchs und Geschmacks. Ganz abgesehen davon, daß tiefstehende Idioten in ihrer unersättlichen Freßgier alles in den Mund stecken, dessen sie habhaft werden können, Straßenschmutz, ja selbst ihren eigenen Kot, man sieht auch, daß Beschnüffelung der Exkremente und urinöser oder schweißiger Wäsche Lustgefühle erregt. Ob dabei dunkle sexuelle Momente mitspielen, ist mindestens zu erwägen. Eine Perversität des Geschmacks kann ich aus eigener Erfahrung von einer 5jährigen Idiotin berichten, die mit Vorliebe an Seifenstücken lutschte. Von Waren Tay und Sachs zuerst, später von Kingdon sind merkwürdige Fälle von Idiotie beschrieben worden, bei denen sich infolge von einer progressiven Erkrankung verschiedener Abschnitte des Sehapparates (Netzhaut, Sehnerv, intrazerebrale Sehbahn, okzipitale Sehphäre) totale oder fast totale Erblindung mit Verblödung vergesellschaftete. Diese sog. amaurotische Idiotie tritt gerne bei mehreren Kindern derselben Familie auf und soll jüdische bevorzugen. Neben einer fortschreitenden Schwäche der Körpermuskulatur bemerkt man schon in den ersten Lebensmonaten

oder -jahren, daß der Blick des Kindes nicht fixiert, sondern abirrt. Die Augenspiegelung ergibt im Augenhintergrunde in der Gegend der Macula lutea einen runden bläulich-weißen Fleck mit einem rötlichen Zentrum. Zunehmende Erblindung und Verblödung halten gleichen Schritt. Die Schwäche der Extremitäten artet in eine völlige Lähmung diplegischer Art aus. Bald ist die Lähmung schlaff, bald spastisch. Das Wachstum bleibt stehen. Unter Verdauungsstörungen und Marasmus tritt der Tod ein (am Schlusse des 2. oder 3. Lebensjahres). Seltener werden auch völlige Geruchlosigkeit und Taubheit dabei beobachtet. Von dieser infantilen Form ist eine juvenile abgetrennt worden (Spielmeier-Vogt). Ihre Symptome decken sich fast mit den vorigen: epileptische Anfälle, rasche Verblödung, fortschreitende Sehschwäche, Abnahme der motorischen Funktionen bis zur kompletten (schlaffen oder spastischen) Lähmung. Die juvenile Form beginnt im 4.—16. Lebensjahre. Eine Rassedisposition liegt bei ihr nicht vor. Sie ist aber im Gegensatz zu der rein familiären infantilen Form heredo-familiär. Die von Higier früher als familiäre zerebrale Diplegie, von Freud als kongenitale familiäre Diplegie und von Pelizaeus als familiäre Herdsklerose beschriebenen Fälle gehören wohl hierher oder wenigstens in die Nähe der besprochenen Erkrankung, ebenso auch die später von Merzbacher beschriebene *Aplasia axialis extracorticalis congenita*. Während aber bei dieser letzten Form die Zellen intakt gefunden werden und nur eine angeborene Aplasie der extrakortikalen Achsenzylinder und Markscheiden vorliegt, kommt es bei der frühinfantilen Form zu einer schweren zellulären Erkrankung der Großhirnrinde.

Die amaurotische Idiotie hat in der Idiotieforschung insoferne Bedeutung, als es gelungen ist, das gemeinsame klinische Krankheitsbild auf einen einheitlichen anatomischen Befund zurückzuführen. Die Nervenzellen des ganzen Systems sind pathologisch verändert. Die Ganglienzellen zeigen eine eigentümliche Aufblähung des Zelleibes in Ampullenform. Die Neurofibrillen werden aufgelockert und auseinandergedrängt durch eine Volumenzunahme des Zellplasmas; allmählich werden sie ganz aufgesplittert und zerfallen in eine Masse feiner Körner. Die Zellfortsätze bleiben intakt. Die körnige Substanz, die oft pigmenthaltig ist, entwickelt sich häufig an der Peripherie, aber auch in der Nähe des Kerns und füllt den ganzen ampullenförmig erweiterten Zelleib aus, so daß die Fibrillen gegen die Peripherie gedrängt werden. Diese Ganglienzellenerkrankung ist am stärksten in der Großhirnrinde. Daneben bestehen noch bekannte sklerotische Prozesse und deutliche Anzeichen von Zelluntergang (sog. Zellschatten). Die Projektions-

faserung ist intakt, die Markscheiden- und Achsenzylinderbildung normal (Schaffer¹⁾, Spielmeyer²⁾).

Das idiotische Kind verfügt nur über einen geringen Vorstellungsschatz. Die Möglichkeit eines geordneten Erwerbs von Erinnerungsbildern ist hochgradig beschränkt. Die Einstellung der aktiven Aufmerksamkeit auf Vorgänge der Außenwelt fehlt fast ganz. In vielen Fällen wird selbst durch starke Sinnesreize nicht einmal die passive Aufmerksamkeit erregt. Stumpfes Hinbrüten ohne die geringste Anteilnahme für die Umgebung und reflexartige Reaktionen auf äußere Anreize charakterisieren die apathischen (anergischen) Formen der Idiotie. Bei den versatilen, erregten Idioten zieht jeder Sinneseindruck die Aufmerksamkeit an, und die Psyche folgt wahl- und planlos den wechselnden Eindrücken der Umgebung. Das Gedächtnis ist leistungsunfähig, und so vermissen wir bei vielen Idioten die einfachsten individuellen Vorstellungen. Sie erkennen Eltern und Geschwister kaum aus den Fremden heraus, lernen die Verwendung der alltäglichen Gebrauchsgegenstände nicht, nicht sich anzukleiden oder ordentlich zu essen. Es gelingt der größten erzieherischen Geschicklichkeit nicht, ihnen beizubringen, in welcher Weise sie ihre leiblichen Bedürfnisse melden sollen. Spielsachen, die andere Kinder erfreuen, verstehen sie nicht, sondern stecken sie wie Säuglinge in den Mund oder zerreißen sie. Die Sprache bleibt unentwickelt, oft nur auf einzelne Worte oder Wortreste beschränkt; das Verständigungsmittel sind lebhaft, unkoordinierte Gestikulationen, begleitet von unartikuliertem Schreien oder Quieken. Manche Idioten lernen auch das Stehen und Gehen nicht, sondern rutschen hin und her oder hocken auf einem Platze und machen automatenhafte Wackel- und Wiegebewegungen mit Kopf und Rumpf. Wenn die Geh- und Stehfähigkeit entwickelt ist, fällt die ungeordnete Unruhe auf. Keine Zielvorstellung schafft Ordnung in dem Chaos der Bewegungen. Ruhelos laufen die Kinder hin und her, betasten, was irgend einen optischen Eindruck auslöst, ohne ihn zu perzipieren, zupfen an den Haaren, saugen und schnüffeln an den

¹⁾ Schaffer, Über die Anatomie und Klinik der Tay-Sachsschen amaurotisch-familiären Idiotie mit Rücksicht auf verwandte Formen. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. III.

²⁾ Spielmeyer, Untersuchungen über familiäre amaurotische Idiotie. Jena 1908

Fingern, klatschen in die Hände, wälzen sich im Bett oder auf dem Fußboden, rücken die Möbel des Zimmers hin und her; irgend ein Ansatz zu Beschäftigung oder Spiel ist nicht zu sehen. Stuhl und Urin lassen sie meist unter sich. Triebartige Masturbation kommt vor. Das Gefühlsleben entbehrt der einfachsten Äußerungen; geordneter Affekte der Freude, der Trauer, des Kammers, der Angst ist der Idiot nicht fähig. Das Kinderlachen kennt er nicht, er schreit, brüllt oder quiekt; ruhiges Weinen ist ihm fremd. Er hofft, fürchtet und erschreckt sich nicht. Die Stimmung ist indifferent oder blöd-heiter. Hungergefühle, Stuhlgangsbeschwerden und sonstiges Mißbehagen drücken sich in wüstem Schreien, zornigem Brüllen und motorischen Entladungen (Strampeln, Beißen, Kratzen, Wälzen) aus. Neigung zu Zornausbrüchen mit blinden Gewaltakten gegen die Umgebung und zu Selbstbeschädigungen ist nicht selten. Eine Periodizität zwischen stumpfer Apathie und reizbarer Erregung ist unverkennbar. Ich kenne einen Knaben, der in seinen Erregungsphasen nicht nur gegen die Umgebung gewalttätig wurde, sondern auch alles zerriß und zertrümmerte und mit den Fäusten sein Gesicht und seine Brust bearbeitete, so daß er eine Rippe frakturierte. In der Wut versuchte er, mit dem Zeigefinger sich die Augen auszubohren. Während es nicht gelingt, ein Gefühl der Dankbarkeit zu erwecken, erzeugt strenge Behandlung bei idiotischen Kindern oft ein bösertiges, hinterlistiges und rachsüchtiges Wesen, das gelegentlich in Wutausbrüchen sich entläßt. Einseitige Neigungen sind beim Idioten bekannt. In einzelnen Fällen wirkt Musik wohlthuend auf ihn. Stundenlang kann er einem Polyphon zuhören und bricht in ein Wutgeheul aus, wenn der Musikautomat still steht. Bei Idioten, bei denen alle Versuche scheitern, einen Satz einzuprägen, der den Wunsch zur Nahrungsaufnahme oder zur Defäkation enthält, bleiben Kinderliedchen nach mehrmaligem Vorsingen genau haften. Ich war oft erstaunt, auf Gassenhauer zu stoßen, die sie in Melodie und Text richtig den Wärtern abgelauscht hatten, wo doch die erdenklichste Mühe nicht das Schriftbild eines einzigen Buchstaben oder die Zahlvorstellung 2 einzuprägen konnte. Außergewöhnliche Gedächtnisleistungen (namentlich für Zahlen, Daten und Namen) und Handfertigkeiten (Aus-schneiden, Zeichnen, Malen oder Schönschreiben) gehören zu den Seltenheiten.

Nicht so grell wie die Idiotie heben sich die Imbezillität

und die leichtesten Grade des Schwachsinn, die Debilität, von der Norm ab. Die Grenzen zwischen dieser und den ersten Anfängen der krankhaften Schwachbegabung sind gar nicht so deutlich und werden oft in vollständiger Unkenntnis der Sachlage geradezu verkannt.

Die Empfindungen sind in ihren verschiedenen Qualitäten bei der Debilität, soweit es sich nicht um zufällige Komplikationen handelt, normal. Dasselbe läßt sich auch von der Seh- und Hörschärfe, dem Geruch und dem Geschmack der Imbezillen sagen. Es werden allerdings Schwankungen in der Sinnesschärfe Imbezillier berichtet (Heller). Man muß sie als direkte Ermüdungserscheinungen auffassen. Auch feine Berührungen der Haut und der Schleimhäute werden exakt empfunden und leidlich gut lokalisiert. Wo sich Unterschiede gegen die Norm herausstellen, z. B. bei ästhesiometrischen Prüfungen, ist die Ermüdung der Aufmerksamkeit gebührend zu berücksichtigen. Bei einzelnen Imbezillen ist die Haut ausgesprochen überempfindlich für Schmerz und Berührung. Diese Überempfindlichkeit kann sich mit einer sensoriiellen Hyperästhesie (Geräuschempfindlichkeit) paaren.

Ein Hauptsymptom aller Schwachsinnigen ist eine Schwäche der Aufmerksamkeit. Manche Kinder zeigen eine deutliche Herabsetzung dieser psychischen Funktion (Aprosexie) und sind demgemäß den Eindrücken der Außenwelt gegenüber stumpf und apathisch. Sie laufen dämmerhaft, gedankenlos durch die Welt, entweder der Herde nach, oder stehen asozial der Gesellschaft anderer Kinder fern. Die meisten peripheren Reize sind wirkungslos: solche Kinder sehen den Wald vor lauter Bäumen nicht, und wenn man z. B. nach einem Spaziergang nach Begegnungen oder Erlebnissen fragt, so bleiben sie die Antwort schuldig. Nichts haftet, weil sie auf nichts „merkten“. Im Unterricht folgen diese aprosektischen Kinder nur solange, als der Lehrer das Wort an sie richtet. Im nächsten Moment schweifen sie ab, gucken vor sich hin, lassen sich von dem nebelhaften Spiel ihrer Gedanken tragen, und die Vorgänge der Klasse rauschen an ihnen vorüber, ohne ihre Aufmerksamkeit zu fesseln. Sie können nicht für zwei Sätze sich konzentrieren. Selbst bei der Betrachtung eines Objektes fixiert sich der Blick auf Geheiß des Lehrers nicht. Nur scheinbar ruht er auf dem Gegenstand, den das Kind in Händen hält, das geistige Auge irrt ins weite Leere und kommt

nicht zum Erfassen des Geschauten. Die Antipoden dieser Imbezillen sind die mit einer krankhaften Beweglichkeit der Aufmerksamkeit (Hyperprosexie). Bei ihnen mangelt auch die Konzentration, nur in etwas anderem Sinne als bei der vorigen Gruppe. Es gelingt ihnen nicht die Sammlung der geistigen Betätigung in einem Brennpunkt. Jeder neue Reiz lenkt sie ab. Sie flattern schon wieder zu einer anderen Wahrnehmung, bevor sie noch die vorhergehende richtig, klar und erschöpfend erfaßt haben. Nirgends gehen sie auf den Grund, überall bleibt es beim ersten Anschein. Die Sinneseindrücke, die nicht in besonnener Auswahl und aufmerksam perzipiert, sondern nur flüchtig und oberflächlich erfaßt werden, hinterlassen unscharfe, verschwommene Erinnerungsbilder, die entweder rasch erlöschen oder die Grundlage unfertiger und schiefer Wirklichkeitsauffassung werden. Die Ungenauigkeit der Anschauung infolge der Aufmerksamkeitschwäche vermittelt den Schwachsinnigen weder eine richtige Detailerkennntnis, noch einen Überblick über die Einzelglieder des Ganzen und seine charakteristischen Bestandteile. So lernt auch selbst der Debile nicht das Wesentliche vom Unwesentlichen unterscheiden. Die krankhafte Ablenkbarkeit ist das hauptsächlichste Hindernis für einen gedeihlichen Unterricht bei den erethischen Formen der Imbezillität und Debilität, weil sich auf dem schwanken Grund unklar erfaßter Begriffe, auch wenn sie noch so zahlreich sind, nicht weiterbauen läßt. Diese Verhältnisse muß man kennen, um vor Fehlurteilen bewahrt zu bleiben, wenn man die Intelligenz von sogenannten „geweckten“, „interessierten“ Kindern werten soll, bei denen ein umfängliches formales Gedächtnis mit Hyperprosexie und Ablenkbarkeit den Schwachsinn für den Uneingeweihten bemäntelt. Mit diesen Blendern ist auf die Dauer unterrichtlich noch weniger anzufangen, als mit „Dümmeren“, deren Aufmerksamkeit zwar schwerer weckbar, aber auch weniger ablenkbar ist.

Die Prüfung des Bestandes an Vorstellungen läßt bei schwachsinnigen Kindern einen charakteristischen Defekt erkennen, weil er um so größer wird, je mehr man von den einfachen individuellen Vorstellungen ausgehend zu den allgemeinen, zu den Vorstellungen von Zahl, Raum und Zeit, zu den Beziehungsvorstellungen und schließlich zu den abstrakten Begriffen fortschreitet.

Zur Feststellung des Vorstellungs- und Wortschatzes des schwachsinnigen Kindes ist die von Ranschburg¹⁾ eingeführte Bilderbuchmethode zweckmäßig. Er fand dabei, daß der mobile Vorstellungs- und Wortvorrat des in die Hilfsschule eintretenden Kindes, das gewöhnlich schon 1—2 Jahre in der Normal- schule war, im großen und ganzen demjenigen der normalen Kinder entspricht; doch ist die Differenzierungsfähigkeit für die ver- schiedenen einander nahestehenden Gegenstände verschiedener Be- griffsgruppen im Durchschnitt eine viel geringere als bei Normalen. So werden z. B. die verschiedensten Vierfüßler als „Hund“ be- zeichnet, Tisch gelegentlich als Stuhl. Manchmal handelt es sich dabei aber nicht um ein Fehlen der Vorstellung, sondern nur um ein erschwertes Mobilisieren der Wortvorstellung. Dasselbe Kind, das Glas, Flasche, Krug, Kanne usw. mit dem einen Worte „Flasche“ belegt, zeigt bei der Aufforderung, auf das Glas zu deuten, richtig. Die Benennungen der Farben fehlen fast vollkommen, am besten vertreten sind weiß, schwarz und rot. Von den Beziehungsworten sind vor und hinter am seltensten. Im Vergleich zu den normalen Kindern ergab sich bei der Benennung und Erkennung von 200 Bildern: das schwächste normale Kind hatte 72,5% richtig benannt, wogegen die 3 schwächsten Hilfsschüler (7—9 Jahre alt) weniger als 30% richtig benannt hatten. Ein gutbegabtes $3\frac{3}{4}$ Jahre altes, normales Kind ergab mit demselben Material 90,5% richtige Benennungen! Die Prozentzahl der nicht benannten, aber richtig umschriebenen Begriffe beträgt bei den normalen Kindern durch- schnittlich 3,05%, bei den Schwachbefähigten 6,55%, also das Doppelte; bei den Normalen ist das Maximum 5,5%, bei den Schwachbefähigten 18%. Die Zahl der weder benannten, noch auch des näheren erkannten Begriffe betrug bei 30% der Normalen 10—18%, bei den übrigen 70% der normalen Schüler weniger als 10%; bei den Schwachbefähigten belief sich die Zahl der überhaupt nicht bekannten Begriffe bei 83% der Schüler auf 11,5—54% des geprüften Materials und betrug bloß bei 17% der Schüler 4,5—9,5%. Den Mangel selbst der meisten Individual- vorstellungen haben wir beim Idioten konstatiert. Die Imbezillen verfügen davon über eine große Zahl. Sie finden sich in ihrer Häuslichkeit und auf der Straße zurecht, gebrauchen sinngemäß

¹⁾ Ranschburg, „Vorstellungs- und Wortschatz bei Schwachsinnigen“. Encyklopäd. Handb. der Heilpädagogik. Halle, Marhold, 1911.

ihre Kleidungsstücke und Nutzgegenstände, bezeichnen vorgehaltene Objekte ihrer Umgebung richtig und unterscheiden fremde und bekannte Gesichter. Den ersten Lücken begegnen wir bei den Allgemeinvorstellungen, z. B. bei den Farbenbegriffen. Besonders häufig werden grün, braun, grau und blau verwechselt (Ziehen). Die Raumvorstellungen (hoch, tief, lang, kurz, oben, unten, rechts und links) werden merkwürdig schwer begriffen und die Zahlenvorstellungen haben beim Imbezillen meist mit der 10 ein Ende. Daran ändert die Tatsache nichts, daß er mechanisch bis hundert oder noch weiter zählt oder das Einmaleins auswendig lernt, da er gewöhnlich mit diesen Zahlwörtern, keine Zahlvorstellung, im Sinne eines Wertsymbols, verknüpft. Der Imbezille begreift die Einteilung des Tages in Stunden nicht; der geheimnisvolle Zahlenkreis des Zifferblattes der Uhr ist ihm unfaßlich. Die Begriffe der Vergangenheit und Zukunft erschöpft er mit gestern oder früher und morgen. Die Zusammenfassung einfacher Vorstellungen zu Allgemeinvorstellungen (Rose, Nelke, Veilchen — Blume; Blitz, Donner, Regen — Gewitter) gelingt nur in beschränktem Maße und manche Beziehungen wie gleich, ähnlich, mehr, weniger, vor allem Ursache und Wirkung bleiben dem Imbezillen dauernd fremd. Beim leichtesten Schwachsinn, der Debität, ist der Mangel an Vorstellungen nicht so offenkundig. Bei ihr beginnt der Defekt erst auf dem Gebiete der komplexen (abstrakten) Vorstellungen wie gut, schlecht, dankbar, Pflicht, Eigentum, Neid. Der Debile kennt und gebraucht zwar die Worte, ihr Inhalt und Begriff ist ihm fremd.

Damit kommen wir auf einen enorm wichtigen Punkt intellektueller Schwäche bei unseren Kindern. Man muß bei Intelligenzprüfungen streng scheiden zwischen dem Besitz an Wortvorstellungen und den dazu gehörigen Begriffen. Das Bedürfnis der Verknüpfung von Wort und Sache, die Erhebung der Wortvorstellung zu einem Begriff konkreten Inhaltes habe ich Ihnen als eine Haupteigenschaft intellektueller Integrität beim Kinde genannt. Bei vielen Schwachsinnigen dominiert das leere Wort ohne klaren, realen Untergrund. Bei ihnen denkt die Sprache nicht. Sie leben zwar in einer Welt von schönen Worten; aber die Dinge, die die Worte bezeichnen, kennen sie nicht, gehen an ihnen achtlos vorüber und stoßen auf sie, wie auf etwas Fremdes, wenn man sie darauf aufmerksam macht. Sie

lernen fleißig z. B. die Beschreibung einer Blume aus einem Buche, gibt man ihnen aber diese Blume in die Hand, so erkennen sie sie nach den verbaliter wohlbekannten Charakteren nicht. In diesem Verhalten liegt ein strikter Unterschied gegenüber dem normalen Kinde. Wissen wir doch durch das psychologische Experiment (Ziehen, Meumann), daß bei der Ideenassoziation des Kindes Individualvorstellungen ganz bedeutend überwiegen. Dies ist psychologisch und pädagogisch von ungeheurer Bedeutung. Je länger das Kind in den Jahren seiner Entwicklung bei den konkreten Individualvorstellungen bleibt, einen umso größeren Vorrat von Anschauungsvorstellungen erwirbt es und umso besser und schärfer werden später die abstrakten Wortbedeutungen bei ihm sein (Meumann). Die verbalistische Denkrichtung stempelt die schwachsinnigen Kinder immer zu unpraktischen und unselbständigen Individuen. Sie schließt jegliche Erkenntnis gegenseitiger Objektbeziehungen, von Ursache und Wirkung, Eigenschaft und Zweck, Ding und Wert, aus und hat außerdem zur Folge, daß die inhaltsleere Wortvorstellung ohne die geringste Rückwirkung auf das eigene Ich bleibt. Die Unfähigkeit, Beziehungen zu konstruieren zwischen Wort und Sache, zeigt sich am deutlichsten in der beinahe absoluten Unmöglichkeit, gewissen schwachsinnigen Kindern den Wertbegriff der Zahl beizubringen. Sie rechnen mit reinen Zahlen leidlich gut, sie merken sich auch einzelne Geldstücke, aber sie lernen niemals kaufen, weil ihnen die Beziehung des Geldwertes zum Kaufobjekt dauernd unklar bleibt. Sie begreifen nicht, daß 5 einzelne Pfennige weniger wert sind als 1 Zehnpfennigstück. „5 ist doch mehr als 1“ Reizvoll ist für die verbalistischen Schwachsinnigen der Wortklang des Reimes. Sie dichten manchmal sogar ganz niedlich. Sie besingen den Frühling, die lachende Sonne, den silbernen Mond. Sie sehen aber niemals nach dem Himmel und es ist ihnen gleichgültig, ob sie die Frühlingssonne wärmt oder der geheizte Ofen (Landmann).

Die äußerst wichtige Funktion des Gedächtnisses und sein Vergleich bei Voll- und Schwachsinnigen ist namentlich von Ranschburg¹⁾ experimentell-psychologisch untersucht worden.

¹⁾ Ranschburg, Artikel „Gedächtnis“ im Encyklopädi. Handb. d. Heilpädagogik.

Die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses ist beim Schwachsinnigen eine in jeder Beziehung minderwertige, auch was die Konservierungsfähigkeit der dem Bewußtsein einverlebten Inhalte (Behalten) und die willkürliche Reproduktion der erinnerungsfähigen Inhalte betrifft. Mittelst seiner „Wortpaarmethode“ (Einprägung von Gruppen aus je 3, 6 oder 9 Wortpaaren aus sinngemäßen Assoziationen, z. B. Dach—Ziegel, Gold—Silber, Glas—Wasser, Staub—Straße) fand er, daß der unmittelbare Gedächtnisumfang (Auffassung) der Schwachbefähigten um ungefähr 20% geringer ist als der der Normalen. Bei der Prüfung der Konservierungsfähigkeit (Behalten auf längere Zwischenzeiten) ergab sich nach 24 Stunden bei den Normalen als Gruppenmittel (bei 58 Schülern) 94,1%, bei den Schwachbefähigten 76% der unmittelbaren Reproduzierbarkeit. Im Durchschnitt wurde daher von den Normalen nach 24 Stunden fast alles, was nach 6 Sekunden reproduzierbar gewesen war, von neuem richtig erinnert — bloß 5,9% gingen verloren — während bei den Schwachsinnigen 25% nicht mehr reproduzierbar geworden waren. Bei den Normalen war der Gedächtnisumfang nach 24 Stunden größer als bei der ersten, sofort nach dem Erlernen erfolgten Ausfragung, bei den Schwachsinnigen ohne Ausnahme geringer. Aus der Größe der Umfangsleistung, d. h. der Trefferzahl des unmittelbaren Wortgedächtnisses kann auf den Grad des Schwachsinnes nur insofern geschlossen werden, als sehr geringe Werte eine bessere Intelligenz fast durchweg auszuschließen scheinen und ebenso unter den größeren Werten eine sehr minderwertige selten vorkommt. Dagegen kann aus der mehr oder weniger großen konservierenden Fähigkeit des Gedächtnisses kein Schluß auf den Grad der geistigen Schwäche gezogen werden, da ein fast unverändertes Weiterbestehen der Anfangsleistung bis zur wiederholten Prüfung nach 24 Stunden auch bei den tiefsten Graden der Schwachbefähigung, am häufigsten aber bei den mittleren Graden vorkommt. Die Raschheit des unmittelbaren Erinnerns ist bei den Schwachbefähigten um 20% geringer als bei den Normalen (normal: kürzester Wert 1,2, längster 3,1 Sekunden; schwachsinnig: kürzester Wert 1,6, längster 7,1 Sekunden). Dagegen hat sich die interessante Tatsache herausgestellt, daß das Erinnern nach 24 Stunden ein langsames ist als bei der Prüfung unmittelbar nach der Einprägung, und zwar bei den Normalen häufiger als bei den Schwachbegabten.

Längst vor diesen experimentell-psychologischen Untersuchungen hat die Praxis die wichtigsten Schwächen des Gedächtnisses bei schwachsinnigen Kindern aufgedeckt. Bei manchen ist die Merkfähigkeit so schlecht, daß sie kaum zwei Sätze richtig nachsprechen können. Andere merken zwar für den Augenblick, aber die Erinnerungsbilder gehen so rasch verloren, daß der Erwerb von Schulkenntnissen kaum möglich ist. Bei einem nicht geringen Prozentsatz der mittleren und leichten Schwachsinngrade ist das „mechanische“ oder rein „formale“ Gedächtnis sogar gut. Sie lernen Gedichte, biblische Geschichten, Liedchen, das Einmal-eins gut auswendig, behalten es für alle Zeiten, und reproduzieren es auf Verlangen mit phonographischer Treue. Auch für Erlebnisse, Örtlichkeiten usw. ist das Gedächtnis unheimlich gut; es funktioniert da wie ein Klappenschrank: wenn ein Sinneseindruck eine assoziative Kette anregt, läuft sie jedesmal mechanisch ab. Man vermißt das sogenannte logische Gedächtnis, das allein ermöglicht mit dem Gedächtnisstoff zu operieren, das neue Erfahrungen alten subsumiert, so daß neuer Erwerb und alter im Wissen und Erleben gegenseitig regulierend aufeinander wirken. Aus diesem Mangel an logischem Gedächtnis erklärt sich die traurige Tatsache, daß der Schwachsinnige dieselben Fehler immer wieder macht und nie durch Schaden klug wird.

Bei den leichteren Fällen der Imbezillität und bei der Debilität leidet namentlich die Gedächtnistreue. Daran ist hauptsächlich die mangelhafte Aufmerksamkeit bei der Aufnahme der Sinneseindrücke schuld. Wesentliche Züge des Erinnerungsbildes gehen verloren, nebensächliche werden mit urteilsloser Betonung in den Vordergrund gerückt, disparate Erinnerungen zusammengeworfen oder verwechselt, und so kommen bei der Reproduktion von Erlebnissen Zerrbilder der Wirklichkeit zustande, die an Monstrosität zunehmen, je mehr das schwachsinnige Individuum seine Erinnerungslücken durch Phantasieprodukte füllt und je weniger die Urteilsschwäche im Erinnerungsmaterial kritisch zu sichten vermag. Auf die praktische Wichtigkeit dieser Tatsachen kann nicht dringend genug hingewiesen werden. Darin liegen die Wurzeln der schwachsinnigen Konfabulation und Lüge¹⁾. Die Aussagen schwachsinniger Kinder sind mit größter Skepsis aufzunehmen.

¹⁾ H. Vogt, *Jugendl. Lügnerinnen*. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. III.

Man muß stets an die Möglichkeit der absichtlichen oder fahrlässigen Falschaussage denken. Im Gegensatz zu dem spärlichen Besitz positiven Gedächtnismaterials ist die „Phantasie“ mancher schwachsinniger Kinder bekanntlich ungemein rege. Man muß sich oft wundern, mit welchem Raffinement Kinder, die nicht den Zahlenkreis 3 beherrschen, nicht ein einfaches Geschichtchen nacherzählen oder die Pointe einer Kinderfabel erfassen können, sich eine Lügenmäre zurechtlegen, die sie mit dem unschuldigsten Gesicht der Welt an den Mann zu bringen suchen. Unter den Imbezillen finden sich nicht wenige Gedächtnishelden einseitiger Art, die mit einer verblüffenden Geschicklichkeit Zahlen, Daten, Namen, Firmenschilder merken oder über ein erstaunliches musikalisches Gedächtnis verfügen oder mit dem Bleistift einen Formenschatz beherrschen, der ihnen sprachlich vollkommen abgeht. Ich kenne einen Knaben mit ausgeprägter Imbezillität, der jeden Ton, mag er auf dem Klavier, auf der Geige, dem Harmonium oder durch Gesang angegeben werden, sofort sicher bezeichnet. Er vermag jeden gewünschten Ton richtig zu singen. Ein schwieriges Lied von Brahms, das er einmal hörte, konnte er nach 4 Monaten der Melodie nach noch richtig singen. Alle gehörten Melodien spielt er auf dem Klavier nach. Die Begleitung sucht er sich selbst. Er ist ein Musiksimpel ausgeprägten Stils. Er zeichnet am liebsten Musikinstrumente vom Klavier und der Trompete bis zum Orchestrion und Phonographen. Wo er geht und steht, an Tischen, Stühlen, Bäumen, Schränken, Fenstern ahmt er die Fingerbewegungen des Klavierspielens nach, er malt sich die Klaviatur auf Papierstreifen und spielt darauf Klavier. Er sagt sogar: „Das Harmonium schmeckt gut“. In diese Kategorie gehören die imbezillen „Rechenkünstler“, die mit respektablen Zahlen im Kopfe rechnen, und die „wandelnden Kalender“, die besser als jede schriftliche Chronik jeden auch nur einigermaßen wichtigen Jahrestag ihrer Umgebung für alle Zeiten merken. Bei den Debilen ist ein gutes Gedächtnis eine alltägliche Erscheinung. Sie blenden manchmal geradezu den Untersucher durch den großen Vorrat sogenannter positiver Kenntnisse. Sie stapeln ein umfängliches mechanisches „Schulwissen“ auf und erst die genauere Prüfung ergibt die traurige Tatsache, daß der bare Verbalismus eine deutliche Geistesschwäche verdeckt. Man lernt Kinder kennen, die mit geschichtlichen und geographischen Daten, mit fremdsprach-

lichen Vokabeln und gemünzten Redensarten geschickt um sich werfen, ohne imstande zu sein, ein Pferd oder einen Spaziergang zu beschreiben oder an der Tischplatte die Länge von 10 cm nach dem Augenmaße abzumessen oder die Umrisse eines Hauses aufs Papier zu bringen.

Bei der Prüfung der Ideenassoziation [Ranschburg¹⁾] hatsich folgendes ergeben: Der zeitliche Verlauf einfacher Assoziationsakte (elementarer Rechenfunktionen) ist bei den Schwachbefähigten bedeutend langsamer als bei Normalen. Innerhalb des Zehnerzahlenkreises ist die bei weitem leichteste Funktion die Multiplikation, dann folgt die Addition, am langsamsten verlaufen Subtraktion und Division. Bei der Untersuchung der Assoziation mittelst der Wortpaarmethode, wobei das eine Wort als Reizwort dient, ergab sich bei normalen Schülern im Alter von 7—12 Jahren eine mittlere Reproduktionszeit von 1,2—3,1", das wahrscheinliche Mittel sämtlicher geprüften Normalen ist 2"; hingegen betrug die mittlere Reproduktionsdauer bei Hilfsschülern im Alter von 9 bis 16 Jahren 1,6—7,1"; die mittlere Dauer der ganzen Gruppe 2,4". Die Dauer der assoziativen Leistung war daher bei Schwachsinnigen um durchschnittlich 20% gegenüber der Norm rückständig. Die kurzen Werte von 1,2—1,4" kommen bei ihnen überhaupt nicht vor, während die langen Werte von 3,2—7,1" auch bei den schlechtesten normalen Schülern nie notiert wurden. Ein Vergleich normaler und schwachbefähigter Schüler bezüglich der Assoziationen ergab folgende Resultate (Ranschburg):

A. Unmittelbare Assoziationen:

	Normale Prozent	Schwach- befähigte Prozent
I. Reizworte dem Sinne gemäß wirkend:		
a) innere und äußere Verwandtschaft mit Ausnahme der Wortzusammensetzungen	92,1	81,5 } 86,4
b) Wortzusammensetzungen resp. sprachliche Reminiszenzen	2,1	
} 94,2		
II. Reizworte nicht dem Sinne gemäß wirkend:		
1. Wortergänzungen:		
a) grammatikalische Änderungen durch Anhängen von Silben	0,1	1,6 } 2,5
b) Bildung eines begrifflich verwandten Wortes durch Anhängen von Suffixen	0,5	
} 0,6		

¹⁾ Ranschburg, Artikel „Assoziation“ im Encyklopäd. Handbuch d. Heilpädagogik.

	Normale Prozent	Schwach- befähigte Prozent
2. durch klangliche Verwandtschaft wirkende Reiz- worte:		
a) Reine Klang- und Reimassoziationen . . .	0,1	0,4
b) Assoziationen vermittelt durch Klang und Perseveration	0,3	1,9
	0,4	2,3
3. Reizworte nur reaktionsauslösend wirkend:		
a) Wiederholung des Reizwortes	0,2	0,1
b) Reproduktion perseverierender Reiz- u. Paar- worte	1,5	4,5
c) nicht erklärbare Assoziationen	0,3	0,6
	97,2	96,4
B. Mittelbare Assoziationen:	2,8	3,6
	100	100

Die unmittelbaren Assoziationen der Schwachsinnigen unterscheiden sich also von denen der Normalen:

1. durch die bedeutend größere Anzahl der Wortzusammensetzungen (5:2),
2. durch die bedeutend größere Zahl der Wortergänzungen (4:1),
3. durch die überwiegend sich bloß auf die klangliche Verwandtschaft stützenden Assoziationen (6:1) und durch
4. das Überwiegen der Perseverationen (3,5:1).

Schon die älteren Ziehenschen Untersuchungen zeigen gegenüber der Norm eine deutliche Verlangsamung z. B. bei der sukzessiven Assoziation (fortlaufenden Addition). Bei der freien Assoziation fiel ihm neben einer Verlangsamung in der Folge des Nennwortes auf das Reizwort die „geistige Armut“ des Schwachsinnigen durch den Mangel an „liquiden Vorstellungen“ und durch die überwiegende Beschränkung auf nächstliegende triviale Assoziationen auf. Bei normalen Kindern überwiegen nach Ziehen die „erinnerungsbestimmten“ Assoziationen, die über konkrete Erinnerungsbilder verlaufen. Die Individualvorstellungen erweisen sich fast immer „raumbestimmt“. Es besteht eine Vorliebe für die synthetische („totalisierende“) Assoziationsform (Bein — Mann). Bei Schwachsinnigen herrscht der unbestimmte Assoziationstypus vor, die „Symbolassoziation“ (Wimmer), d. h. Verknüpfungen, die nicht über konkrete Erinnerungsbilder stattfinden, sondern rein von Wort zu Wort (Verbalassoziationen, Wortergän-

zungen). Fordert man das Kind auf, auf ein ihm zugerufenes Reizwort gleich mit dem nächsten ihm einfallenden Nennwort zu antworten, so konstatiert man, wie vielfache Versuche mir bestätigten, folgendes: Logische Assoziationen, in denen das Nennwort eine logische Einordnung bedeutet (Pferd—Wirbeltier), sind bei Schwachsinnigen selten. Im Nennwort herrscht die Definitionstendenz vor und zwar sehr häufig in der Form der tautologischen Verdeutlichung. Beliebt sind ferner Zusätze des Artikels oder Umschreibungen mit „wenn“ oder Zusätze von mehr oder weniger gleichgültigen Prädikaten (Tinte—Tintenfaß, Fenster — da oben ist ein Fenster, Papier — Schreibpapier, Uhr—Weckuhr, Stadt — die Stadt, Klinik — die Klinik, Milch — die ist weiß, Regen — wenns regnet usw.). Unter den erinnerungsbestimmten Assoziationen schwachsinniger Kinder sollen die egozentrischen häufig sein (Wimmer), die synthetischen seltener als die analytischen. Schließlich ist noch das Festkleben des Kindes am Reizwort als typisch für die Assoziation des Schwachsinnigen zu erwähnen, die Perseveration: vorhergegangene Reizworte treten als Reaktionsworte auf oder ein und dasselbe Reaktionswort wiederholt sich ungebührlich oft. Sinnlose oder fehlende Reaktionen sind bei stärkeren Schwachsinnigen nicht verwunderlich. Die Fähigkeit, Vorstellungenverknüpfungen neu zu produzieren, die man als Kombination bezeichnet, zeigt bei schwachsinnigen Kindern deutliche Defekte. Man kann dies leicht durch die Ebbinghaus'sche Methode feststellen, die verlangt, daß in einem einfachen zusammenhängenden Text einzelne Silben oder Worte, die ausgelassen und durch Striche markiert sind, sinnvoll nach der durch die Striche markierten Silbenzahl ergänzt werden sollen. Ein ähnliches bezweckt man, wenn man aus einer Reihe von Worten einen Satz bilden läßt (Jäger — Feld — Hase). Am deutlichsten tritt der Kombinationsdefekt bei der durch die Tätigkeit der eigenen Phantasie bestimmten produktiven Assoziation zutage, wie sie z. B. der deutsche Aufsatz darstellt. Monotonie und Phantasiearmut, Perseverationsneigung und die gedächtnismäßige Phrase bei Mangel jeglicher plastischer Ausgestaltung der Individualvorstellungen (was die gesunde Phantasie ausmacht), sind die typischen Eigenschaften der schwachsinnigen Produkte.

Ein 18jähriger Schüler, imbezill und Zahlensimpel mit einem glänzenden Gedächtnis, der für die Marine schwärmt und Seemann

werden will, liefert z. B. über das Thema „Warum ich ein Seemann werden will“ folgenden Aufsatz:

„Früher schwärmte ich für die Eisenbahn; als ich aber aufs Land kam, dachte ich, daß die Jagd doch etwas Schöneres wäre. Aber bald gefiel mir die Jagd auch nicht mehr und ich schwärmte dann für das Militär, denn ich hatte erkannt, daß wir eine starke Armee haben müßten, um das Vaterland gegen den Feind zu verteidigen. Nun fiel mir eines Tages auch ein, daß der Kaiser gesagt hat: „Unsere Zukunft liegt auf dem Wasser!“ Mit diesem Ausspruch wollte der Kaiser beweisen, daß wir eine starke Flotte noch nötiger haben als eine starke Armee. Wenn man mit England und Amerika konkurrieren will, muß man eine starke Seemacht haben. Jetzt ist unsere Seemacht noch zu schwach und muß unbedingt verstärkt werden, weil ja unsere Zukunft davon abhängig ist. Die Zukunft gehört auch wirklich auf das Wasser, weil es dreimal so viel von der Erdoberfläche einnimmt als das Land. Das Meer ist das schönste Element und auch das Sinnbild der Ewigkeit. Weil das Meer dreiviertel von der Erdoberfläche einnimmt, darum muß eigentlich für jede Nation die Marine die Hauptsache sein. Wenn wir keine Flotte hätten, dann hätten wir auch keine Zukunft mehr und dann müßte beinahe die Hälfte des deutschen Volkes zugrunde gehen. Auch müssen wir Kolonien haben, denn das deutsche Volk nimmt jährlich um 900000 Seelen zu und deswegen brauchen wir Kolonien, damit der Überschuß dahin auswandern kann. Eine Nation, die eine Zukunft haben will, darf die Marine nicht verwerfen, sondern muß dafür stimmen, daß die Seemacht immer mehr verstärkt wird. Denn die Marine ist der Schlüssel zur Zukunft, aber ohne Marine ist keine Zukunft möglich!“

Eine schönere Illustration schwachsinnigen Produktionsdefektes kann man kaum finden. Es ist nur eine verbalistische Paraphrasierung des bekannten Kaiserwortes mit aufgeschnappten Redensarten verbrämt. Von den Phantasievorstellungen, die sonst das Jungenherz zum Seemannsberuf locken, findet sich keine Spur. Das Ich bleibt in der verlangten Begründung der eigenen Berufswahl überhaupt unerwähnt und unberührt.

Die assoziative Leistung, die ich Ihnen eingangs dieser Vorlesung als Phantasie charakterisierte, zeigt sich bei schwachsinnigen Kindern in ihrer ganzen Armut bei der selbsttätigen Beschäftigung. Die Neigung dazu ist an sich äußerst gering. Die Schwachsinnigen haben keine erfinderische Initiative, wie die normale Jugend, die den höchsten Spaß darin findet, sich „etwas auszudenken“ (Kombinationsfähigkeit) und „dann so zu tun, als ob“ (Illusionsfähigkeit). Solange man sie anstellt, machen sie mit, oft recht pedantisch, ärgerlich, wenn die plötzliche Eingebung eines Spielkameraden den Plan ändert. Lieber steht der

Imbezille herum, sitzt still, guckt Bilder an oder treibt nichtige Allotria. Im Zusammenspiel ist er unbrauchbar. Lärm und Rennen ist ihm die Hauptsache, gleichviel ob es der Sinn des Spiels verlangt oder nicht. Er merkt die Spielrollen nicht, vertauscht sie willkürlich oder ahmt kritiklos die anderen nach. Der Schwachsinnige ist der bewußten Selbsttäuschung (Illusion), die allein den Reiz und die Ausdauer beim Spiele gibt, nicht fähig und so geht ihm eine unendliche Menge von Vorstellungen, Gefühlen und Tätigkeiten, die das Kind nur in der Illusion des Spieles erleben und durch kein anderes erzieherisches Surrogat erwerben kann, glatt verloren (Groos).

Offenbar am häufigsten und deutlichsten ist beim Imbezillen und Debilen die Assoziationsfähigkeit geschädigt, die eine Gruppe von Vorstellungen in Urteils- oder Schlußform zu neuen in Beziehung setzt. Beim Imbezillen merkt man dies schon bei einfachen Rechenoperationen. Urteilsreproduktionen (Gewohnheitsurteile) sind ihm geläufig. Ein anderer hat sie für ihn gedacht und ihm gedächtnismäßig übermittelt. Neuurteile bringen ihn zu Falle. Er rechnet prompt $2 \times 5 = 10$, versagt aber sofort, wenn man ihm die Frage stellt, wieviele 5-Pf.-Briefmarken er für einen Groschen bekomme. Selbst Debile, die $4 \times 5 = 20$ spielend rechnen, werden stutzig, wenn man das Exempel in Urteilsform kleidet und sagt: Ich denke mir eine Zahl; wenn ich sie mit 5 multipliziere, erhalte ich 20; welche Zahl habe ich mir gedacht? So ist das Rechnen für die Imbezillen und die Mathematik für debile Schüler höherer Lehranstalten stets der Stein, über den sie stolpern. Aber nicht nur im reinen Denkwissen zeigt sich die Urteilschwäche und die mangelnde Logik, sondern auch im praktischen Denken und Handeln. Wie es die einzelnen Wahrnehmungen ohne Sinn für das Gesetz der Kausalität aufnimmt und lose aneinanderreihet, so verwertet das schwachsinnige Kind — im strikten Gegensatz zum normalen — auch seine Wahrnehmungen nicht zu Erfahrungen, die seine Individualität reifen und seinen Handlungen den Stempel des Zweckmäßigen aufdrücken. „Es fehlt bei ihm jene psychische Resonanz, welche beim Gesunden die führende Melodie des Vorstellungsablaufes beständig mit den leisen, immer wechselnden Anklängen früherer Erinnerungen begleitet“ (Kraepelin). Viel-Wissen ist nicht Intelligenz und Unwissen nicht gleichbedeutend mit Schwach-

sinn. Der Intelligente unterscheidet sich vom Schwachsinnigen nicht zum wenigsten durch sein lebendig wirkendes Wissen d. h. durch seine Art, sein Wissen in die Praxis umzusetzen und durch die Möglichkeit der Umprägung des Einzelerlebnisses zu einer Erfahrung, die das Tun und Lassen sachgemäß bestimmt. Die schwachsinnige Urteilsschwäche kennt kein richtiges Kausalitätsbedürfnis, das hinter die Kulissen guckt, sie hängt an der Oberfläche, am Schein. Die richtige Beurteilung der Folgen einer Handlung und der Überblick fehlt. Nicht die Erwägung, ob zweckmäßig oder nicht, entscheidet für oder gegen eine Tat, sondern eine Gefühlserregung oder der Zufall, das Beispiel oder der Wille eines anderen. Auch das normale Kind begeht natürlich aus Unaufmerksamkeit und Unüberlegtheit Inkorrektheiten, läßt ihnen aber in der Regel eine Selbstkorrektur folgen (wird „durch Schaden klug“) oder läßt sich belehren. Anders die Schwachsinnigen! Sie beurteilen alles von sich aus, können sich nicht in den Gedankengang eines anderen hinein versetzen, sind unbelehrbar und Gegengründen unzugänglich; auf vorgefaßten Meinungen beharren sie einsichtslos und fertigen Einwände nicht mit begründeten Urteilen, sondern mit Trotz und Schlagworten ab. Die Urteilsschwäche zeigt sich auch in einer Art verblendeter Verbissenheit, mit der selbstsüchtige Strebungen verfolgt werden. „Ich will es so“, das ist bei Schwachsinnigen der letzte Trumpf eines bornierten Egoismus. Hinterher mag kommen, was will, wenn nur ein augenblicklicher Wunsch durchgesetzt wird. Man vermißt das gesunde Spiel der Motive. Trotz alles Raffinements im Detail erkennt man die Urteilsschwäche im Lügen und bei der Ausführung strafbarer Handlungen, weil sie in die Gesamtsituation nicht passen. Alle Bauernschlauheit in der Durchführung eines Plans spricht nicht gegen Urteilsschwäche, wenn die Motive unzulänglich sind. Wenn ein Kind reicher Eltern Lappalien stiehlt und sich dadurch in Strafe und Schande stürzt, wenn ein anderes wertvolle Dinge entwendet, um sie nachher zu verschleudern, wenn ein drittes Geld nimmt, um sich Dinge zu kaufen, die für es nicht den geringsten Nutzen haben, so zeugt das von schwachsinniger Urteilsschwäche. Typisch dafür ist auch die Überschätzung des eigenen Ichs. Das schwachsinnige Individuum traut sich Dinge zu, die das gesunde ohne weiteres als seinem Können nicht entsprechend abweist. Es spielt die Rolle des kleinen Gernegroß, die beim kleinen Kinde

so naiv-natürlich anmutet, ruhig weiter; die fliehenden Jahre decken ihm das wachsende Mißverhältnis nicht auf. Wenn ein 5 jähriger Junge auf die Frage „Was willst Du werden?“ antwortet „Lokomotivführer“, so ist das ein Zeichen regen Geistes, der Freude hat an der Bewegung, an dem Geheimnisvollen der Hebel und Räder des Dampfrosses. Wenn aber ein 15 jähriger Zögling eines Erziehungsheims für Schwachbegabte „Eisenbahninspektor“ werden will, weil ihn dieselben Reize locken, und er die beste Vorbereitung für seinen Beruf in einem ständigen Besuch der Bahnhöfe und getreulichen Notieren der Lokomotivnamen zu finden glaubt, so bedarf es keiner weiteren Begründung krankhafter Urteilschwäche. Der Mangel des Urteils macht sich auch auf dem Gebiet der Ethik und Moral bemerkbar. Tadelt man einen schwachsinnigen Jungen wegen eines gegen einen Mitschüler gerichteten Steinwurfs, der fehlging, so hat er ganz erstaunt die Entgegnung: „Ich habe ja nicht getroffen“. Daß eine geplante Schlechtigkeit durch ihr Mißlingen an Verwerflichkeit nicht verliert, leuchtet ihm nicht ein. Ich frage ein 12 jähriges Mädchen: „Hast Du Deine Eltern lieb?“ „Ja.“ „Warum?“ „Weil sie mir schöne Sachen schenken.“ „Und du mußt dafür?“ „Dankbar sein.“ „Wie beweist Du Deine Dankbarkeit gegen Deine Eltern?“ „Ich küsse sie.“ Das ist urteilslose Schwachsinnigenmoral. Ähnliches erlebt man oft auch bei Debilen. Sie verfügen, wie schon gesagt, über die ethischen Vorstellungen zwar als Wortbegriffe, lernen aber oft nicht damit in Form von Urteilen zu operieren und abstrakte Begriffe wie Pflicht, Dankbarkeit, Eigentum logisch mit dem Ichbegriff zu verknüpfen. Sie besitzen wohl die Kenntnis der 10 Gebote; zu einem sinngemäßen Urteil darüber, wie durch sie das ethische Verhältnis des eigenen Ichs zur Allgemeinheit geregelt wird, schwingen sie sich nicht auf.

Was Urteilschwäche heißt, möchte ich Ihnen an zwei Fällen dartun, die ich aus dem Material meiner forensischen Praxis herausgreife. Beide waren sozial unbrauchbar.

Nr. 73. A. S., zur Zeit 20 Jahre alt, ist insoferne erblich belastet, als ein Onkel von ihm Epileptiker, ein anderer nervös ist und stottert. Bis zum 8. Jahre entwickelte er sich „normal“ und machte die 3 Vorschulklassen durch. Aber schon in Sexta blieb er sitzen. Er wurde nun in ein Erziehungsinstitut gegeben. Dort kam er ebenfalls nur schwer vorwärts. So wies er mit 17 Jahren mangelhaft die Kenntnisse der Quarta auf. Er war leichtsinnig, schlaff und energielos und in auffallendem Kontrast zu

seinen Leistungen sehr von sich eingenommen. Da er ganz hübsch zeichnete, hielt er sich zur Künstlerschaft berufen und sah mit Verachtung auf das „Schulzeug“ herab. Er wechselte nochmal die Schule, da er das „Einjährige“ erreichen sollte. Aber auch hier scheiterte jeglicher Fortschritt, wie die Lehrer erklärten, an seiner „mangelnden Konzentration und Urteilsschwäche, die ihn das Wesentliche vom Unwesentlichen nicht unterscheiden ließ“. „Er lebte in einem Wahn von leiblicher Schönheit und geistiger Größe und trug in sich das unerschütterliche Vertrauen zu seinem Künstlertalent“. Äußerlich war er immer geschneidelt und gebügelt, trug einen goldenen Klemmer an breitem schwarzem Bande, ließ sein Haar lang wachsen, kleidete sich am liebsten in Gehröcke und hatte immer einen Handschuh in der Hand. Seinen Altersgenossen gegenüber renommierte er mit Geld und machte viel unnütze Ausgaben. Im Anschluß an eine Prügelei mit seinen Kameraden erlitt er einen schweren „hysteroepileptischen Anfall“. Als er deswegen in klinische Behandlung kam, setzte er auch dem Arzte gegenüber sein anmaßendes Wesen fort. Später kam er zu einem Landpastor in Pension. Dort erhielt er „Elementarunterricht“ und Unterweisung in Gartenarbeit und Buchführung. Am liebsten ging er spazieren, zeichnete, dichtete „Trompeterlieder“, knüpfte Liebeleien an, stieg nächtlicherweise durchs Fenster, borgte die Bauern und Dienstboten an und machte falsche Angaben über die Verwendung des Geldes. Als er einmal deswegen hart angelassen wurde, verschwand er mit Hinterlassung eines Briefes, in dem er Abschied nahm, ohne anzugeben, wohin er sich wenden wolle. Man fand ihn nach längerem Suchen ohnmächtig in einem Chausseeegraben. Eine erneute klinische Behandlung und Beobachtung ergab keinen Fortschritt. Der Zug der Betonung nichtiger Äußerlichkeiten trat noch stärker hervor. Er gebrauchte schwülstige Redensarten und Zitate, machte aber grobe Fehler in der Grammatik. Dem praktischen Leben stand er hilflos gegenüber. Er rechnete zwar die Pensa der Untertertia leidlich geläufig, hatte aber keine Vorstellung davon, wieviel z. B. die Kleider kosteten, die er auf dem Leibe trug. Während der Beobachtungszeit schrieb er eine Novelle konfusester Art: „Der Frühling als Lebensretter“ und zeigte mit künstlerischem Stolz Rittergestalten, die er stark schematisierend gezeichnet hatte. Aufgefordert, schriftlich darzulegen, was für Zukunftspläne er habe, fertigte er folgendes charakteristische Skriptum: „Was ist überhaupt das Leben? Es ist ein Traum und Träume sind Schäume! Meinen Gedanken will ich jetzt einmal freien Lauf lassen und erzählen, wie ich mir das Leben einrichten würde, wenn es nach meinem Willen ginge. Zuerst würde ich mich in der Malerei ausbilden lassen. Sind 2–3 Jahre verflossen und man merkt, daß ich es zu nichts bringen würde, so würde ich schon von allein aufhören und würde in die Fabrik meines Vaters eintreten und lernen. Sowie ich aber das Bewußtsein hätte, daß ich in der Malerei etwas leisten würde, wäre auch mein Plan gefaßt. Ich würde mich sofort verheiraten, damit dieser Trieb in mir zum weiblichen Wesen erhöht würde. Ferner müßte mir die Frau zur Seite stehen in Wort und Tat. Durch die glühende Liebe, welche ich zu ihr fassen würde, würde ich dann mein größtes Werk vollenden und alle anderen weiblichen Schönheiten würde ich dann nicht mehr sehen. Denn diejenigen, welche ich liebe, würde dann mit ihrer

Gegenliebe sozusagen einen Panzer um mein Herz legen. Ich würde mich zurückziehen von dem Trubel der Stadt in einen Wald nicht weit von der Stadt entfernt in eine kleine Villa, umgeben von einem schönen Garten. Hier würde ich das Leben genießen und den Künsten meine ganze Arbeit widmen. Die schöne Natur würde ich beschreiben mit kleinen Illustrationen und ich würde mein Leben glücklich schätzen in dieser Einöde, in diesem Paradies auf Erden! Freude ist ja nach Schillers Worten ein schöner Götterfunken, der auch in der trüben Seelenstimmung der Kranken wieder einen lichten hellen Schein hervorzurufen vermag. Denn was ist Liebe? Liebe ist eine Krankheit, sie verdunkelt das Gehirn und den Verstand und erhellt bloß das Herz. Folglich ist die Liebe für den Menschen schädlich, der sich zeitig verliebt und nicht heiraten kann und darf“.

Der Patient wurde wegen Geistesschwäche entmündigt.

Nr. 74. H. v. W., zur Zeit 19 Jahre alt, stammt aus erblich belasteter Familie. Sein Vater, etwas phantastisch und schwach begabt, war zuerst Offizier und dann Opersänger. 2 Brüder des Vaters sind schwachsinnig. Der Knabe lernte mit 1½ Jahren gehen und mit 3 Jahren sprechen. Mit 9 Jahren traten bei ihm ticartige Bewegungen auf („Zucken der Stirnmuskeln und Schleudern des Kopfes“). Er war ein anschiegendes, liebebedürftiges Kind, saß am liebsten bei der Mutter, verschenkte seine Spielsachen und wollte nichts von anderen Kindern wissen. Er blieb auch schon in Sexta sitzen und brachte es in einer Privatschule bis zur Obertertia im 18. Jahre. Die Lehrer rühmten seinen Fleiß und guten Willen, die aber immer an seiner Schwachbegabung scheiterten. Zuletzt sollte er auf einer Presse das „Einjährige“ erreichen. Ohne Erfolg! Er vergaß von einer Lektion zur andern, so daß an einen normalen aufbauenden Lehrgang nicht zu denken war. Im deutschen Aufsatz schrieb er trotz mehrmaliger Besprechung des Themas Seiten voll, die mit diesem in keinem Zusammenhang standen. Dabei machte er noch die größten orthographischen Fehler. Trotz seines guten Charakters ließ er sich fortwährend zu dummen Streichen verleiten, sobald man an seinen „Mut“ appellierte. Nach kurzer zerknirschter Reue hatte er die Ermahnung vergessen. Mit Geld und Geldeswert konnte er nicht umgehen. Ein Fahrrad im Werte von 300 Mark verkaufte er für 10 Mark an einen Mitschüler und stellte diesem folgenden Schein aus: „Ich erlaube Ihnen, mein Fahrrad für den Preis von 6—10 Mark zu kaufen“. Ein anderer Mitschüler verkaufte ihm ein als Niete gezogenes Los der Pferdelerterie, auf dem mit Tinte geschrieben war: „Den Hauptgewinn hat Herr v. W. auf Nr. . . . gezogen“. Mit diesem Los ging er zum Kollekteur und verlangte seinen Gewinn. Als ihm der Irrtum bedeutet wurde, meinte er, man solle doch die Liste abändern, das wäre doch so leicht (!). Er hatte sich schon einen vollständigen Plan zurechtgemacht, was er mit dem Gewinn machen würde. 2 Pferde und den Wagen wollte er dem König anbieten in der Hoffnung, einen Orden und das „Einjährige“ als Gegenleistung zu erhalten. Auf seinen Adel ist er sehr stolz. Er verlangte von seinen Mitschülern, mit „Sie“ angeredet zu werden, während er sie duzte. Er hatte eine kindliche Verehrung für alles was Offizier war. Sein höchstes Ziel war, ein solcher zu werden. Einstweilen

verlangte er, daß seine Mitschüler vor ihm stramm stünden. Mehrfach lief er sich, wenn man ihm nicht zu Willen war, zu Zornausbrüchen hinreißen, in denen er seine Mitschüler bespuckte, um sich schlug und Gegenstände zertrümmerte. Mit der Wahrheit nahm er es nicht genau. Man hatte deutlich den Eindruck, daß er schließlich selbst glaubte, was er anderen vorlog. Sein Gefühlsleben war ein schwankendes; sein Lehrer sagte, daß er in 2 bis 3 Minuten die ganze Stufenleiter der Empfindungen von der höchsten Freude bis zum tiefsten Schmerz durchlaufen konnte. — Das einzige Gebiet, auf dem er Begabung zeigte, war die Musik. Er hatte es durch Unterricht bei hervorragenden Lehrern zu einer gewissen Virtuosität im Geigenspiel gebracht. — Im Umgang zeigt v. W. tadellose Formen, legt großen Wert auf sein Äußeres und ahmt die Allüren eines Fähnrichs in Zivil nach. Er kann sich fließend unterhalten und von seinen Erlebnissen, Reisen, Konzerten usw. erzählen. Eine Intelligenzprobe fördert dagegen grobe Defekte zutage. Er hat keine Vorstellung von einem Schaltjahr, von dem Zustandekommen von Tag und Nacht; er weiß nicht, wann Christus lebte, nicht die Bedeutung des Pfingstfestes. Aus dem Krieg 70/71 vermag er keine einzige Schlacht namhaft zu machen. Er meinte, Friedrich der Große habe den 7jährigen Krieg gegen die Preußen geführt. Als den Stifter der christlichen Religion bezeichnet er Luther. Den Wert seiner silbernen Remontoiruhr beziffert er auf 100 Mark ($\frac{1}{3} + \frac{1}{3}$?) „ $\frac{2}{11}$ “. ($\frac{1}{2} \times \frac{1}{3}$?) „6“. (Wieviel hat 1 Meter Dezimeter?) „100“. (Wieviel Zentimeter?) „Auch 100“ (!). All das leistet sich ein 19jähriger Mensch, der in 13 Schuljahren formell bis zur Obertertia geschleppt wurde!

Bei beiden Jünglingen hatte es erst eines äußeren Anlasses bedurft, um nach einem langjährigen schulischen Leidenswege sich in der Begutachtung des Psychiaters den Schwachsinn bescheinigen zu lassen. Es ist tief betrüblich, daß viele Eltern so spät zur Einsicht kommen und daß es auch von pädagogischer Seite oft an Mut und Erkenntnis gebricht, blinden Eltern den Star zu stechen. Bei beiden Jünglingen lag die geistige Minderwertigkeit so nahe: erbliche Belastung, deutliche Intelligenzdefekte mit hervorstechender Urteilsschwäche, namentlich bezüglich des eigenen Ichs, offenkundige nervöse Begleitsymptome (hystero-epileptische Krämpfe, Tics).

Geistesschwäche paart sich oft mit einer Verkümmernng des Gefühlslebens. Es besteht aber keine Parallele zwischen Intelligenz und Charakter. Die „Dümmsten“ sind nicht immer die schlechtesten! Das Gefühlsleben der Imbezillen weist insoferne Defekte gegenüber der Norm auf, als die Anbildung intellektueller Gefühlstone nur unvollkommen gelingt. Auch wenn die Empfindung selbst von einem starken Gefühlston begleitet war, seine Übertragung

auf das zugehörige Erinnerungsbild mißglückt. So bleibt das Gefühlsleben durchschnittlich arm und das Gedächtnis für Wohltat und Strafe kurz. Erbarmungslose Schläge werden zwar oft verstockt hingenommen, ohne einen Gefühlseindruck zu machen. Aber auch das lauteste Schmerzgeschrei bietet keine Gewähr dafür, daß die Züchtigung eine nachhaltig bessernde Wirkung übt. Reue nach der Tat gibt es nicht; es bilden sich nicht wie bei dem normalen Kinde ethische Gefühle, die das Gewissen ausmachen und das Handeln nach dem Prinzip von Gut und Böse bestimmen. Undankbarkeit und Unverbesserlichkeit schwachsinniger Kinder haben meist ihren Grund in diesem Defekt der intellektuellen Gefühlstöne. Nur das Ichgefühl ist stark ausgeprägt, soweit es sich um das eigene leibliche Wohl und Wehe und um die Befriedigung selbstsüchtiger Wünsche handelt. Selbst die Anhänglichkeit den Eltern gegenüber wird vermißt. Ein schwachsinniges Kind fühlt nicht im geringsten, was Elternliebe und Elternsorge ist. Der Tod des Vaters oder der Mutter bleibt eindrucklos. Das Kind heult bittere Tränen, weil es die anderen weinen sieht; hat sich das Grab geschlossen, so ist der Fall erledigt. Mitgefühl mit den Seinen, Schamgefühl, Ehrgeiz und Stolz kennt der Schwachsinnige nicht. Wie entbehrt man nicht solche Gefühlstriebfedern bei der moralischen Erziehung dieser Kinder! Hochmut und Eigendünkel, ja diese Eigenschaften habe ich bei imbezillen Kindern reicher Leute oft genug gesehen. Den Unterschied von Herr und Knecht macht das imbezille Herrensöhnchen deutlich geltend, aber nur, wenn es ihm paßt, nicht wenn es sein Stand erfordert.

Aus der Mischung von Urteilsschwäche und Gefühlsroheit ergeben sich die unerfreulichsten Komplikationen der moralischen Qualitäten. Ich verkenne nicht, daß bei den „geistig Armen“ ethische Gefühle wohl auch zur Entwicklung gelangen können. An manchen imbezillen Kindern kann man seine Freude haben: sie sind dankbar, anhänglich, gewissenhaft, mitleidig. Aber die Regel ist dies nicht, und schwach wie der Intellekt, bleibt meist auch das, was aus der Summe der ethischen Gefühle resultiert, der Charakter. Die verhältnismäßig stärksten Defekte im Gefühlsleben zeigen die Debilen. Bei einer relativ wenig geschädigten Intelligenz und verbalistischer Entwicklung komplexer, abstrakter Vorstellungen

fehlt durchschnittlich der zugehörige Gefühlston. Die Worte bleiben Schall und Rauch und Phrase. Trotz deutlicher Unterscheidung zwischen Mein und Dein, trotz aller Kenntnis des 7. Gebots vergreift sich der Debile ohne Skrupel an fremdem Gut, weil der Gefühlston des Eigentumsbegriffs, die Scheu vor dem Rechte und Besitze des anderen, ihm unbekannt ist. Diese Schwachsinnigen entbehren die Fähigkeit der „Einfühlung“. Unter den debilen Kindern finden wir die schwererziehbaren Plagegeister der Familien und Erziehungsheime. Oberflächlich, wankelmütig, rachsüchtig, schadenfroh, verlogen, egoistisch, das sind ihre Merkmale. Die Fälle mit schweren ethischen Defekten bis zum völligen Mangel oder direkter Perversität der sittlichen Gefühle und Strebungen hat man als moralischen Schwachsinn (*moral insanity*) bezeichnet. Vielfach handelt es sich dabei um Debile, bei denen der Intelligenzdefekt zwar nicht ganz vermißt wird (Urteilsschwäche!), aber gegenüber dem schreienden Gefühlsmangel stark zurücktritt. — Das Affektleben der Imbezillen schwankt innerhalb weiter Grenzen. Bei den einen herrscht eine indifferente oder apathische Stimmungslage vor. Sich selbst überlassen, dämmern sie affektlos vor sich hin, reagieren aber exzessiv auf alle Affektanreize der Umgebung. Sie lassen sich kritiklos von der Stimmung anstecken. Bei anderen überwiegt eine eigentümliche leere Heiterkeit, die leicht in zornmütige Reizbarkeit umschlagen kann. Wieder bei anderen herrscht eine ängstliche, gedrückte Scheu vor, die die Kinder asozial macht und alle Versuche der Erzieher, zu ihrem Innenleben Brücken zu schlagen, scheitern läßt.

Es läßt sich begreifen, daß der Intelligenzdefekt auch dem Handel und Wandel des Schwachsinnigen die Richtung weist. Überlegung und fester Wille fehlt; dieser ist ja ein kompliziertes Gebilde aus konzentrierter Aufmerksamkeit, urteilender Einsicht und ethischen Antrieben (Pflicht, Ehrgeiz). Alles das fehlt dem Schwachsinnigen; dafür tritt kritiklose Nachahmung und leichte Bestimmbarkeit durch andere ein. Darin liegt die ungeheure Gefahr der Verführung bei allen Schwachsinnigen. Sie sind die gefügigen Werkzeuge in der Hand schlechter Altersgenossen, die geistig über ihnen stehen. Ohne Not und Nutzen lügen, betteln, stehlen sie für andere, wenn sie die nötige Anleitung finden. Sie geben sich zu sexuellen Delikten her und machen sich, einmal verführt, in oft gesteigerter geschlechtlicher

Begehrlichkeit an andere heran. Um irgend einen Wunsch zu befriedigen, begehen sie die größten Torheiten oder gar Verbrechen. Die Tat folgt reflexartig auf den Wunsch; keine hemmende Überlegung schaltet sich dazwischen. Um ein „Feuerchen“ zu sehen, zünden sie eine ganze Scheune an, um sich von einer lästigen Kinderwartung zu befreien, werfen sie den Säugling ins Wasser, um sich einer einfachen Abstrafung zu entziehen, laufen sie planlos in die Welt hinaus oder begehen kopflos Selbstmord. Unter den Jugendlichen mit pathologischem Wandertrieb befinden sich viele Schwachsinnige (Seige, Stier). Von Eltern oder Mitschülern lassen sich Schwachsinnige ungemein leicht zu falschen Zeugenaussagen verleiten und beschuldigen sich oder andere erlogener Vergehen, ohne sich einen Augenblick die Folgen einer Denunziation klar zu machen. In den ärmeren Volksklassen, wo die Obhut über das einzelne kindliche Individuum sich meist auf die schulische Fürsorge beschränkt, läuft das schwachsinnige oft Gefahr, unter die Rekruten der Landstraße und des Gefängnisses gedrängt zu werden. Manches Kind, das als dumm, faul und schlecht gilt, ist schwachsinnig. Nach der Schulzeit kommen die halbwüchsigen Kinder in die Lehre oder in den Hausdienst. Ohne Stetigkeit und Geschick, die Opfer der Mißhandlungen der Lehr- oder Dienstherrschaft, laufen sie davon oder werden weggejagt, verlottern und kommen in „Zwangserziehung“. Junge Mädchen ergeben sich frühzeitig dem bequemen Erwerb der Prostitution. Wenn die Intelligenz zureicht, wird in einer Fabrik Arbeit genommen, wo der bare Wochenlohn reizt. Die Lebensführung bekommt etwas unstabiles, bleibt eine Kette von mißglückten Anläufen. Im engen Umgang der beiden Geschlechter knüpfen sich rasch Verhältnisse, der sexuelle Verkehr mit den üblichen Folgen blüht, der Alkohol tut das Seine — das Weitere brauche ich Ihnen nicht auszumalen. Je schwächer der Wille, um so stärker das Triebleben.

In den besseren Ständen schützt man den Imbezillen gewöhnlich rechtzeitig durch die Verbringung in die geeignete Umgebung vor der eigenen Torheit und der Verführung anderer. Anders liegt es bei den Debilen. Es ist klar, daß unter den vielen Kindern, denen der Stand des Vaters den Weg in die Mittelschulen weist, ein gewisser Prozentsatz schwachbefähigter sein muß, die unter den Begriff

der Debität fallen¹⁾. Solange es sich vorwiegend um die Bewältigung von mechanischen Gedächtnisstoffen handelt, kommen die Debiten im Schulunterrichte ganz gut oder wenigstens leidlich mit und ziehen ins Gymnasium ein, ohne daß Eltern und Lehrer von ihrem Schwachsinn etwas merken. Sind die Schulleistungen schlecht, so heißt es in Anbetracht der „Bauernschlauheit“ und Verschlagenheit vieler Debiten: „Er könnte schon, wenn er wollte.“ Der von Kindheit an bestehende ethische Defekt wird mit Fleiß übersehen und man erwartet die beste Remedur schlechter Schulerfolge von energischer „Nachhilfe“. In den mittleren Klassen fallen diese Debiten doch unhaltbar ab, und dann beginnt die veränderungsreiche Presselaufbahn, die in vielen Fällen, wenn die Geduld und das Geld des Vaters nicht ausgeht, zuletzt doch noch vom „Einjährigen“ gekrönt ist. Das mühsam eingepaukte Wissen fällt freilich unheimlich rasch der Vergessenheit anheim. Die Debität des Gedächtnisses und Urteils wird eklatant, sobald der Kampf ums Dasein beginnt. Der „Pädagog“, der 10—15 Jahre an dem Debiten preßte, erlebt es meist nicht, aber der Psychiater, dem die Eltern ihn dann zuführen, wenn die bürgerliche Existenz und der gute Name gefährdet ist. Die debilen Tunichtgute geraten ins Bummeln, machen leichtsinnige Geldausgaben und Schulden, ergeben sich dem Alkoholismus, fangen Liebschaften unter ihrem Stande an und begehen, wenn das Geld nicht reicht, Urkundenfälschungen oder Eingriffe in anvertraute Kassen. Blickt man auf die Schullaufbahn derartiger gescheiterter jugendlicher Existenzen zurück, so stößt man immer auf dieselben Stichwörter: Schwererziehbares Kind im Elternhause, mäßiger Schüler von Anfang an, mehrfaches Sitzenbleiben schon in Sexta oder Quinta, häufiger Wechsel der Schule in der Klimax a maiori ad minus vom Gymnasium bis zur Presse, dauerndes Versagen in der Mathematik und im deutschen Aufsatz bei leidlichen Leistungen in den Sprachen. Man muß sich oft wundern, daß kein Arzt, kein Pädagog, von den Eltern ganz zu schweigen, den typischen Entwicklungsgang eines debilen Jungen erkannt hat. Ich bitte Sie, auf die Fingerzeige zu achten, die in der frühesten Kindheit auf die künftige schulische Minderwertigkeit hindeuten.

¹⁾ Vgl. Stelzner, H., Die psychiatrische Tätigkeit des Schularztes an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung der daselbst beobachteten Schwachsinnformen. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. 5. 1912.

M. H.! Ich möchte diese kurze Symptomatologie des kindlichen Schwachsinnns nicht schließen, ohne Ihnen von seinen Komplikationen durch die verschiedensten anderen psychopathologischen Phänomene zu berichten. Sie sind auch im Kindesalter nicht gerade selten. Bei den Imbezillen erleben wir periodisch auftretende Erregungszustände mit großer Reizbarkeit und Neigung zu Zornausbrüchen. Während ihrer Dauer ist das Kind gegenüber dem Normalstatus seines Benehmens sehr verändert, unbotmäßig, aggressiv gegen die Erzieher, sexuell geladen, was sich in vermehrter Masturbation, Unsauberkeit mit Kot und Urin (Urinsalben und Kotschmierer) kundgibt, und meist schlaflos. Das Essen wird vernachlässigt. Am liebsten läuft der erregte Imbezille davon und treibt sich in der Welt herum. Die Stimmungsbeimischung ist variabel. Entweder bestehen manische Anklänge mit gehobener Stimmungslage, prahlerischem, großprotzigem Gebaren, lebhaftem Bewegungs- und Rededrang und vereinzelt läppischen Größenideen, oder traurige Verstimmung oder sekundäre Angst infolge von Verfolgungsideen. Halluzinationen (meistens „Stimmen“) vervollkommen das Bild. Häufen sich diese, so kommt es bei dem invaliden Gehirn zu vorübergehender Inkohärenz und Unorientiertheit (Verwirrtheit). In seltenen Fällen werden vereinzelt abortive Wahnideen in die ruhigen Zeiten mit hinübergenommen. Schwer erkennbar sind bei schwachsinnigen Kindern echte Zwangsvorstellungen, viel leichter ist der Nachweis von Grübel- und Fragezwang.

In dem folgenden Fall haben Sie ein Beispiel für die verschiedensten Komplikationen:

Nr. 75. R. L., jetzt 17 Jahre alt, kenne ich seit vielen Jahren. Er ist hereditär syphilitisch und, von seinen abstehenden Ohren abgesehen, ein blühender hübscher Junge. Die Pupillen sind different (l. $>$ r.); die linke ist lichtstarr, die rechte reagiert spurweise auf Lichteinfall. Die Schultermuskulatur ist beiderseits, aber besonders rechts atrophisch; die rechte Schulter hängt. Er war mit 13 Jahren noch unsauber im Essen, näßte regelmäßig ein und beschmutzte sich auch manchmal mit Kot. Er hatte es durch jahrelangen Unterricht bis zur Zahlvorstellung 5 gebracht. Jetzt hat er überhaupt nur noch die 2 sicher. Lesen hatte er mangelhaft gelernt, aber wieder verlernt. Seine Schrift ist gut leserlich; er malt die Buchstaben langsam und groß auf das Papier, jetzt nur noch seinen Namen. Gedichte hat er leicht gelernt und behalten. Er sagt sie her wie ein aufgezogener Phonograph, jeder Tonfall, jeder Punkt wird getreulich eingehalten. Er liebt Musik, merkt Melodien gut und singt gern. Spontaneität besitzt er

nicht. Stellt man ihn zur Gartenarbeit an, so arbeitet er unverdrossen wie eine Maschine. Auf Geheiß hört er auf. Er kann aber nur schaufeln und Sand fahren. Ab und zu masturbiert er exzessiv, wo er geht und steht. Seine Stimmung war von jeher wechselnd. Unmotivierte Lach-, Wein- und Zornausbrüche wechselten ab. Als ich ihn kennen lernte, überwog Ideenflucht mit Hyperprosexie und Fragezwang. Wenn man ihn ohne Zwischenrede plaudern ließ, so trat dies deutlich hervor: „Ich fürchte mich, ich habe Angst. Macht der Mann den Boden entzwei? Kann man durch die Wand gehen? Was ist, wenn die Wand kaput ist? Wenn hier kein Boden ist, falle ich. Ist morgen der letzte Tag?“ Auf der Straße, vor Fuhrwerken und Hunden, war er sehr ängstlich. Zwischen dem 13. und 14. Jahre traten mehrfach Erregungszustände auf, gewöhnlich eingeleitet durch anhaltendes gellendes Lachen. Er rannte dann, den Kopf auf eine Schulter geneigt, im Zimmer umher, schlug mit den Fäusten gegen Tisch und Stühle, ging mit der Kleiderbürste auf den Pfleger los und warf das Nachtgeschirr auf den Boden. Nachts weckte er den Pfleger: „Ich ängstige mich, bald verbrennt der ganze R.“ Manche schwere Angsteffekte waren halluzinatorisch bedingt; es handelte sich um Visionen und Bewegungshalluzinationen. „Das Haus geht fort. Es hat Räder; die Kommode und der Tisch läuft weg. Siehst du nicht das Nilpferd mit den großen Augen? (hält sich die Augen zu). Kommt der große „Feuerwehrhund“ (?) auch hier herein?“ Im Bade hielt er sich krampfhaft schreiend an der Wanne fest, weil der Boden durchbreche.

Die bedeutsamste Komplikation der Imbezillität entsteht durch die Aufpfropfung sogen. katatonischer Symptome (vgl. später). Ganz allmählich gesellen sich den geläufigen Charakteren des Schwachsinn die typischen Willenssperrungen der Dementia praecox (Negativismus, Haltungs- und Bewegungstereotypien, Echolalie und Echopraxie) hinzu. Progressiv nimmt die erziehbare Beeinflussbarkeit ab. Das Auftreten katatonischer Zeichen ist ein Signum mali ominis. Der angeborene Schwachsinn wird zur Grundlage der juvenilen Verblödungspsychose.

Nr. 76. C. P., geb. 1894, ist das erste, rechtzeitig geborene Kind gesunder Eltern. Zuerst wurde er von einer Amme, dann mit Kuhmilch ernährt. Mit 5 Monaten hatte er einmal Nachts „Augenkrämpfe“ (wahrscheinlich eklamptischen Anfall mit Augenverdringung). Schon im Alter von 2 Jahren fiel den Eltern auf, daß der Knabe so „eigentümlich“ im Zimmer umherschaute und mit den Händen in der leeren Luft haschte (Halluzinationen?), im 3. Jahre, daß er manchmal unmotiviert lachte, zitterte und zappelnde Bewegungen mit den Extremitäten machte. Sonst soll er sich körperlich und geistig normal entwickelt haben, insbesondere sprach er geläufig und konnte z. B. einen großen Teil des Struwelpeters und andere kleine Gedichtchen aufsagen. Im Jahre 1899 wurde C. wegen eines wochenlang dauernden, fieberlos, aber mit großer motorischer Unruhe, ataktischem

Gänge, Mißstimmung und Weinerlichkeit verlaufenden Erregungszustandes behandelt (Meningitis serosa!). Seitdem war die Sprache schlecht, die Artikulation verwaschen und der Sprachschatz engte sich allmählich ein; der Knabe blieb trotz körperlicher Erholung geistig hinter seinen Altersgenossen zurück. Obwohl sich das Sprachverständnis und das Nachsprechen dauernd als ungestört erwies, fehlte doch immer der Antrieb zur spontanen Sprache. Auch vorgespochene Worte pflegte C. oft nicht unmittelbar nachzusprechen, sondern produzierte sie gelegentlich später, in ofter Wiederholung, oder singend plärrnd. Frühzeitig wurden sexuelle Reizungen bemerkt (im 6. Lebensjahre anhaltendes Schenkelreiben). Mit 7 Jahren kam er in ein Erziehungsheim. Die Hoffnung auf eine relative Bildungsfähigkeit erfüllte sich nicht. Der Knabe war immer unruhig und zappelig und fügte sich schwer in den Kreis seiner Altersgenossen ein. Er zeigte zwar Neigung zum Spiel, war aber für die anderen immer der „dumme August“ wegen seiner übermäßigen mimischen Begleitreaktionen der Freude. Im Unterricht ahnte er mechanisch nach, erlernte das Schreiben und Abschreiben von Druckschrift, sein Zahlenverständnis reichte nicht über 3 hinaus. Von Jahr zu Jahr sprach er weniger. Im Jahre 1903 machte er eine Rippenresektion wegen metapneumonischem Empyem durch. Seit der Operation sprach der Knabe kein Wort mehr, weder spontan noch reaktiv, und ging geistig mehr und mehr zurück. Er zeigte Neigung zum impulsiven Davonlaufen. In der Gemeinschaft der anderen störte er durch sein Grimassieren, Hüpfen, Zappeln und Flügelschlagen. Beim Essen war er unsauber. Ab und zu war er wochenlang erregt und schlaflos mit einem Drang zur motorischen Agitation. Mit 13 Jahren bemerkte man deutliche Echopraxie, Haltungsstereotypien und Manieren im Gebrauch der Beine und Hände. Somatisch fand sich am Nervensystem nichts, auch keine deutlichen Zeichen abgelaufener Rachitis, kein Hydrocephalus.

Nr. 77. P. M., 15 Jahre alt; die Mutter des Vaters und der Vater der Mutter sind Diabetiker. Er hat 2 gesunde Geschwister, lernte spät sprechen und laufen. Angeblich im Alter von $\frac{5}{4}$ Jahren ein langwieriger Darmkatarrh; seitdem soll die geistige Entwicklung gelitten haben. Zur Zeit steht er auf der Stufe eines 8jährigen Kindes. Seit dem 6. Lebensjahre wurde er von einem Hilfsschullehrer unterrichtet. Zwischen dem 9. und 10. Jahre wurde der Versuch eines Besuches der Realschule gemacht, ohne Erfolg, darauf bis jetzt häuslicher Unterricht gegeben.

Die Untersuchung ergibt normale körperliche Befunde bei einem hochgeschossenen, schwächtigen, gesund aussehenden Knaben. Die Sinnesempfindungen sind normal. Der Knabe erkennt Eltern und Geschwister, findet sich in seiner Vaterstadt zurecht und kann selbst essen und sich ankleiden (vgl. unten). Alle Gegenstände benennt er richtig, desgleichen die Farben (mit Ausnahme von braun und grau). Er schreibt deutsche Schrift spontan und auf Diktat, liest Druck- und Schreibschrift leidlich (geringes Stammeln: fehlerhafte Aussprache von d und t, b und p). Er spricht abgehackt, im Telegrammstil. Die nächstliegenden Allgemeinvorstellungen sind ihm geläufig (Blume, Pflanze, Tier usw.); desgl. Beziehungsvorstellungen, besonders

auch in Form des Urteils im Rahmen der obengenannten Entwicklungsstufe. Er rechnet mechanisch die 4 Spezies, rechnet Pfennige in Mark und Meter in km und cm um. Rechenexempel, die eine Kombination erfordern (ich denke mir eine Zahl; wenn ich sie mit 5 multipliziere, erhalte ich 20; wie heißt die Zahl?), rechnet er nicht. Seine Aufmerksamkeit ist gering, er ist stark ablenkbar. Die spontane Ideenassoziation zeigt eine deutliche Perseveration. Assoziationsversuche (Reizwort und Reaktion) gelingen nicht, weil er alles nachspricht (Echolalie). Alle Bewegungen, die er bei seiner Umgebung sieht, ahmt er nach (Echopraxie). Seine spontanen Bewegungen sind steif, gespreizt. Daneben fallen an ihm eine Reihe von Stereotypien auf: er wackelt mit dem Kopf hält die Arme gekreuzt über die Brust, greift mit der flachen Hand nach der Stirn, runzelt die Stirne, bildet eine Schnauze. Bei Aufforderungen tritt ein deutlicher Negativismus zutage. Wenn man ihn sich setzen heißt, bleibt er zuerst steif vor dem Stuhle stehen, dann läßt er sich in halbsitzende Haltung nieder; drückt man ihn an den Schultern nieder, so spürt man deutlich den Widerstand. Sehr häufig wiederholt er Bewegungen 2—3 mal. — Im ganzen herrscht Periodizität vor: Zeiten mit stumpfer Apathie, in denen er von einem Fleck zum andern geschoben, gefüttert und gewaschen werden muß und kein Wort spricht, wechseln mit Wochen heiterer Erregung, in denen der Junge viel lacht, gestikuliert, herumläuft, zerreißt, spuckt und masturbiert.

Er neigt zur Lüge und nascht. In den Läden nimmt er Süßigkeiten vom Ladentisch weg. Heimweh zeigte er nie. Es war ihm gleichgültig, wo er war. In den Zeiten der Erregung machte er ab und zu unsittliche Handgriffe bei weiblichen Personen. Er ist wechselnd in seinem Appetit. Zeitweise ißt er sehr viel und schlingt. Er liest sogar manchmal Dinge vom Kehricht auf der Straße auf und schiebt sie in den Mund. Er sammelt außerdem Fädchen und sonstige Kinkerlitzchen und spielt damit.

Diesen eigentümlichen Kombinationen von angeborenem Schwachsinn mit hebephrenischen Psychosen werden wir später wieder begegnen. Wir werden dann sehen, daß der erstere bisweilen die Grundlage der letzteren ist und daß dann die sekundäre Psychose alles austilgt, was der Schwachsinn an bildungsfähigen Elementen gelassen hatte. Dann haben wir außer ihm noch die Verblödung, einen fortschreitenden Prozeß, der mit Demenz endigt.

11. Vorlesung.

Die Behandlung und Fürsorge beim jugendlichen Schwachsinn. — Moral insanity.

M. H.! Ich habe Ihnen die mannigfachen Charaktere und Erscheinungsformen des kindlichen Schwachsinnns geschildert. Was wird nun aus der großen Menge krankhaft schwachbegabter Kinder, wenn sie rechtzeitig in ärztlich-pädagogische Behandlung kommen? Wie stellen sich die Heilungs- oder Besserungsaussichten? Bindende Angaben lassen sich bei dieser Frage von vornherein nicht machen. Aber einzelne Richtlinien in der Voraussage kann man ziehen. Die Idiotie, die schon in den ersten Lebensjahren erkannt wird, bietet eine traurige Prognose. Die tiefe Rückständigkeit der Gehirnentwicklung läßt keinerlei intellektuellen Aufschwung zu. Zudem sind die Idioten in vielen Fällen nicht nur geistig, sondern allgemein minderwertige Geschöpfe, und nicht selten haften ihnen noch spezielle schwere körperliche Gebrechen (Lähmungen, Epilepsie, Defekte der Sinnesorgane usw.) an. Eine kleine Ausnahme machen zwar die kretinoiden (myxödematösen) Idioten, deren körperlicher Habitus nicht nur, sondern auch deren geistige Beschaffenheit durch die Thyreoidin-Therapie günstig beeinflusst wird. Unter den Imbezillen müssen wir prognostisch scheidern zwischen den Kindern, bei denen zur Zeit der Untersuchung Körper und Geist gleich schlecht entwickelt sind (Intelligenz, Körperbau, Sprache, Gang), und solchen, bei denen die cerebrale Entwicklung bei guter körperlicher Konstitution zurückblieb. Bei der ersten Gruppe nimmt ab und zu die Psyche an einem verspäteten merkbaren Allgemeinaufschwung teil; bei der zweiten ist diese Hoffnung trügerisch. Am ungünstigsten sind die Fälle zu beurteilen, bei denen nach anfänglich guter kindlicher Ent-

wicklung plötzlich ein Stillstand eintritt, der jeder Förderung trotzt. Manchmal läßt sich eine greifbare Ursache dafür finden (z. B. Scharlach, Keuchhusten, Meningitis serosa), manchmal muß man an Erbsyphilis denken, oft steht man vor einem Rätsel.

Man darf wohl sagen, daß alle Fälle kindlichen Schwachsinn, die tiefstehenden Idioten nicht ausgenommen, besserungsfähig sind, wenn man allgemeine erzieherische Resultate im Auge hat und Mühe und Zeit nicht spart. Eine Besserung ist es doch sicher, wenn es gelingt, diese Ärmsten der Armen einer vollständigen Verwahrlosung, um nicht zu sagen Vertierung zu entreißen, sie an menschliche Reinlichkeit und Nahrungsaufnahme zu gewöhnen, sie Gehen und Sichankleiden zu lehren, ihre Sprachrudimente zu entwickeln und sie durch den Erwerb praktischer Handfertigkeiten (Stricken, Korbflechten, Besenbinden, Stubenkehren, Kohlentragen) zu einigermaßen nutzbringenden Individuen zu machen. Freilich wird man sich in der überwiegenden Mehrzahl, auch der imbezillen Kinder, von vornherein darüber klar sein müssen, daß infolge der krankhaften organischen Minderwertigkeit des Gehirns selbst die beste ärztliche und pädagogische Behandlung nicht über ein bestimmtes Maß intellektueller Entwicklung hinausführen wird. Das Ideal des Erziehungserfolges muß darin gesehen werden, die dem Schwachsinn eigentümlichen anti-sozialen Tendenzen zu unterdrücken und den angeborenen Intelligenzdefekt durch Bildung des Charakters, Übung der Sinnesorgane und Aneignung praktischer Fertigkeiten wenn auch nicht auszugleichen, so doch mit Rücksicht auf die soziale Brauchbarkeit des Individuums erträglicher zu gestalten. Das erstere ist gar nicht so leicht, wenn man bedenkt, daß die moralischen Defekte Schwachsinniger so häufig auf ihre mangelhaften intellektuellen Gefühlstöne und ihre Urteilsschwäche zurückzuführen sind. Die Erziehbarkeit scheidet oft weniger am Intelligenzdefekt, als an der ethischen Schwäche des Kindes. So paradox es klingen mag, in manchen Fällen ist ein gewisses Mehr von „Schwachsinn“ der erziehlichen Behandlung nur günstig. So sind mir die schwerfälligen Imbezillen lieber, als die versatilen, gesprächigen und dreisten Debilen. Der torpide Imbezille faßt schwer und wenig, behält aber, wenn die Mühewaltung nicht nachläßt, das Wenige und wendet es schlecht und recht an. Er läßt sich in seiner

geistigen Armut leiten und füllt schließlich nach jahrelanger Erziehung einen engumgrenzten Wirkungskreis aus. Man darf die Imbezillen nur nicht aus der Hand und aus den Augen lassen. Sie sind Treibhauspflanzen, die in Zucht und Verwahrung gedeihen, aber allein umkommen. Man erkennt am Imbezillen den Schwachsinn, und die Allgemeinheit legt auch meist die Hand auf ihn. Anders beim Debilen! Er stellt seine wenig geschädigte Intelligenz in den Dienst seiner ethischen Defekte, eignet sich gedächtnismäßigen Wissenskram an, mit dem er urteilsschwach operiert, bleibt trotz aller Erziehung oberflächlich und halbfertig und läßt sich nichts sagen, weil er denkt, er könne alles. Seine Intelligenz ist günstigenfalls Schlaueit mit Urteilsschwäche und Selbstüberschätzung. Mit solchen Kindern ist wenig zu erreichen. In der Prognosenstellung schätze ich die Debilität mit früh bemerkbaren ethischen Defekten am traurigsten ein. Denn nach Abschluß der Schulzeit sind das die Elemente, die nirgends ausharren, überall scheitern und, da man sie nicht sofort als schwachsinnig erkennt, sich lange sozial unliebsam bemerkbar machen. Je nach dem Milieu, aus dem sie stammen, bilden sie sich zu Taugenichtsen, Familienparasiten, Schwindlern, Trinkern oder Gesetzesbeugern aus. Man muß die Eltern von vornherein auf die traurige Perspektive aufmerksam machen, weil sie oft kaum glauben, daß mit ihren „klugen“, „ganz gescheiten“ Kindern so herzlich wenig anzufangen ist.

M. H.! Wenn man von der Behandlung des kindlichen Schwachsinnens sprechen will, so wäre es gleichbedeutend mit einer Unterlassungssünde, über der Betrachtung des Individuums zu vergessen, daß der Schwachsinn eine Krankheit des Volkes darstellt. Unsere ätiologischen Ausführungen haben gezeigt, daß enge Zusammenhänge zwischen Schäden am Volkskörper und dem angeborenen Schwachsinn bestehen. Wie im Kampfe gegen die Tuberkulose nicht nur von den Ärzten, sondern auch von den Jugendbildnern und anderen Laien Aufklärung geschafft und an der Vorbeugung und Verhütung mitgearbeitet werden muß, so soll auch die Erkenntnis in das Volk getragen werden, daß durch die Schaffung besserer Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, durch Ausmerzungen des Alkoholismus und der Syphilis die Ausbreitung des kindlichen Schwachsinnens eingedämmt werden kann. Gräbt man dem Baume die Wurzeln ab,

so fallen die Zweige von selbst. Leider gibt uns unsere Wissenschaft noch keine so greifbaren Anhaltspunkte an die Hand, daß wir mit Rücksicht auf die Erblichkeit in der Psychopathologie mit Gesetzesmaßnahmen (Eheverbot, Sterilisierung) die Fortpflanzung psychisch kranker und degenerierter Stämme verhindern könnten. Wir dürfen nicht einmal von Gesetzeswegen schwachsinnige Mädchen durch Sterilisierung vor Schwängerung schützen oder bei Geschwängerten aus eugenischen Rücksichten die Schwangerschaft unterbrechen. Quousque tandem! Einstweilen bleibt es bei der Aufklärung darüber, daß auch der Schwachsinn der Kinder ein Vererbungsprodukt belasteter Eltern sein kann. Man muß wenigstens einem plan- und sinnlosen „Drauflos-Heiraten“ ohne Beachtung jeglicher genealogischer Garantie entgegenarbeiten. In das Kapitel der Vorbeugung gehört auch die Schwangerschafts- und Säuglingshygiene. Ich brauche Sie nur daran zu erinnern, was ich Ihnen über die Produktionserschöpfung, Rachitis, Spasmodie und Säuglingsernährung darlegte. Unserem Volke tut ja nicht eine Volksvermehrung not, sondern eine Rasseeverbesserung, wenn es in seinem Unglück bestehen soll.

Bei der speziellen Behandlung des kindlichen Schwachsinnens nehme ich die rein ärztliche vorweg. Diejenigen Formen bedürfen vor allem den Arzt, bei denen die Therapie der Ursache Erfolg verspricht. Dazu gehören die myxödematösen und hereditärsyphilitischen Fälle. Bisweilen, nicht immer, zeitigt bei jenen die Darreichung der Schilddrüsenpräparate, bei diesen die Salvarsan- und Quecksilber-Jodbehandlung günstige Resultate. In allen Fällen von Rachitis und Skrofulose werden Jodeisen- oder Phosphorlebertran und ähnliche Medikamente neben geeigneter Ernährung indiziert sein. Ein reiches Feld ärztlicher Tätigkeit bieten die den Schwachsinn begleitenden Komplikationen. Denken Sie nur an die Entfernung der adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum oder von Polypen aus der Nase, an die operative Heilung der Hasenscharte und des Wolfsrachsens, an die Beseitigung von Phimosen, Sehnenkontrakturen und an die so kunstvoll geübte Sehnenverpflanzung von gesunden Muskeln auf gelähmte Gebiete! Auch ohne Operationsnotwendigkeit erheischen Lähmungen, Paresen, Kontrakturen ärztliche, konservative Hilfe (Massage, Gymnastik, Elektrizität, Orthopädie). In vielen Fällen ist Blutarmut, Verstopfung, Bettnässen (bei Blasenkatarrh, Vorhautverklebungen, Maden-

würmern, Schließmuskelschwäche) zu bekämpfen. Daß nervöse Begleiterscheinungen des Schwachsinnns, wie Tics, Chorea, Epilepsie, in den Bereich des Arztes fallen, versteht sich von selbst, ebenso die komplizierenden psychischen Störungen, von denen ich Ihnen am Schlusse der letzten Vorlesung sprach.

Eine ganz besondere Beachtung erfordern die Gehör- und Sprachorgane schwachsinniger Kinder. Die Zahl der Schwerhörigen und Stammerler darunter ist nicht klein. Es ist ein grober ärztlicher und pädagogischer Kunstfehler, wenn ein schwachsinniges Kind als bildungsunfähig bezeichnet wird, während seine „Bildungsunfähigkeit“ nur von einer Schwerhörigkeit abhängt. Durch Entfernung störender adenoider Wucherungen und Behandlung chronischer Mittelohrkatarrhe muß man versuchen, das Hörvermögen zu bessern. Denn selbst mäßige Grade von Schwerhörigkeit beeinträchtigen die Sprachentwicklung. Was aber brauchen wir zur Bildung des kindlichen Geistes nötiger als seine intakte Sprache? Schwerhörige Kinder neigen zum Stammeln (otogenes Stammeln). Dieses und ähnliche funktionelle Mängel der Sprache sind geeignet, ein Kind in seiner Umgebung zu isolieren, es scheu und verschlossen zu machen und so seine geistige Entwicklung zu hemmen. Oft bleiben die Äußerungen solcher Kinder unverstanden; daraus entstehende schulische Mißhelligkeiten verstimmen das Kind, und zu der primären Sprachstörung addiert sich die psychische Hemmung durch den Affekt der Schüchternheit. Es ist nicht meine Aufgabe, Ihnen die Grundzüge der Behandlung der Sprachgebrechen schwachsinniger Kinder vorzutragen. Ich muß Sie vielmehr auf die Spezialarbeiten der bewährten Fachmänner (Liebmann, Gutzmann, P. Maas, Brauckmann u. a.) verweisen. Ich möchte Sie nur noch auf eine häufige sekundäre Sprachstörung geistig Zurückgebliebener aufmerksam machen, deren Verkenntung zu falschen erzieherischen Maßnahmen und zu Fehlgriffen in der Unterbringung führt. Ich meine die Stummheit. Dabei denke ich nicht an die Stummheit, die auf Taubheit beruht, sondern an die Hörstummheit, bei der es trotz relativ erhaltener Hörfähigkeit zu keiner Entwicklung der Sprache gekommen ist, sondern der Sprachschatz aus einigen Rudimenten (Oa, Papa, Mama, ja usw.) besteht. Die Ursachen der Stummheit sind verschieden. Idioten und andere tiefstehende Schwachsinnige haben nichts zu sagen. Sie haben keine Ge-

danken und brauchen auch keine Worte, um sie aus-zudrücken. Auf Sinnesreize und Organgefühle (Hunger und Durst) reagieren sie mit unartikuliertem Geschrei. Hier ist therapeutisch wenig zu wollen. Bei anderen liegt der Fehler nicht an der geistigen Öde, sondern am Mangel jeglicher Konzen-tration. Ihre Aufmerksamkeit ist so flüchtig und springend ihre Wahrnehmungen so oberflächlich, daß sich keine geordneten Begriffe bilden können. Dann besteht auch die Sprache nur aus einigen Worten, meist in schwer-stammelnder Form oder in gurgeln-den und lallenden Lauten. Solche Kinder sind typisch im Ver-halten: sie toben durchs Zimmer, greifen alles an, stecken die Gegenstände in den Mund, wälzen sich auf dem Boden oder im Bett umher und reagieren mit Geschrei, wenn man sie festhalten will. Sie agieren bei ihrem „Sprechen“ mit den Händen, die Augen gehen unstet hin und her. Der Gesichtsausdruck ist leer, trotz sehr lebhafter Mimik. Gewöhnlich erzählen die Eltern, daß diese Kinder für Schalleindrücke empfindlich sind und auch einiges Sprachverständnis besitzen. Bei diesen habe ich von einer zweck-mäßigen Spezialbehandlung geradezu Wunder gesehen. Scheinbar ganz „verwilderte“ Idioten habe ich später als bildungsfähige Schwachsinnige wiedergefunden. Die Besserung der Sprache geht Hand in Hand mit der Behebung der psychischen und motorischen Inkohärenz. In einer dritten Gruppe ist die Stummheit die Folge großer Ungeschicklichkeit der Sprachwerkzeuge. Hochgradige Stammer werden stumm. Oft sieht man dieselbe mo-torische Unbeholfenheit auch in den Körperbewegungen und als erschwerende Komplikation adenoide Wucherungen im Nasen-rachenraum. Die Aussichten der Sprachtherapie sind günstig. Nicht ohne Absicht habe ich eindringlicher auf diese Sprachgebrechen hingewiesen. Ich hörte von den Eltern, wie unzuweckmäßig sie bisweilen beraten worden waren. Die Erscheinung der Hörstumm-heit wurde fast nie richtig erkannt und in ihrer Genese erklärt. Der eine Arzt riet zur Förderschule (!), der andere zur Taub-stummenanstalt, ein dritter zur Idiotenanstalt, ein vierter zu einem Heilerziehungsheim. In weitere Kreise scheint noch nicht einmal die Kunde von der Existenz vorzüglich geleiteter Institute für sprachgebrechliche, geistig zurückgebliebene Kinder gedrungen zu sein. Bei der Feststellung, ob taubstumm oder hörstumm, werden auch von Ärzten manche Fehler begangen. Man glaubt, ein Kind

sei taub, wenn es z. B. auf starke Geräusche in der Nähe seiner Ohren (Händeklatschen, lautes Rufen, Umwerfen eines Stuhles) nicht reagiert. Das ist ein Irrtum. Das Nichtreagieren kann auf grober Unaufmerksamkeit beruhen. Andererseits sind Eltern und Ärzte versucht, ein taubes Kind für hörend zu halten, wenn es schrille Glockentöne oder Geräusche im Nebenzimmer wahrnimmt oder einfachen Aufforderungen nachkommt. Auch das ist falsch. Die Taubstummenlehrer wissen längst, daß Taube schrille Töne hören können, daß sie manche Geräusche nicht akustisch, sondern durch ihr feines Gefühl wahrnehmen (fortgeleitete Erschütterungen auf dem Fußboden) und Aufforderungen aus der Mimik und den Gesten des Auftraggebers ablesen oder erraten. Beweisend für die Hörfähigkeit eines Kindes ist die Angabe, daß es beim spielenden Lallen die Sprachmelodie der Umgebung (hoch, tief, laut, leise) nachzuahmen versucht (Gutzmann).

M. H.! Ich möchte das Kapitel der ärztlichen Behandlung des kindlichen Schwachsinn nicht verlassen, ohne noch einmal meine Auffassung über die Art und Bedeutung der Mitwirkung des Arztes zusammenfassend präzisiert zu haben. Schon in meiner ersten Vorlesung versuchte ich eine Grenzregulierung zwischen Psychiatrie und Pädagogik; heute will ich die Aufgaben der ärztlichen Kunst beim Schwachsinn kurz formulieren:

1. Rein ärztliche Aufgabe wird sein, in der Vorgeschichte eines Kindes diejenigen Momente ausfindig zu machen, die als die Ursachen des Schwachsinn mit zureichender Sicherheit anzusehen sind, und dem Pädagogen die Wechselwirkungen aufzudecken, die zwischen körperlichen und psychisch-nervösen Anomalien einerseits und der Schwachbefähigung andererseits bestehen. Aus der sachgemäßen Erhebung der Vorgeschichte (Anamnese) eines Falles und der Feststellung körperlicher und aus dem Rahmen einfacher angeborener geistiger Schwäche herausfallender psychischer Abnormitäten wird sich die Möglichkeit ergeben: a) durch Beseitigung körperlicher Schäden heilpädagogische Bestrebungen zu unterstützen; b) die zulässigen Grenzen der heilpädagogischen Behandlung festlegen zu helfen und c) gewisse Hinweise auf die von der somatischen und psychisch-nervösen Eigenart abhängige Zukunft des schwachsinnigen Kindes zu geben. Daß die ärztliche Untersuchung schwachsinniger Kinder geradezu unerlässlich ist, wird niemand bestreiten, der in eigener Erfahrung

unter den Schwachsinnigen den hohen Prozentsatz derjenigen kennen lernte, die mit körperlichen Gebrechen behaftet sind.

2. Das dringendste Erfordernis für eine ersprießliche ärztliche Betätigung bei schwachsinnigen Kindern scheint mir aber die psychiatrische Vorbildung zu sein. Trotz gewisser Bestrebungen von pädagogischer Seite, den kindlichen Schwachsinn als eine mit pädagogischem Maßstabe zu messende Spielart der Normalpsyche, höchstens noch als die Folge einer Krankheit (als eine gewesene Krankheit) aufzufassen, müssen wir betonen, daß der Schwachsinn eine Defektpsychose (Ziehen) darstellt, die in diagnostischer Hinsicht in die Domäne des Psychiaters gehört. Daran kann die Tatsache nichts ändern, daß der bildungsfähige jugendliche Schwachsinnige neben anderer Behandlung in der Hauptsache der heilpädagogischen bedarf. Die Forderung der psychiatrischen Mitwirkung bei der Untersuchung Schwachsinniger wird noch verständlicher, wenn Sie sich erinnern, daß vorübergehend oder dauernd sich gerne mit dem Schwachsinn andere psychopathologische Symptome vergesellschaften, die imstande sind, die pädagogische Einwirkung (wenigstens in unterrichtlicher Hinsicht) illusorisch zu machen oder direkt zu verbieten, oder solche, die neben einer heilpädagogischen auch eine ärztliche Behandlung erheischen.

3. Wie bei der Beurteilung des schwachsinnigen Einzelindividuums, so darf auch in Hilfsschulen und Schwachsinnigenanstalten die psychiatrische Beihilfe nicht fehlen. Es ist müßig, wenn man dabei von ärztlicher Kontrolle des Lehrers spricht und von einer intensiven Mitwirkung des Arztes Störungen des Schul- und Erziehungsplanes befürchtet. Der Arzt untersucht und kontrolliert das kranke Kind und nicht den Lehrer und seine Tätigkeit. Er hat die Pflicht, für das Kind das zu sagen, was der Pädagog kraft seines Bildungsganges und Standes nicht wissen kann. Dadurch ist eine saubere Scheidung im Wirkungskreise gegeben. Bei beiderseitigem gutem Willen lassen sich Kompetenzkonflikte wohl vermeiden.

Man lasse dem Arzt und Psychiater in der Heilpädagogik breiten und freien Spielraum! In Anstalten zumal, wo die ganzen Verhältnisse eine fruchtbringende ärztliche Betätigung ermöglichen. Auch die ärztliche Arbeit ist — wenigstens in vieler Beziehung — keine Augenblickssache. Der Arzt braucht für seine Erkenntnis

Zeit und Gelegenheit zum Beobachten. Beides hat er nicht, wenn er die Kinder nur beim Eintritt in die Anstalt untersuchen darf und sie im übrigen nur im „Lazarett“ sieht, wenn sie Scharlach oder sonst etwas haben, und wenn ihm der Eintritt in die Schulstube beinahe unmöglich gemacht wird.

4. Aber auch noch ein Wort für die Ärzte! Die ärztliche Arbeit muß einen kausalen Sinn haben, wenn sie dem schwachsinnigen Kinde nützen soll. Ihr Zweck ist nicht erschöpft mit der bloßen Konstatierung irgendwelcher körperlicher Gebrechen, sondern erst mit der Festlegung des eigenartigen Zusammenhangs somatischer Befunde mit der geistigen Minderwertigkeit. Vor allen Dingen soll die ärztliche Arbeit sich nicht nur auf die Schule beschränken, sondern von sozialhygienischem Geiste getragen sein, der in die Verhältnisse hineinleuchtet, die bei der Zeugung, Geburt, der individuellen Entwicklung und in der ganzen häuslichen Umwelt des Kindes maßgebend sind. Soll ärztliches Wissen nicht nur dem Individuum, sondern durch eine wissenschaftliche Erkenntnis der Gesamtheit nützen und uns in dem Verständnis des Wesens der verschiedenen Erscheinungsformen des Schwachsinnigen weiterbringen, so ist eine auf dem Studium der feinen mikroskopisch-anatomischen Verhältnisse des psychischen Zentralorgans beruhende Vertiefung in der Betrachtungsweise nötig. Daß bei solcher Arbeits- und Denkrichtung der Arzt befruchtend und fördernd wirken muß, wird auch der Pädagog zugeben, er mag seine eigene Arbeit so hoch einschätzen, wie er will.

Bei einer richtigen ärztlichen Beratung wird es Eltern und Pädagogen nicht schwer werden, für schwachsinnige Kinder die geeignete Unterkunft zu finden. Mit Rücksicht auf die Familienverhältnisse und den Schwachsinngrad ist die Frage der Unterbringung diskutabel. Wo eine gute Vermögenslage alle Wege ebnet, ist die Erziehung in der Familie wohl möglich, namentlich wenn es sich um unkomplizierte Imbezillität oder um ethisch einwandfreie Debile handelt, so daß keine Gefahr der Verführung für die Geschwister vorliegt. Ceteris paribus ist die Unterbringung in Einzelpension bei fremden Leuten ein zulässiger Ausweg. Für empfehlenswerter erachte ich jedoch stets die Einweisung in eine geeignete Anstalt, die gute Einrichtungen für den Schul- und Arbeitsbetrieb besitzt. Die

Möglichkeit zur praktischen Betätigung in Garten-, Feld- und Werkstättenarbeit für die Knaben, in Haus- und Küchenarbeit für die Mädchen, ist bei der erziehlichen Behandlung des Schwachsinnigen unentbehrlich und unersetzlich. Kein Psychiater verlangt von der Schwachsinnigenanstalt, daß sie nur Krankenhaus sei. Wohlhabenden Eltern stehen private, gutgeleitete, mit allen ärztlichen und Erziehungsmitteln ausgestattete Heilpädagogien und Erziehungsheime zur Verfügung. Den ärmeren Volksklassen bleiben die „Idiotenanstalten“, die vom Staat oder Kreis (Provinz) oder von der Kommune unterhalten werden¹⁾. Eine gewisse Abneigung des Publikums gegen diese ist unverkennbar und auf den ersten Blick auch verständlich. Die Schwachsinnigenanstalten beherbergen ja gemeinsam erziehungsfähige und bildungsunfähige, psychopathische und epileptische Kinder. „Unter solch eine Gesellschaft gebe ich mein Kind nicht“. „Idiotenanstalt? Warum nicht gar? Mein Kind ein Idiot. Sie irren sich wohl“. Dieses und ähnliches bekommt der Arzt zur Antwort, wenn er Anstaltsbehandlung vorschlägt, und er dringt oft nicht durch, wenn ihn nicht die bittere Not zum Heile des Kindes unterstützt. Eine Spezialisierung der Anstaltsfürsorge nach den Schwachsinngraden ist praktisch und wirtschaftlich nicht durchführbar. Man kann nicht eigene Anstalten bauen für Idioten oder Imbezille oder Debile. Wie sollten das der Staat oder die Kommunen leisten! Aber innerhalb der großen Anstalten mit dem modernen Pavillonssystem, zum Teil mit eigenen Jugendabteilungen (Uchtsprünge, Leipzig-Dösen, Roda), ist schon eine weitgehende Trennung und individualisierende Behandlung möglich, die mindestens der Trennungsmöglichkeit auf dem beschränkten Raume der privaten Anstalten gleichkommt. Hier essen ja auch recht verschiedene Kostgänger am gleichen Tisch, und die Armen, die mit Neid von den guten Anstalten für die „reichen Leute“ sprachen, habe ich aus voller Überzeugung immer damit getröstet.

Die Frage, ob sich die Einrichtung von Sonderanstalten für Jugendliche empfehle, wird von den erfahrensten Fachmännern verneint (Wildermuth, Alt). Die schematische Trennung von dem Gesichtspunkt des Alters aus bringt manche Härten mit sich:

¹⁾ Vgl. deutsche Anstalten f. Schwachsinnige, epileptische und psychopathische Jugendliche, redigiert von Direktor Pastor Stritter und Oberarzt Dr. Meltzer, 1912.

sie reißt unnötig die Pfleglinge aus vertrauter Umgebung. Der für die Anstalten pädagogisch, hygienisch und wirtschaftlich so wichtige Arbeitsbetrieb (Werkstätten, Gartenbau, Landwirtschaft) verliert durch die Versetzung der erwachsenen Pfleglinge seine besten Kräfte. Eine „Verdünnung der Jugendlichen mit einer Anzahl ausgesuchter Erwachsener“ (Alt) ist zur Disziplinierung, Anleitung und Pflege der Jüngeren zweckdienlich. Das Wünschenswerte scheint eine „planmäßige Kombination der Einrichtungen für Jugendliche mit solchen für erwachsene Kranke“.

Für schwachsinnige Kinder, die in der Familie bleiben, ist die Einrichtung der Hilfsklassen und Hilfsschulen¹⁾, in denen der Schulbildung der krankhaft Schwachbegabten Rechnung getragen wird, von ungeheurem Segen. Freilich, wo die häusliche Ergänzung der Schulerziehung fehlt, ersetzt auch die beste Hilfsschule die Anstalt nicht. Der schulische Einfluß reicht nicht weit über den Schulhof hinaus, und ethische Defekte wuchern auf der Straße der Großstadt üppig weiter. Eine willkommene Abhilfe wird durch die Schaffung von Tagesinternaten an den Hilfsschulen getroffen; so wird wenigstens einigermaßen ausgeglichen, was sonst in Großstädten der weite Schulweg oder das Familien-, Wohnungs- und Nahrungselend verschuldete. Die Fürsorgebestrebungen²⁾ der Hilfsschule dürfen sich nicht auf die obligatorische Schulzeit beschränken, sondern in ihren wichtigsten Aufgaben haben sie mit der Schulentlassung erst einzusetzen. Schutzaufsicht, Berufsberatung im ernsten Kampfe ums Dasein brauchen die schulentlassenen Hilfsschüler mehr als die geistig Normalen. Aber auch der innere Ausbau des Hilfsschulwesens läßt noch manches zu wünschen übrig. Auch heute gibt es immer noch zu wenig Hilfsklassen. Die leichter Schwachsinnigen bleiben deshalb meist notgedrungen in der Normalschule, wo sie als Ballast wirken, während doch gerade sie von der Unterrichtsmethode und Individualisierung der Hilfsschule weit größeren Nutzen hätten als die schwerer Schwachsinnigen. Ich halte es auch für einen Übelstand, daß die Überweisung in die Hilfsschule durchschnittlich zu spät erfolgt. Die offiziellen 2 Jahre schulischen

¹⁾ Vgl. Henze, Die Hilfsschule. Handb. der Erforschung und Fürsorge des jugendl. Schwachsinn. Vogt-Weygandt, 2. H. Jena 1912.

²⁾ Büttner, Fürsorgebestrebungen in der Hilfsschule. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. IV.

Mißerfolgs, die der Einschulung in die Hilfsschule vorangehen, sind ein unwiederbringlicher Zeitverlust. Eine Hauptforderung aber ist, daß die Vorbildung der Hilfsschullehrer auf eine andere Grundlage gestellt wird. Sie muß eine spezielle werden; neben einer gründlichen theoretischen Ausbildung in Psychopathologie und Hilfsschulpädagogik muß eine praktische durch Praktizieren in Hilfsschulen und Schwachsinnigenanstalten und ein abschließendes Examen als Befähigungsausweis gefordert werden. Die jetzt noch herrschende unglückselige Autodidaktik ist nicht mehr zeitgemäß¹⁾.

Unverbesserliche moralische Schädlinge unter den schwachsinnigen Kindern (die „Fürsorgezöglinge“) werden oft in die sogenannten Korrektions- oder Rettungshäuser oder Besserungsanstalten verwiesen²⁾. Es trifft sich dort leider „normale“ Verkommenheit mit schwachsinnigen ethischen Defektmenschen, und die notwendige „eiserne“ Disziplin, das Zusammenleben mit anderen antisozialen Elementen läßt nicht nur keine Besserung der abnormen Individuen zu, sondern wirkt geradezu stimulierend auf ihre verbrecherischen Instinkte. Eine gewissenhafte Trennung schwachsinniger und vollsinniger Fürsorgezöglinge erfordert eine gründliche, fachmännische Beobachtung. Deshalb sind die — allerdings sehr spärlichen — Beobachtungsheime (z. B. Kleinmeusdorf bei Leipzig und die Steinmühle bei Obererlenbach) von vorbildlichem Nutzen. Schwachsinnige Fürsorgezöglinge gehören in psychiatrisch geleitete Anstalten, wo sie wie die anderen psychopathischen Defektmenschen ausreichenden ärztlichen Einflusses teilhaftig werden und des dauernden „Schutzes des Schwachen“. Schon in der Vorlesung über die Epilepsie habe ich darauf hingewiesen, daß unter den Fürsorgezöglingen Affekt-epileptiker häufig sind. Auch sonst weist die überwiegende Mehrheit neben den wechselnden Graden des Intelligenzdefektes so viele psychopathische Stigmata auf, daß über ihre Zugehörigkeit zur Domäne des Arztes keine Zweifel bestehen können: Hang zum Umherstreifen, Unstetigkeit und Haltlosigkeit, Gemütsstumpfheit, vasomotorische Labilität (für gewöhnlich auffallend blaß, in der

¹⁾ Vgl. dazu Büttner, Heilpädagogisches Seminar. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandl. des jugendl. Schwachsinn. Bd. VII.

²⁾ Vgl. Deutsche Fürsorge-Erziehungs-Anstalten in Wort und Bild. Herausgegeben von Direktor P. Seiffert, Strausberg 1912.

Erregung häufiger Wechsel von Blässe und Röte, starkes Schwitzen), Hypalgesie oder Analgesie der Haut (selbst der Nasen- und Zungenschleimhaut). Der angeborene Schwachsinn nimmt bekanntlich unter den psychisch nicht vollwertigen Insassen der Fürsorgeerziehungsanstalten den breitesten Raum ein; es geht in allen möglichen Abstufungen von der schwersten Verblödung bis zur einfachen Debilität. Da finden sich die erethischen Imbezillen, deren lebhaftes Mimik, flotte Sprache, gutes Gedächtnis die innere Hohlheit verdecken können, ausgestattet mit einem unbändigen Triebleben, und die Debilen, bei denen die Verkümmernng der moralischen und ethischen Gefühle das Verhängnis ausmacht¹⁾. Abteilungen für schwachsinnige Fürsorgezöglinge können an Schwachsinnigen- und Epileptikeranstalten (Potsdam) oder an die Fürsorgeerziehungsanstalten selbst (Lichtenberg) oder an Irrenanstalten (Frankfurt a. M.) angegliedert werden. Bis jetzt ist leider in dieser Beziehung noch nicht ausgiebig genug gesorgt. Schließlich muß ich noch auf einen fruchtbringenden Plan in der Fürsorge schwachsinniger Kinder hinweisen, dem schon vor Jahren Fiebig Ausdruck verlieh, nämlich, daß größere Staatsverbände zentralisierte Heilerziehungsheime mit angegliederter Arbeitslehrkolonie gründen sollten. Der Nutzen davon wäre groß und zwar dreifach. Sie würden die Hilfsschulen von den schulisch nicht bildungsfähigen, aber praktisch durch den Arbeitsunterricht noch zu fördernden Idioten und Imbezillen rechtzeitig entlasten und die erzieherischen Einflüsse, gegenüber Familie und Gasse, garantieren. Sie könnten als heilpädagogische Seminare für angehende Hilfsschullehrer dienen und endlich eine Unterkunft den formell dem schulpflichtigen Alter entwachsenen Schwachsinnigen

¹⁾ Vgl. Mönkemöller, Bericht über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz Hannover. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinn. Bd. IV.

Mönkemöller, Die geistigen Abnormitäten bei schulpflichtigen Fürsorgezöglingen und ihre Behandlung. Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandl. des jugendl. Schwachsinn. Bd. IV.

Kluge, Über die vom psychiatrischen Standpunkt aus zu erfolgende Behandlung der schwer erzehbaren Fürsorgezöglinge. Zeitschr. für die Erforschung und Behandl. des jugendl. Schwachsinn. Bd. IV.

Schnitzer, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Zeitschr. für die Erforschung und Behandl. des jugendl. Schwachsinn. Bd. VII.

bieten. Gerade diese brauchen während der gefährlichen Zeit der Pubertät einen starken Halt, Schutz vor den eigenen kriminellen Neigungen und Gelegenheit zur Erlernung eines einfachen Berufs, ohne die Gefahr der Mißhandlung durch ungeduldige und unverständige Lehrherrn, die sovielen Schwachsinnige aus Brot und Lehre in die Arme der Vagabondage treibt. Bestrebungen zur praktischen Durchführung dieser Ideen sind bereits im Gange (Arbeitslehrkolonien in Pleischwitz und in der Steinmühle bei Obererlenbach).

M. H.! Es ist nicht mein Beruf, Ihnen hier ausführlich über Heilpädagogik vorzutragen. In den einschlägigen Lehrbüchern (Heller, Maennel, Demoor, Ziehen u. a.) finden Sie die Wege zur ärztlich-erzieherischen Behandlung des kindlichen Schwachsinnigen vorgezeichnet. Sie werden daraus ersehen, wie mühevoll die Aufgabe ist, den originär verkümmerten Geist aus dem Dunkel in lichtere Regionen zu führen, wie schwer, dem schwachsinnigen Kinde nur das Rüstzeug zu geben, das das vollsinnige zum Erwerb seiner Kenntnisse als Voraussetzung bereits mitbringt. Nur einige Grundzüge pädagogischer Behandlung möchte ich berühren, die sich richtunggebend aus der Erkenntnis des Wesens des Schwachsinnigen ableiten.

1. Prinzip jeglichen Unterrichts muß sein, beim schwachsinnigen Kinde nichts vorauszusetzen. Meist gilt es z. B. erst die Aufmerksamkeit zu wecken und zu disziplinieren und damit erst die Basis für die Aufnahme und psychisch-assoziative Verarbeitung der Sinneseindrücke zu schaffen (Sammeln!). Die mangelhaft entwickelten, „stumpfen“ Sinne bedürfen der Schärfung; namentlich das Gesicht (für Farbenunterschiede und Formen), der Tastsinn und das Muskelgefühl der Hand, das besonders wichtig ist für alle feineren Betätigungen (Schreiben, Greifen, Stricken, Nähen und sonstige Handfertigkeiten). Massage, passive Gymnastik mit Widerstand, Koordinationsübungen (durch Stäbchenlegen und am Formenbrett) sind hier am Platze. Eine gesundheitsmäßige Körperhaltung und normaler Gang muß durch Turnen erreicht werden. Selbst das Stillesitzen muß man mühsam erzwingen. Es gehört zu den schwersten Aufgaben, die vielen inkoordinierten Impulse der motorischen Sphäre in den Dienst der aufmerksamen Konzentration zu stellen (Bewegungsspiele!), besonders wenn rhythmische, stereotype oder ticartige Zwischenbewegungen stören.

2. Bei der Zumessung des Lernstoffes für schwach-sinnige Kinder muß die Erwägung maßgebend sein, daß nicht nur weniger, sondern auch anderes dargeboten werden muß als beim normalen Kinde, weil der Grund anders ist, auf dem man baut, und anders das Ziel, das man erreichen soll. Anschauung, Denken und Anwendung sind die drei Haupterfordernisse für die intellektuelle Förderung Schwachsinniger. Jede Anschauung muß am Objekte, nicht nur am Bilde geübt werden. Die Anbildung von Vorstellungen hat so zu geschehen, daß das Kind die konkreten, durch die Sinne vermittelten Partialkomponenten der Vorstellung sich einprägt, dann die Sprachvorstellung bildet und zum Nachsprechen veranlaßt wird. Nichts ist zweckloser als die Einübung eines Wortwissens, das im Seelenleben des Kindes keine „erlebte“ Grundlage hat. Wer schwachsinnige Kinder „auswendig lernen“ läßt, dem ist ihr Wesen fremd. Das gilt am meisten für die Zahlvorstellung. Man soll die Kinder nur so weit mit Zahlen behelligen, als sie einen praktisch verwertbaren Begriff damit verknüpfen. Ein verbalistisch eingepacktes Einmaleins ist wertlos, wenn es nicht gelingt, den Wertbegriff der Zahl zu entwickeln. Wenn es sich um die Einübung zusammenhängender Vorstellungsreihen handelt, darf nicht vergessen werden, daß bei dem Phantasiemangel des Schwachsinnigen alle Arbeit umsonst ist, wenn nicht die Erinnerungsbilder lebhaft affekt-betonter Empfindungen verwertet werden. Man erlebt dies im Religionsunterricht, in der Heimatkunde und Geschichte. Ein Unterricht, der auf die Miltätigkeit und Selbsttätigkeit des schwachsinnigen Kindes verzichtet, ist Zeitvergeudung. So muß auch der bei der Erziehung schwachsinniger Kinder grundlegende Gesinnungsunterricht, der dem Individuum den Halt fürs Leben geben soll, in ethisch-moralischer Beziehung auf die nächstliegenden Verhältnisse Rücksicht nehmen. Religion muß sich mit Anschauung und praktisch altruistischer Betätigung verknüpfen. Das Auswendiglernen von Bibelsprüchen und Glaubensartikeln macht das schwachsinnige Kind vielleicht formell „konfirmationsfähig“, aber nicht tüchtig; mit Ehren im Kampfe ums Dasein zu bestehen.

3. In allen Disziplinen wird man mit der gesteigerten Ermüdbarkeit rechnen und dem rasch erlahmenden

Interesse durch kurzdauernde Anforderungen und Wechsel in der Darbietung entgegenkommen müssen.

4. Für alle Grade des Schwachsinnns soll die Übung in der Handfertigkeit eine große Rolle spielen. Die manuelle Ungeschicklichkeit ist bei manchen Kindern geradezu erstaunlich. Selbst eine so einfache Manipulation, wie der sinngemäße Gebrauch des Messers bedarf oft der speziellen Unterweisung. Die alltäglichen Gebrauchsgegenstände muß das Kind zuerst kennen und selbsttätig gebrauchen lernen. Modellieren, Bauen, Schnitzen, Flechten, Tischlern, Buchbinden, Gartenarbeit sind Betätigungen, die in den Erziehungsplan aufgenommen werden müssen. Ein Schulgarten darf auch bei keiner Hilfsschule fehlen. Die Mädchen sind in der Haus- und Küchenwirtschaft zu unterweisen. Für viele Imbezille ist das Tun überhaupt der einzige Weg zur Auffassung und Förderung. Diese Kinder sitzen nutzlos die Jahre auf der Schulbank ab. Sie wissen nach 8 Jahren nicht mehr als nach zwei; der Buchstabe und die Zahl wirkten auf sie lähmend und um so widerlicher, je älter sie werden. Alle theoretische Moralbelehrung gleitet an ihnen ab. Für sie ist nur die reelle Betätigung, der belehrende Reiz und die Zucht der Arbeit ein Gegenmittel gegen intellektuelle Verkümmern und moralische Verstocktheit.

5. Die ethische Zucht wird sich bei tieferstehenden Schwachsinnigen auf die Bekämpfung übler Angewohnheiten und niederer Triebe richten müssen, als da sind Schreien, Nägelkauen, Haare- und Kleiderreißen, Urinsalben und Onanieren. Beim Imbezillen und Debilen wird die Hauptsache sein, Laster (Lügen, Stehlen, Naschen, Ungehorsam usw.) durch strengste Beaufsichtigung zu verhindern; das Abgewöhnen geht viel schwerer. Strafen sind oft wenig wirksam, da viele Schwachsinnige das Ehrenrührige der Abstrafung nicht empfinden. Bei aller augenblicklichen Zerknirschung vermissen wir die Nachhaltigkeit der Affekte. Noch während es „im Winkel steht“, kann ein schwachsinniges Kind schon den Grund dieser Maßregelung vergessen haben. Darum hat bei ihm die Strafe auch nur Sinn, wenn sie der Tat auf dem Fuße folgt. Die Form der Strafe muß der Tat angepaßt werden. Körperliche Züchtigung (mit Ausschluß des Kopfes) kann man nicht unbedingt perhorreszieren. Ich rate aber zur tunlichsten Sparsamkeit, da sie aus den früher angeführten Gründen in vielen Fällen

nur verrohend wirkt. Jedenfalls soll sich jeder Erzieher bei schwachsinnigen Kindern vor jedem Schlage, den er führt, erst noch einmal Rechenschaft darüber geben, daß er einem abnormen Menschenkind gegenübersteht, dessen Handlungsmotive andere sind als beim normalen und deshalb auch anderen Strafvollzug erheischen.

Noch muß ich der Fürsorge für schwachsinnige Kinder im modernen Recht gedenken (Polligkeit¹⁾). Die Erziehung des Kindes ist eine Pflicht und ein Recht der Eltern. Sie bestimmen die Erziehung und dieses Bestimmungsrecht ist nur durch die Vorschriften der Schulgesetzgebung eingeschränkt, daß ein Kind mindestens den Unterricht empfangen muß, den eine Volksschule gewährt. Die Landesgesetzgebung ist aber keine einheitliche betreffs der Unterbringung des schwachsinnigen Kindes, das in einer Normal- schule nicht fortkommt. Die Eltern müssen sich nur fügen, wenn in diesem Falle die Behörde die Überweisung in eine am gleichen Orte befindliche Hilfsschule anordnet. In allen anderen Fällen stößt die Unterbringung eines schwachsinnigen Kindes in eine Sonder- anstalt gegen den Willen der Eltern auf Schwierigkeiten. Wenn die Landesgesetzgebung keine Bestimmung enthält, durch die der Schulzwang auch auf den Besuch von Schwachsinnigenanstalten ausgedehnt wird, so können nur der § 1666 B. G. B. und die Zwangs- erziehungsgesetze helfen. Der § 1666 B. G. B. lautet: „Wird das geistige und leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, daß der Vater das Recht der Sorge für die Person des Kindes miß- braucht, das Kind vernachlässigt oder sich eines ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens schuldig macht, so hat das Vormundschafts- gericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßregeln zu treffen. Das Vormundschaftsgericht kann insbesondere anordnen, daß das Kind zum Zwecke der Erziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungsanstalt oder in einer Besserungs- anstalt untergebracht wird“. Es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß eine sinnvolle Anwendung des § 1666 das Eingreifen des Vor- mundschaftsgerichts erfordert, wenn eine ungenügende Erziehung oder eine mangelhafte Berufsausbildung von seiten der Eltern die

¹⁾ Polligkeit, Fürsorge für Schwachsinnige im modernen Recht. Enzyklopäd. Handb. der Heilpädagogik. — Vgl. auch Weygandt, Die Jugendlichen im Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandl. jugendl. Schwachsinn. Bd. 3. 1910.

Interessen des Kindes gefährdet. Auf die Gefährdung ist die Betonung zu legen, eine tatsächliche Beeinträchtigung des leiblichen und geistigen Wohles des Kindes oder gar eine Verwahrlosung braucht noch gar nicht eingetreten zu sein. Anträge aus Gründen des § 1666 B.G.B. können von jedermann an das zuständige Vormundschaftsgericht gestellt werden. Wie so vieles im Leben, so scheidet die Unterbringung an dem Mangel an Geldmitteln, wenn die öffentliche Armenpflege versagt. Nicht überall erkennt diese die Erziehung eines Kindes als ihre Aufgabe an, sondern nur die Verpflegung. Im Falle der Erziehungsbedürftigkeit bleibt als letztes Mittel nur die Unterbringung im Wege des Zwangserziehungsverfahrens übrig. Nach Artikel 135 des Einführungsgesetzes zum B.G.B. ist die Zwangserziehung außer in den Fällen des §§ 1666 und 1838 des B.G.B. nur dann zulässig, wenn sie zur Verhütung der völligen sittlichen Verderbnis notwendig ist. Es wäre wünschenswert, wenn die Vorschriften für die Zwangserziehung schon im Stadium der Gefährdung und nicht erst im Beginn oder nach Vollendung der sittlichen Verwahrlosung eintreten könnten. Im Strafverfahren gegen jugendliche Schwachsinnige kommen bis jetzt die §§ 55 und 56 St.G.B. in Frage, die die Strafmündigkeit der Kinder unter 12 Jahren und die bedingte Strafmündigkeit für die Jugendlichen, die das 12., nicht aber das 18. Lebensjahr vollendet haben, festsetzen. § 55 und § 56, Abs. 2 besagen, daß die jugendlichen Übeltäter nach Maßgabe der landesgesetzlichen Bestimmungen zu ihrer Besserung und Erziehung einer Familie oder einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt überwiesen werden können. Die Strafverfolgung bedingt Strafmündiger ist nach § 56 St.G.B. davon abhängig, ob sie bei Begehung der strafbaren Handlung „die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht“ besaßen oder nicht. Die Entscheidung darüber liegt in dem freien Ermessen des Gerichts. Der Einsichtsparagraph hat uns Ärzten stets außerordentlich große Schwierigkeiten gemacht, weil er bei seiner ausschließlichen intellektualistischen Fassung nicht genügend auf die ganze Persönlichkeit des jugendlichen Täters Rücksicht nimmt. Ein Schwachsinniger kann wohl den Grad der Verstandesentwicklung besitzen, daß er die Strafbarkeit einer Handlung einsieht, ohne dabei infolge seiner krankhaften Gefühle, Affekte, Triebe und seiner Willensschwäche die zur Vermeidung einer Straftat nötigen Hemmungen aufbringen zu können. Die moralische Ent-

wicklung geht bekanntlich nicht immer der intellektuellen parallel. Deshalb bedeuteten die im Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch (1909) vorgesehenen Änderungen betreffs der Jugendlichen einen erfreulichen Fortschritt. § 68 verlegt die Grenze der Strafunmündigkeit an das Ende des 14. Lebensjahres, was mit Rücksicht auf die Tatsache bedeutungsvoll ist, daß jährlich ca. 10000 Volksschüler gerichtlich verurteilt wurden. Die in § 56 St.G.B. vorgesehene „erforderliche Einsicht“ fällt ganz weg. Dafür besagt § 69: „Hat der Täter zur Zeit der Tat das 18. Lebensjahr nicht vollendet, so sind hinsichtlich der Bestrafung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) anzuwenden Erscheint die Tat hauptsächlich als Folge mangelhafter Erziehung oder ist sonst anzunehmen, daß Erziehungsmaßregeln erforderlich sind, um den Täter an gesetzmäßiges Leben zu gewöhnen, so kann das Gericht neben oder an Stelle einer Freiheitsstrafe seine Überweisung zur staatlich überwachten Erziehung anordnen. Die Art und Dauer der Erziehungsmaßregeln bestimmen sich nach hierfür bestehenden Gesetzen, doch kann das Gericht die Unterbringung in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt anordnen.“ § 70 lautet: „Die Freiheitsstrafen gegen Jugendliche sind in besonderen für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken. Dabei sind die voll zurechnungsfähigen Jugendlichen von vermindert zurechnungsfähigen vollständig abzusondern. Freiheitsstrafen gegen vermindert zurechnungsfähige Jugendliche können auch in staatlich überwachten Erziehungs-, Heil- und Pflegeanstalten vollzogen werden.“ Gegen eine Strafvollstreckung in Heil- und Pflegeanstalten wurde von den Ärzten Front gemacht. Sie sind dazu da, Kranke zu heilen oder zu pflegen, aber nicht zur Strafvollstreckung.

Inzwischen ist der Vorentwurf von 1909 durch einen Entwurf des Strafgesetzbuches vom Jahre 1919 überholt, der 1921 der Öffentlichkeit übergeben wurde¹⁾. Er stimmt im wesentlichen und wichtigen mit dem Inhalte des bereits 1920 veröffentlichten Entwurfs eines Jugendgerichtsgesetzes überein. § 129 des Entwurfes des Strafgesetzbuches besagt kurz: „Ein Kind, das eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, gilt als nicht zurechnungsfähig.“ Da sich aber aus § 9 Ziff. 1 ergibt, daß im Sinne des Entwurfes ein Kind ist, wer noch nicht 14 Jahre alt ist, so ist damit die Grenze der

¹⁾ Vgl. E. Schultze, Der Entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch 1919 vom Standpunkte des Psychiaters. Arch. f. Psych. Bd. 66. 1922.

absoluten Strafunmündigkeit auf das vollendete 14. Lebensjahr eo ipso hinaufgerückt. Für die Jugendlichen, unter denen nach § 9 Ziff. 2 zu verstehen ist, wer über 14 Jahre, aber noch nicht 18 Jahre alt ist, also für die Stufe der bedingten Strafmündigkeit, soll der § 130 maßgeblich werden: „Ein Jugendlicher, der eine mit Strafe bedrohte Handlung begeht, ist nicht zurechnungsfähig, wenn er zur Zeit der Tat wegen zurückgebliebener Entwicklung oder mangels geistiger oder sittlicher Reife unfähig ist, das Ungesetzliche der Tat einzusehen oder seinen Willen gemäß dieser Einsicht zu bestimmen.“ Damit wäre der jetzt gültige § 56 Str. G. B. beseitigt und doch zugleich präzise auf die jugendlichen Verhältnisse Rücksicht genommen. Der neue Entwurf sieht auch ganz detaillierte Bestimmungen erziehhlicher Art bei der strafrechtlichen Behandlung Jugendlicher vor. Das Gericht hat darüber zu befinden, ob bei einem Jugendlichen Erziehungsmaßregeln erforderlich sind (§ 131). Hält es diese für ausreichend, so hat es sie anzuordnen und von Strafe abzusehen. Auf Strafe und Erziehungsmaßregeln kann auch nebeneinander erkannt werden. Auf Erziehungsmaßregeln ist auch dann zu erkennen, wenn der Jugendliche wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit freigesprochen oder wegen Annahme eines besonders leichten Falles von Strafe abgesehen wird (§ 132). Die Erziehungsmaßregeln bestehen in Vermahnung oder Überweisung an die Zucht des gesetzlichen Vertreters oder der Schulbehörde oder in der Anordnung besonderer Erziehung oder Stellung unter Fürsorgeerziehung. Das Gericht kann den Jugendlichen bis zur Dauer von 3 Jahren, aber nicht über das 21. Lebensjahr hinaus, unter Schutzaufsicht stellen (§ 133). Der § 135 regelt die bedingte Strafaussetzung, § 136 die Art des Strafvollzugs bei Jugendlichen, bei denen „unter Wahrung des Ernstes der Strafe seine Erziehung gefördert werden soll“ (von Erwachsenen getrennt, bei längeren Freiheitsstrafen in besonderen für Jugendliche bestimmten Anstalten oder Abteilungen).

Aber alle Reformen des Strafrechts sind nur eine symptomatische Behandlung des Übels der jugendlichen Kriminalität. Die ungleich wertvollere kausale Reform muß an unseren Erziehungsgrundsätzen den Hebel ansetzen. Jedes Kind hat Anspruch auf die Möglichkeit zu der sittlichen Erziehung, die ihm die Vorbedingungen zu seiner sozialen Brauchbarkeit liefert. Das ist bei schwachsinnigen Kindern doppelt wichtig. Solange es nicht mög-

lich ist, sie in zentralen Heilerziehungsheimen unterzubringen, müssen wir an die Wirksamkeit privater Fürsorgevereine appellieren. Dazu gehören die sog. Erziehungsvereine mit dem Zweck, verlassene und verwahrloste Kinder zu sammeln und in den von ihnen geprüften und beauftragten Pflegestellen oder unterhaltenen Anstalten zu erziehen. Sie tragen einen ausgeprägt konfessionellen Charakter. In vielen Städten bestehen bereits Hilfsschul- oder Fürsorgevereine. Sie haben den Zweck, vorbeugende, pflegerische, Schutz und Hilfe vermittelnde Fürsorge für gefährdete, verwahrloste und straffällige Kinder und Jugendliche auszuüben. Nahezu alle Fürsorgevereine unterhalten eine Beratungsstelle und üben Vormundschaftsgerichtshilfe, meist auch Jugendgerichtshilfe aus. Neben der wissenschaftlichen Propaganda richten sie ihr Augenmerk auf:

Einrichtung von Kinderheimen mit Beköstigung und Tagesaufenthalt, Ferienpflege, Beschaffung passender Pflegestellen, rechtzeitige Überweisung in die geeigneten Anstalten, Belehrung der Eltern, Vormünder und Arbeitgeber¹⁾. Auch die Berufsvormundschaften (Polligkeit) versprechen viel Gutes. Sie sollen aus pädagogisch und psychiatrisch vorgebildeten Kräften bestehen, die Eltern mit erzieherischem Rate unterstützen und die praktische Durchführung der Aufsicht des Vormundschaftsgerichts besorgen. Es ist nicht zu leugnen, daß durch die Berufsvormundschaften die Paragraphen des BGB. über die Fürsorgeerziehung eine sinngemäße Unterstützung finden, besonders der bekannte § 1664 BGB., der besagt, daß der Vater bei der Ausübung der elterlichen Gewalt dem Kinde gegenüber nur für diejenige Sorgfalt einzustehen habe, die er in eigenen Angelegenheiten anzuwenden pflege. Diese ist oft recht gering und ihre Geringfügigkeit häufiger die Ursache der kindlichen Verwahrlosung als die schuldhafte Verletzung der Erziehungspflichten, für die der § 1666 BGB. die Fürsorgeerziehung vorsieht. Wenn man bedenkt, wie hoch der Prozentsatz der Schwachsinnigen unter den Anwärtern der Fürsorgeer-

¹⁾ Vorbildlich wirkt die „Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge“, Berlin N. 24, Monbijouplatz 3; vgl.: „Die Jugendfürsorgevereine im deutschen Reich“, Verzeichnis der Vereine zur Fürsorge für die gefährdete, verwahrloste und straffällige Jugend, herausgegeben von der deutschen Zentrale für Jugendfürsorge, bearbeitet von Hildegard Böhme und Dr. Käthe Mende, Berlin 1919.

ziehung ist — Mönkemöller fand unter 200 Zwangszöglingen 68 unverkennbar geistig schwache —, so erscheint der Wunsch gerechtfertigt, es möchten ihnen überall und zahlreiche Berater und Helfer nach Art der Berufsvormünder erstehen.

M. H.! Zum Schlusse muß ich das forensische Gebiet betreten, auf dem der sog. moralische Schwachsinn (moral insanity) bei den Rechtsbeugungen Jugendlicher eine große Rolle spielt. Die historische, in ihrer Umgrenzung schwankende Entwicklung dieses Begriffes seit Prichard interessiert uns heute nicht (Gaupp, Näcke, v. Muralt). Wir stehen jetzt alle auf dem Standpunkte, daß es sich dabei nur um einen „Denkkomplex“ (Siefert) handelt, der ganz heterogene Dinge deckt. Es bedarf kaum einer besonderen Erwähnung, daß man sich nie mit der Diagnose „moralischer Schwachsinn“ begnügen darf, sondern daß man immer die ein unmoralisch und antisoziales Handeln bedingenden Grundursachen zu erforschen hat. Unter moralischem Schwachsinn verstehen wir jetzt in der forensisch-psychiatrischen Praxis angeborene psychische Defektzustände¹⁾ mit einem Mangel gemüthlicher Ansprechbarkeit, einer Verkehrung aller sittlichen Gefühle und Strebungen und einer Fülle antisozialer Eigenschaften. Infolge davon kommt es zu einer totalen Unfähigkeit zur Einfühlung in die rechtlichen und sittlichen Anforderungen der Umgebung. Schon in der letzten Vorlesung habe ich Sie auf die

¹⁾ Daß es sich beim sog. moralischen Schwachsinn um einen Defekt, d. h. um einen Ausfall auf intellektuellem und affektivem Gebiet, handle, bestreitet Siefert (l. c.) sehr temperamentvoll. Er meint, es liege vielmehr ein Plus von Affekten, nicht ein konstitutionell ethisches Manko, sondern ein krankhaftes, die affektiven Wertigkeiten verschiebendes Funktionieren eines pathologischen Gehirns vor, das die normalen psychischen Reaktionen durch Handlungen ersetze, die vom gesellschaftlichen Standpunkt aus als „unsittlich“ imponieren. Der moralische Defekt sei meist nur ein scheinbarer und wenn wirklich vorhanden, an sich nicht tatenzeugend. Das unsittliche Handeln beruhe auf einer Abänderung oder Verschiebung in den das Handeln bedingenden affektiven Vorgängen, nicht auf einem Nichtfühlen, sondern auf einem Andersfühlen. Ich halte das für einen Streit um Worte. Denn kein Mensch hat daran gedacht, den springenden Punkt des moralischen Schwachsinnens lediglich in einem passiven Defekt zu sehen. Daß dazu noch ganz aktive Strebungen hinzukommen müssen, die Siefert mit Recht aus einem krankhaften Fühlen im weitesten Sinne herleitet, versteht sich ganz von selbst.

krankhaften Störungen im Gefühlsleben Schwachsinniger aufmerksam gemacht, die aus der mangelhaften Anbildung intellektueller (ethischer) Gefühlstöne entspringen. Je mehr der Intelligenzdefekt gegenüber der moralischen Perversion zurücktritt, um so mehr ist man geneigt, von einer ausschließlichen Erkrankung des Gefühlslebens zu sprechen, die das Individuum ab origine unfähig macht, sich sinngemäß in den Moralkodex der Gesamtheit einzufügen. Es liegt auf der Hand, daß auf diese Weise Grenzfälle geschaffen werden, die zwischen dem Typus des geborenen Verbrechers und dem moralisch Schwachsinnigen stehen. Die Charaktere des geborenen Verbrechers und des moralischen „Idioten“ berühren sich an vielen Punkten; beide durchlaufen vielfach den gleichen Entwicklungsgang. Von Kindesbeinen an ist ihnen die Liebe zu den Eltern fremd, sie sind nicht zärtlich gegen sie, grausam gegen Altersgenossen und Tiere. Sie haben eine unverkennbare Neigung zum Naschen, Lügen, Stehlen, Freude am Häßlichen, an der Zote; sie betätigen sich frühzeitig sexuell. Die Arbeit meiden sie wie die Sünde; sie bummeln und treiben sich gerne auf der Straße und in der Welt herum. Alle Strafen sind erfolglos, alle Milde ohne Wirkung. Es bildet sich kein Gefühl für Recht und Unrecht, kein Gefühl der Schuld, kein Ehr- und Schamgefühl, keine sittliche Hemmung durch das „Gewissen“. Begehrungsvorstellungen lösen reflexartig, wie beim kleinsten Kinde, rechtsbrecherische Handlungen aus. Die Moral- und Gesetzesvorschriften sind Steine des Anstoßes, die mit Schlaueit umgangen werden müssen. Auf die Frage, warum man nicht stehlen dürfe, erfolgt die selbstverständliche Antwort: „Weil man dafür bestraft wird“. Das Verwerfliche einer Handlung springt nicht in die Augen, „wenns nur nicht herauskommt“. Aber bei aller Ähnlichkeit in der äußeren Erscheinung muß doch eine Grenze zwischen dem geborenen Verbrecher und dem moralischen Idioten gezogen werden. Die angeborene Verbrecherneigung sehen wir nicht als Geisteskrankheit, sondern als eine Krankheitserscheinung am sozialen Organismus, als eine verderbliche anthropologische Varietät an. Wir scheiden vom „moralischen Schwachsinn“ auch die Fälle mit reiflicher Überlegung, in denen die genaueste Betrachtung des Entwicklungsganges in der Erziehung eines Kindes so schwere Versäumnisse und Fehlgriffe offenbart, daß die sittliche Verwahrlosung auch ohne krankhafte Basis erklärbar ist. Es gibt ja auch eine nor-

male ethische Verkümmernng. Wir sprechen von Moral insanity als einer geistigen Störung im Sinne des § 51 StrGB. nur dann, wenn neben dem moralischen Defekt auch intellektueller Schwachsinn oder deutliche Zeichen sonstiger krankhafter Geistestätigkeit auffindbar sind, die überzeugend dartun, daß der moralische Defekt eine psychopathische Grundlage hat (Schäfer, Binswanger). Auf einen ähnlichen Standpunkt hat sich die Entscheidung des Reichsgerichts gestellt.

In vielen Fällen ist die Erkennung des krankhaften Ursprungs ethischer Defekte sehr einfach, wenn sie schon während der Schulzeit auftreten und selbst die oberflächlichste Prüfung deutliche Intelligenzmängel zutage fördert. Erbliche Belastung, die typischen für den Schwachsinn prädisponierenden Kinderkrankheiten (Rachitis, Eklampsie), allgemein verlangsamte Entwicklung (Gehen, Sprechen!), Degenerationszeichen, Mangel an Aufmerksamkeit, das Schwerlernen, häufiges Sitzenbleiben, Abnahme der Leistungen in den oberen Klassen, all diese Faktoren lösen rasch das Rätsel unverbesserlicher moralischer Verkommenheit und bewahren jugendliche Delinquenten vor dem Strafrichter. Nur ein Beispiel für viele!

Nr. 78. Der 11jährige Schulknabe W. H. wird behördlicherseits in die Klinik eingeliefert, weil er einen unverbesserlichen Hang zum Schulschwänzen und Herumtreiben zeigt. Er stahl den Eltern Geld aus dem Schranke und vertat es auf dem Vogelschießen. Das Geld, das er von der Mutter zur Begleichung von Einkäufen mitbekommt, unterschlägt er zu Näschereien und läßt die Waren aufschreiben. Er geht zur rechten Zeit zur Schule, geht aber nicht hinein, sondern treibt sich in den umliegenden Dörfern umher und erschwindelt sich durch rührselige Erzählungen von dem Tode der Eltern und Obdachlosigkeit Nachtlager und Nahrungsmittel. Polizeilich eingebracht, hält er kurze Zeit zu Hause aus, dann verschwindet er wieder für Tage, taucht plötzlich bei Verwandten in einer stundenweit entfernten Stadt auf und bittet, ihn zu behalten; zu Hause sei die Mutter krank. Ein andermal gibt er als Grund an, er brauche nicht zur Schule zu gehen, sein Lehrer sei gerade gestorben. Mehrfache Diebstähle auf seinen Streifereien veranlaßten das Eingreifen der Polizei. Durch Vermittlung des Bezirksarztes wurde die psychiatrische Beobachtung angeordnet.

Die Anamnese ergab, daß sein Großvater väterlicherseits Säufer und eine Vatersschwester epileptisch ist. 4 seiner 7 Geschwister sind im ersten Lebensjahr verstorben. W. lernte erst im 4. Jahre gehen und im 6. Jahre sprechen. Zur Zeit stottert er und stammelt er. Mit 7 Jahren kam er zur Schule. Er ist ein schlechter Schüler und sitzt in der 2. Klasse (von unten).

Im wesentlichen leicht zu lenken, wird er bei Verweisungen jähzornig. Häufiger klagt er über Kopfschmerzen und zeigt eine übertriebene Furcht vor körperlicher Abstrafung. Jede bevorstehende Strafe löst eine Flucht und mehrtägiges Verschwinden aus. Der Knabe wiegt 57 Pfund bei 134 cm; er ist bleich. Seine Ohrfläppchen sind angewachsen. Er hat beiderseits Höcker auf dem Ohrtrand. Seine Hühnerbrust zeugt von der in der Kindheit überstandenen Rachitis. Der Gesichtsausdruck ist leer, blöde. Er kann die Jahreszahl nicht angeben, meint das Jahr habe 24 Monate. Rechnen innerhalb des Zahlenkreises 20 erfolgt in allen Spezies durchaus fehlerhaft. Was er heute mit Mühe und Not auswendig lernt, hat er morgen vergessen. — Im Klinikgarten macht er Jagd auf Vogelnester. Zur Rede gestellt, wälzt er die Schuld auf andere ab.

Nicht immer manifestiert sich der Intelligenzdefekt im mangelnden Schulwissen. Ebenso wenig wie grobe Unwissenheit gleichbedeutend ist mit Schwachsinn, schließt der Nachweis relativ umfänglicher positiver Kenntnisse ihn aus. Schwachsinnig ist derjenige, der trotz gedächtnismäßigen Wissens nicht zu urteilen vermag, was er mit den abstrakten Begriffen der Ethik und Moral anfangen soll, was er entsprechend seinen Jahren, Fähigkeiten und sozialen Stellung kann und darf, der dauernd und unverbesserlich nicht die Tragweite und Folgen seiner Handlungen für sich und andere abschätzen kann, bei dem auch die beste Erziehung nur äußere Dressur, aber keinen Funken von logischer Kausalität erreicht. Nicht im Nichtwissen, sondern im urteilschwachen Handeln trotz alles Wissens offenbart sich der Intelligenzdefekt vieler moralisch Schwachsinniger. Auf die richtige Würdigung der Urteilschwäche läuft manchmal die ganze Beweisführung des moralischen Schwachsinns hinaus. Da ist z. B. ein junger Mann, wohlsituerter Eltern Kind, der ein Tunichtgut schlimmster Sorte Schulden macht, lügt, sich mit Weibern herumtreibt. Er hat bis zum 16. Jahre 5 mal die Schule gewechselt. Kein Mensch seiner Bekanntschaft hält ihn für schwachsinnig. Aber welche Proben von Urteilschwäche leistet sich der Jüngling! Er fälscht auf Postanweisungen die Unterschrift der Mutter, und aufmerksam gemacht, daß er sich des Betrugs und der Urkundenfälschung schuldig gemacht habe, meint er lachend: „Das kann doch der Post ganz gleich sein, wer das Geld erhebt.“ Am Vorabend seiner Einlieferung in die Klinik kommt er spät nach Hause — ohne Hut, den er absichtlich in einem Bierlokal hängen ließ. Am andern Morgen erklärt er, nicht reisen zu können, da er keinen Hut habe, ver-

gißt aber vollkommen, daß eine so wichtige Reise auch mit einem alten Hut oder einer Mütze gemacht werden kann, die im Schranke hängen. Der Mensch ist bis Untersekunda durchgepreßt worden. Daß gerade die leichtesten Schwachsinsformen zu ethischen Defekten neigen, darauf habe ich schon mehrfach hingewiesen. Daß sie gerade zu so unliebsamen aktiven Schädlingen sich auswachsen, liegt daran, daß bei ihnen die egoistischen Strebungen (im Gegensatz zu schwereren Schwachsinsformen) wohl entwickelt sind, aber die altruistischen (viel komplizierteren) Gefühlsbetonungen unentwickelt bleiben. Ziehen¹⁾ empfiehlt deshalb für diese Fälle des moralischen Schwachsins die Bezeichnung: Debilität mit vorzugsweise ethischem Defekt.

Die zweite Gruppe der moralisch Schwachsinnigen, bei der mangels eines ausgeprägten intellektuellen Defektes die ethische Verkümmernng sich als Produkt oder Teilerscheinung einer allgemeinen psychopathischen Konstitution darstellt, hat streng genommen mit Schwachsinn nichts zu tun. Meist liegt zwar Debilität vor; sie ist es aber nicht, die bei ethisch-moralischer Depravation die Kriterien des § 51 liefert. Hier muß die psychiatrische Erforschung der Individualgeschichte des moralisch Schwachsinnigen unzweideutig seinen Werdegang vom kindlichen Psychopathen zum unverbesserlichen Gesetzbeuger dartun. Erkundigungen über die Jugend solcher Individuen fördern fast stets mit geringen Varianten dasselbe Bild zutage, dessen Einzelzüge ich Ihnen bei der Besprechung der psychopathischen Konstitutionen des Kindesalters aufwies. Wir finden: erblich-degenerative Belastung, Kinderkrämpfe, verspätetes Erlernen des Gehens und Sprechens, langdauernde Unsauberkeit, protrahiertes Bettlässigen, eine auffallende Gefühlsstumpfheit, unterdurchschnittliche Begabung in der Schule mit deutlicher Periodizität des Wollens und Könnens, insofern Zeiten relativer Leistungsfähigkeit mit solchen totaler Unbrauchbarkeit abwechseln. Immer hört man von der üppigen Phantasie und der Neigung zur Lüge und Renommisterei. Bei genauer Nachforschung weiß man von nächtlichen Angstzuständen, Nachtwandeln, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, unmotivierten Verstimmungen mit Lebensüberdruß, explosiven Zorn- oder Verzweiflungsausbrüchen zu erzählen. Die abnorme Reizbar-

¹⁾ Vgl. Ziehen, Zur Ätiologie und Auffassung des sog. moralischen Schwachsins. Wiener med. Wochenschr. 1914.

keit des Nervensystems zeigt sich in absoluter Intoleranz gegen Alkohol, in Ohnmachten oder ganz seltenen Krampfanfällen bei heftigen Erregungen. Kleine Anlässe werfen das seelische Gleichgewicht um, so daß die Kinder planlos davonlaufen oder Selbstmord versuchen, etwa aus Furcht vor einer Abstrafung oder nach einer ernsten Vorhaltung oder einer schulmeisterlichen Ohrfeige.

Nr. 79. Ich beriet einen 9jährigen Jungen H. M. Er war das einzige Kind. Sein Großvater mütterlicherseits war geisteskrank, sein Vater wurde von mir wegen Lues cerebrospinalis behandelt. Bis zum 4. Lebensjahre soll er sich normal entwickelt haben. Er zeigte aber eine skrofulöse Konstitution, die sich in Mittelohreiterung und starken Drüsenschwellungen im Nasenrachenraum kundgab. Zuerst fiel an dem 4jährigen Kinde die Naschsucht auf. Selbst wenn es gesättigt war, entwendete es heimlich Nahrungsmittel. „Der Junge frißt noch die abgetragenen Kartoffeln in der Küche“, sagte ärgerlich der Vater. Die zweite „Untugend“ war die unbezwingliche Lust zum Zerreißen. Es schien ihn mit Gewalt dazu zu treiben, Spielsachen, Bilderbücher und Gebrauchsgegenstände zu zerreißen. Da er wußte, daß er streng bestraft würde, versteckte er zitternd vor Angst die zerrissenen Sachen an den entlegensten Orten. Mit 6 Jahren fing er an Geld zu entwenden, um es zu vernaschen. Strafen nützten gar nichts. Er quälte die Tiere und rühmte sich seiner Schandtaten. Im allgemeinen war er gegen Menschen freundlich und zutunlich; aber manchmal brach impulsiv eine teuflische Bosheit durch: er warf z. B. aus dem Hinterhalt Passanten Sand oder Staub ins Gesicht oder er ging auf ein ihm bekanntes Kind zu, das Einkäufe besorgt hatte und sagte: „Was hast du denn im Korbe, laß' michs mal sehen“. Wurde es ihm gezeigt, so griff er blitzschnell zu, warf die Sachen über einen Gartenzaun und sprang hohnlachend davon. Mit 7 Jahren fing H. an, im Schlafe zu masturbieren. Man glaubte, eine Phimose sei schuld, die operiert wurde. Eine Änderung trat deshalb nicht ein. Die sexuelle Übererregbarkeit zeigte sich auch dadurch, daß er sich an weibliche Individuen gern anschmiegte und bei Liebkosungen sie mit den Beinen geradezu umschlang. In der letzten Zeit griff er den Dienstmädchen nach dem Busen und machte einmal ein unsittliches Attentat auf ein 7jähriges Mädchen. Bei freudiger Erregung ist er „wie wild“; er springt, „alles vibriert und zuckt an ihm“. Bei energischem Tadel ist er befangen; er macht dann in der Schule alles verkehrt. In allen theoretischen Schulfächern ist er „fix“, in Handfertigkeit sehr unbeholfen. Der Junge schläft sehr unruhig. Er hat die Neigung zum Traumwandeln. Er wurde mehrfach nachts mit offenen Augen auf dem Bettrand sitzend getroffen und gab auf Anreden keine Antwort. Davon wußte er am anderen Tage nichts. — H. ist ein kleiner blasser Junge mit rachitisch-kli-nocephalem Schädel und einer Stenose des r. Hinterhaupts. Die Zähne sind gezackt, die Tonsillen hypertrophisch. Er ist weitsichtig.

Solche Kindesnaturen muß man im Auge behalten. Mit zunehmendem Alter, wenn die Grenze der Pubertät überschritten

ist, treten die ethischen Defekte immer krasser zutage und wenn dann das erwachsene Individuum als „moralisch Schwachsinniger“ zur Begutachtung kommt, dann muß die psychopathische Basis der moralischen Verirrungen erst mit Bedacht und Sorgfalt wieder ausgegraben werden. Wenn der soziale Jammer alle anderen Überlegungen übertönt, wenn die Eltern wie vor einem Rätsel stehen, daß trotz sorgfältigster Erziehung, trotz liberalster materieller Position der Sohn stiehlt, Schulden macht, trinkt, sein Geld an Dirnen hängt, sich mit Dienstmädchen oder Kellnerinnen verlobt, Urkunden fälscht und das Ehrenwort bricht, dann hat der sachverständige Arzt den Schlüssel zur Lösung — mit dem Hinweis auf die angeborene psychopathische Konstitution — in der Hand. Ein schönes Beispiel dafür ist ein Fall, der auf der hiesigen psychiatrischen Klinik begutachtet wurde. Beachten Sie dabei die himmelschreiende Urteilsschwäche des „gebildeten“ Inkulpaten!

Nr. 80. Ein 19jähriger junger Mann wurde durch die Staatsanwaltschaft zur Begutachtung eingeliefert. 2 Schwestern des Vaters des Exploranden sind geisteskrank; die Mutter ist eine Hysterika, 2 ihrer Schwestern gleichfalls geisteskrank; eine Tante der Mutter, sowie deren Sohn haben durch Selbstmord geendet. Bis zum 9. Jahre, in dem der Knabe mehrere Infektionskrankheiten überstand, zeigte er keine geistige Veränderung. Von da ab wurde er unaufmerksam, zornmütig, unbotmäßig. In der Schule kam er trotz reichlicher Nachhilfe nur schwer mit. Seine Gemütsregbarkeit war krankhaft gesteigert. Eines Tadels wegen lief er mit 12 Jahren aus dem Hause fort und irrte auf dem Felde umher. Man fand bei ihm das Rasiermesser des Vaters. Er gab zu, daß er sich das Leben habe nehmen wollen. Mit 13 Jahren trat die Geschlechtsreife stark ein. Er masturbierte viel, trank heimlich Schnaps und rauchte unmäßig. Seit seinem 16. Jahr unterhielt er geschlechtlichen Verkehr. Seine Schulleistungen wurden schlechter; er ging vom Gymnasium auf die Realschule und erreichte mit 17 $\frac{1}{2}$ Jahren unter steten Nachhilfestunden die Berechtigung zum Einjährig-Freiwilligen-Dienst. Jetzt wurde er Lehrling in einem Bankgeschäft und unterschlug mit 18 Jahren 3000 Mark, die er mit Dirnen verjubilte. Als er sich unter einem falschen Namen in einem Hotel einlogierte, wurde er verhaftet. Durch ärztliches Zeugnis vor Bestrafung bewahrt kam er wieder in ein Bankgeschäft. Es folgten nun nach wenigen Monaten fortgesetzte Unterschlagungen, die zur erneuten Untersuchung führten. Wiederum erfolgte Begutachtung. Seine Intelligenz zeigte sich kaum geschädigt. Er rechnete rasch, drückte sich mündlich und schriftlich gewandt aus. Sein äußeres Verhalten war durchaus normal. Aber sein Urteil war defekt: Er stellte seine Unterschlagungen lächelnd als „harmlose Jugendstreiche“ dar. Er wollte nach der Entlassung aus der Klinik Offizier oder Landwirt werden. Jeglicher

Belehrung, daß er dazu weder die sittliche noch intellektuelle Befähigung besitze, war er unzugänglich. Am Tage vor seiner Entlassung aus der Klinik, wo es sich für ihn darum handelte, ob er ins Gefängnis wandern müßte oder nicht, brannte er auf einem Spaziergang seinem Wärter durch, versetzte seine Uhr und betrank sich mit Bowle. Dabei stellte sich seine Alkoholintoleranz heraus. Er war schon nach wenigen Gläsern sinnlos betrunken. Am nächsten Tage war er sehr zornig, als man ihm sein Verhalten vorwarf. Jegliche Einsicht in seine Handlungsweise fehlte.

Bei diesen Fällen ist die Verwandtschaft mit der Schizophrenie (vgl. die folgende Vorlesung) nicht zu vergessen. Gerade die Psychopathen des jugendlichen Alters mit schizoidem Einschlag lassen oft so schwere hypomoralische Störungen erkennen, daß man sie rein äußerlich der Gruppe des moralischen Schwachsinn einreihen kann [H. W. Maier¹⁾, Meggendorfer²⁾]. Man findet häufig (bis zu 30 0/0 der Fälle) bei ihnen Schizophrenie bei einem der Eltern, so daß der Schluß gerechtfertigt erscheint, diese Moral insanity-Formen seien eine der Dementia praecox wesensähnliche oder sogar wesensgleiche Erscheinung (vgl. H. Hoffmann, l. c. S. 220). Meggendorfer nimmt an, daß es sich bei der Pubertätsumwandlung im Sinne gesellschaftsfeindlicher Lebenseinstellung bei ursprünglich relativer intellektueller und moralischer Integrität um den gleichen „prozeßhaften“ Vorgang handelt, wie bei der gewöhnlichen Schizophrenie, der zu einem geistigen Defektzustand führt. Sein hervorstechendstes Merkmal ist die Störung des Gefühls- und Gemütslebens, das mit der „Gefühlsverblödung“ der Dementia praecox-Kranken identisch ist (vgl. folgende Vorlesung).

Jetzt, wo wir die Charakteristika der sog. Moral insanity kennen gelernt haben, erinnere ich Sie nochmals an das, was ich Ihnen über die Zusammenhänge intellektueller und körperlicher Übermüdung und moralischer Verfehlungen in meiner 2. Vorlesung gesagt habe. Warum? Weil beim Schwachbegabten noch mehr als beim vollsinnigen Kinde das Übermaß geistiger Dressur, die auf die Dauer aufreizende und anwidernde Darbietung nicht verstandener und nicht zu bewältigender Wissensstoffe in der Schule und häus-

¹⁾ H. W. Maier, Über moralische Idiotie. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 13. 1908.

²⁾ Meggendorfer, Klinisch-genealogische Untersuchungen über Moral insanity. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 66. 1921.

liches Einpauken, proportional dem intellektuellen Rückschritt, schlummernde Anlagen zu moralischen Schwächen wecken und bestehende verstärken. Kommen in solchen Fällen pädagogischer Vergewaltigung laxer häuslicher Fürsorge, der verführerische Reiz der Großstadt und schlechtes Beispiel unter den Altersgenossen als unterstützende Faktoren hinzu, so ist man geneigt, leichtfertig von Moral insanity zu sprechen, wenn trotz Zucker und Rohrstock die gewünschten Erziehungserfolge ausbleiben. Die Befreiung von dem Schuldruck, die Versetzung in Verhältnisse, wo das Lernen nicht mehr quälender Selbstzweck ist, sondern als Mittel, um Interesse zu erwecken, gehandhabt wird, beweist in solchen Fällen regelmäßig, daß nicht moralischer Schwachsinn des Kindes, sondern pädagogischer Schwachsinn der Erzieher vorlag.

12. Vorlesung.

Die wichtigsten akuten Geisteskrankheiten des Kindesalters.

M. H.! Bei der Besprechung der Geisteskrankheiten des Kindesalters habe ich nur die selbständigen akuten Psychosen im Auge, die in der Mehrzahl auch dem Laien als „Irrsinn“ imponieren und bei längerer Dauer eine psychiatrische Anstaltsbehandlung erfordern. Die ausgesprochen transitorischen psychotischen Erscheinungen bei der Epilepsie und Hysterie (Dämmerzustände) haben wir ja bereits früher betrachtet und der großen Defektpsychose des kindlichen Schwachsinn allein mehrere Stunden gewidmet. Nicht alle geistigen Erkrankungen des Kindesalters kommen in klinische Behandlung. Eine Reihe von kindlichen Psychosen wird aus naheliegenden Gründen in der Häuslichkeit behandelt und geheilt. Ich denke dabei an die Delirien, welche als Fieber- oder Deferveszenzdelirien die akuten Infektionskrankheiten des Kindesalters begleiten (Masern, Scharlach) und durch Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Assoziationsstörungen im Sinne der Inkohärenz ausgezeichnet sind. In neuester Zeit hat uns auch die Grippeencephalitis vorübergehende psychotische Erkrankungen dieser Art gebracht. Ein anderer Teil der kindlichen Psychosen nimmt mit oder ohne sachgemäße Therapie außerhalb der Anstalt den unheilvollen Ausgang in Verblödung (Demenz) und die Kinder kommen dann als „Blöde“ in die Idiotenanstalt. Deshalb ist es auch schwer, genaue Angaben über die relative Häufigkeit der akuten Psychosen während des schulpflichtigen Alters (vom 6. bis 14. Lebensjahre¹⁾ zu machen¹⁾. Man gelangte

¹⁾ Vgl. Bendix, Über Kinderpsychosen mit besonderer Berücksichtigung ihrer Frequenz und Prognose. Inaug.-Diss. Rostock 1906.

wenigstens zu falschen Schlüssen, wollte man sie nach den Aufnahmelisten der Irrenanstalten oder psychiatrischen Kliniken berechnen. Sehe ich von den schwachsinnigen, hysterischen und epileptischen Kindern ab, so finde ich bei der Betrachtung des Materials der hiesigen psychiatrischen Klinik, daß die akuten Psychosen bei Schulkindern kaum 1% der Gesamtaufnahmeziffer betragen. Ein geisteskrankes Kind — in dem oben umgrenzten Sinne — im vorschulpflichtigen Alter wurde überhaupt nicht aufgenommen. Die Prozentzahl der Kinderaufnahmen steigt natürlich — und zwar fast um das Dreifache —, wenn wir nicht den rein äußerlichen Maßstab der Schulzeit, sondern das jugendliche Alter überhaupt unterhalb der Grenze der Strafmündigkeit (18. Jahr) ins Auge fassen. Dann mehren sich die Fälle: die geisteskranken, kaum der Schule entwachsenen Lehrlinge und Handlungsgehilfen, die im eigenen oder fremden Hause beschäftigten Bauernknechte und Dienst-, Laden- und Kindermädchen, die Schüler der höheren Lehranstalten, sowie die blutjungen Studenten der ersten Semester.

Eine Stichprobe aus der psychiatrischen Klinik in Jena für den zehnjährigen Zeitraum von 1910 — 1919 hat folgendes ergeben: Die Zahl der Gesamtaufnahmen betrug 7685, und zwar 4381 männliche und 3304 weibliche Fälle. Von diesen hatten bei der Aufnahme 211 das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet (= 2,7%). Darunter befinden sich aber nicht nur die Psychosen, sondern alle Jugendliche (angeborener Schwachsinn, Epilepsie, Hysterie, psychopathische Konstitutionen usw.) Das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen ist 1,45 : 1,0.

Sondert man die genannten 211 Fälle unserer Klinik nach der Krankheitsform, so ergibt sich folgendes Bild:

	Gesamtzahl:	Knaben:	Mädchen:
1. Epilepsie	46 = 21,8 0/0	34 = 24,6 0/0	12 = 16,4 0/0
2. Konstit. Neuro- und Psychopathie	38 = 18,0 0/0	33 = 23,9 0/0	5 = 6,9 0/0
3. Debilität, Imbezillität, Idiotie	32 = 15,2 0/0	20 = 14,5 0/0	12 = 16,4 0/0
4. Schizophrenie	24 = 11,4 0/0	13 = 9,4 0/0	11 = 15,1 0/0
5. Hysterie	24 = 11,4 0/0	9 = 6,5 0/0	15 = 20,5 0/0

	Gesamtzahl:	Knaben:	Mädchen:
6. Hydrocephalus, Hirntumor, Mening. Encephalitis	14 = 6,6 0/0	8 = 5,8 0/0	6 = 8,2 0/0
7. Chorea	14 = 6,6 0/0	6 = 4,4 0/0	8 = 10,9 0/0
8. Neurasthenie	11 = 5,2 0/0	9 = 6,5 0/0	2 = 2,8 0/0
9. Lues cerebri, progr. Paralyse	5 = 2,4 0/0	3 = 2,2 0/0	2 = 2,8 0/0
10. Man.-depr. Irresein	3 = 1,4 0/0	3 = 2,2 0/0	
	Sa.: 211	138	73

Der Zweck meiner Vorlesungen schließt eine erschöpfende Darstellung der akuten Psychosen des Kindesalters aus. Ich will auch absichtlich mich nirgends in weitläufige systematisierende oder differentialdiagnostische Erwägungen verlieren, sondern nach Kräften versuchen, Ihnen durch typische Beispiele ein Verständnis der nicht immer einfachen Materie zu vermitteln. Neben einigen ausführlichen Spezialwerken (Emminghaus, Moreau, Ireland, Ziehen¹⁾], die alle Kinderpsychosen behandeln, existiert eine sehr umfängliche Kasuistik, auf die ich nicht eingehen kann²⁾. Eine genaue Besprechung erübrigt sich für uns auch deshalb, weil sämtliche Krankheitstypen, die unsere Psychiatrie beim Erwachsenen kennt und beschreibt, auch beim Kinde vorkommen, wenn man von der senilen Demenz, dem arteriosklerotischen Irresein und der echten chronischen Paranoia (Verrücktheit) absieht. Selbst die Dementia paralytica (die „Gehirnerweichung“ der Laien) ist im Kindesalter vertreten³⁾. Ich möchte hauptsächlich die Krank-

¹⁾ Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin, Reuther und Reichard, 1915 und 1917.

²⁾ Vgl. Haymann, Neuere Arbeiten über Geisteskrankheiten bei Kindern Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. III. Referate und Ergebnisse S. 609 und 689 ff.

³⁾ Sie ist eine sicher seltene Erscheinung (vgl. Schmidt-Kraepelin Über die juvenile Paralyse. Berlin, J. Springer, 1920.) Daß sie früher diagnostisch oft verkannt worden sein muß, ergibt sich daraus, daß z. B. an unserer Klinik die juvenile Paralyse in den Präsenzlisten von 1856—1910 nur 2 mal auftaucht, während 1910—1920 9 Fälle, darunter ein 10jähriger Knabe und ein 12jähriges Mädchen beobachtet wurden. Schmidt-Kraepelin hat unter dem Material der Münchener Klinik gefunden: 1 Fall mit 9, 2 mit 10, 4 mit 11, 3 mit 12, 5 mit 13, 3 mit 14, 6 mit 15 und 3 mit 16 Jahren.

heitsformen berücksichtigen, die besonders enge Beziehungen zu den physiologischen Charakteren und Vorgängen dieser Altersstufe haben oder für sie eigentümlich sind oder in ihren ersten Anfängen und Vorläufern darauf zurückreichen, um später zur vollen Entwicklung zu gelangen.

In der Mehrzahl der Kinderpsychosen spielt unter den ursächlichen Faktoren die erbliche Belastung eine bedeutsame Rolle. In den mir bekannten Fällen kindlichen manisch-depressiven Irreseins und Hypochondrie handelte es sich immer und bei der *Dementia praecox* häufig um nachweislich schwer belastete und konstitutionell psychopathische Individuen. In der speziellen Ätiologie begegnen wir den verschiedensten Momenten. Sehr oft wird ein plötzlicher Affektshock (Schreck, Furcht vor Strafe, körperliche Mißhandlung, unangenehme Sinneseindrücke überwältigender Art, z. B. eine Feuersbrunst, der Anblick eines blutenden oder toten Menschen) als Ursache angegeben, die zunächst allgemeine Schreckhaftigkeit, Wehleidigkeit, Neigung zum Grübeln und Weinen hervorrief und im weiteren Verlauf zur Psychose führte. Die Fälle, in denen unmittelbar im Anschluß an einen Affektshock die Psychose stürmisch mit motorischer Unruhe, Halluzinationen, Verfolgungsideen usw. auftritt, gehören meist in das Kapitel der Hysterie. Bei der kindlichen Melancholie spielen protrahierte Gemütsbewegungen, wie Sorge um die kranken Eltern, fortgesetzter Anblick ehelicher Prügel Szenen, Gram über schlechte Schulerfolge, vor allem aber Heimweh mit. Körperliche Erschöpfungszustände nach schweren Erkrankungen (Typhus, Scharlach, Diphtherie, langdauernden Mittelohreiterungen), ferner Erschöpfung durch anstrengende Kinderarbeit in der Heimindustrie oder im Hausdienste in Verbindung mit Schlafverkürzung und mangelhafter Ernährung bereiten den Boden für den Ausbruch der Erschöpfungspsychosen, für die die akute halluzinatorische Verwirrtheit (*Amentia*) auch im Kindesalter das Prototyp ist. Dazu gehören die Knaben und Mädchen, die ärmlichen Verhältnissen entstammend die von der Schule freigelassene Zeit in Aufwarte- und Ausgehdiesten opfern müssen. Das Bindeglied, das zur Psychose überleitet, ist die Blutarmut (*Chlorose* und *Anämie*) mit mangelnder Eßlust und Verstopfung. Manchmal geht der halluzinatorischen Verwirrtheit eine *Chorea* voraus. In vereinzelt Fällen löst ein einmaliger Alkohol exzeß bei disponierten Individuen einen Verwirrtheitszustand aus.

Intellektuelle Überanstrengung habe ich als Ursache einer akuten Psychose bei geistig vollwertigen, sog. nervengesunden Jugendlichen nie gesehen. Wo man schulische Überbürdung für die Geisteskrankheit verantwortlich zu machen suchte, handelte es sich um originär mittelbegabte oder debile Individuen, bei denen sich im Beginn der Pubertät auf die bestehende Debilität infolge der geistigen Überlastung des wenig tragfähigen Gehirns eine akute Psychose mit Ausgang in Demenz aufpfropfte. Oder es waren Schüler höherer Lehranstalten, bei denen ein in seinen Ursachen unerklärlicher geistiger Entwicklungsstillstand der Pubertätsjahre wissentlich oder unwissentlich übersehen wurde und bei denen ein widernatürliches Presse- und Pauksystem neben der Schule anstatt zur erhofften Förderung zur Psychose führte. Bei Mädchen sehen wir bisweilen, daß beim Einsetzen der ersten Menstruation sich eine maniakalische Exaltation etabliert oder daß periodisch wiederkehrende melancholische Verstimmungen sich ohne Zwang mit dem jeweiligen Eintritt der Periode in Zusammenhang bringen lassen. Meist aber — das gilt namentlich für die vielen Fälle der *Dementia praecox* — müssen wir Beziehungen zur Pubertätsentwicklung im allgemeinen vermuten. Daß bei der seltenen kindlichen *Dementia paralytica* die ererbte Syphilis die Ursache ist, kann man als erwiesen betrachten. Wie schon vorhin angedeutet, ist manchmal eine angeborene Debilität oder Imbezillität der Boden, auf dem sich später eine hebephrenische Psychose entwickelt. Auch bei der Ätiologie der Psychosen des Kindesalters ist hinter die Bedeutsamkeit der Onanie ein großes Fragezeichen zu setzen. Über eine sehr unbestimmte auxiliäre Wirkung wird es nicht hinauskommen. Pathogen kann auch das Trauma wirken. Ich erinnerte schon früher an die Fälle, wo bei Kindern sich nach Verletzungen neben ausgesprochenen neurasthenischen Beschwerden eine hypochondrisch-melancholische Stimmungslage entwickelte (vgl. S. 32).

Als die praktisch bedeutsamste Psychose des reiferen schulpflichtigen Alters, den eigentlichen Repräsentanten des „Jugendirreseins“, stelle ich die *Dementia praecox* (Kraepelin) voran. Bleuler¹⁾ hat dafür den Namen der Schizophrenie (Spaltungsirresein) eingeführt, weil die Folge der geistigen Er-

¹⁾ Bleuler, *Dementia praecox* oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien 1911.

krankung der Verlust der Einheitlichkeit der Persönlichkeit ist. In diese umfangreiche Gruppe gehört die Gesamtheit der Geisteskrankheiten, die sich durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt und durch den schließlichen Ausgang in einen mehr oder weniger ausgeprägten geistigen Schwächestand (Demenz) auszeichnen¹⁾. Dieser schwankt zwischen völliger Verblödung und so leichten Intelligenzdefekten, daß sie bei oberflächlicher Betrachtung kaum auffallen. Außerdem ist darauf zu achten, daß das Gemütsleben in der Psychose oft mehr leidet als die Intelligenz. Dann geht das Individuum trotz scheinbarer Genesung „defekt“ aus der Psychose hervor, abgestumpft in seinem Gefühlsleben und in seinen ethischen Qualitäten. Man merkt mit Schrecken die Einsichtslosigkeit und Gleichgültigkeit, mit der die Patienten ihrer Krankheitssituation gegenüber stehen. Intellektuell sind diese gefühlsmäßigen Defektmenschen selbst zur Erlangung gewisser „Bildungsgrade“ und Berufsstellungen fähig. Auf der einen Seite eine leichtsinnige Gleichgültigkeit, auf der andern eine empfindsame Reizbarkeit, das sind gleichfalls Restbestände des Jugendirreseins. Man fahnde also, wenn man den Endausgang taxieren will, nicht nur auf Urteilsschwäche und sonstige Intelligenzdefekte, sondern auch auf „Gemütsverflachung“! Ich mache auf diese Ausgänge mit Defekt besonders aufmerksam, weil nur sie meiner Ansicht nach dazu berechtigen, ein Krankheitsbild in die Gruppe der *Dementia praecox* einzureihen, nicht die Symptomatologie allein, die nur bis zu einem gewissen Grade der Wahrscheinlichkeit prognostische Schlußfolgerungen zuläßt. Beim Kinde ist dabei noch größere Zurückhaltung am Platze, als beim Erwachsenen. Bemerkenswert

¹⁾ Vgl. Grünthal, Über Schizophrenie im Kindesalter. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 46. 1919.

Raecke, Katatonie im Kindesalter. Arch. f. Psych. Bd. 45. 1909.

Rittershaus, Frühsymptome der *Dementia praecox*. Zeitschr. f. d. Behndl. u. Erf. des jugendl. Schwachsinn. Bd. 5. 1912.

Voigt, Über *Dementia praecox* im Kindesalter. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. und Psych. Bd. 48. 1919.

Weichbrodt, Zur *Dementia praecox* im Kindesalter. Arch. f. Psych. Bd. 59. 1918.

ist, daß die Erkrankung oft in Schüben verläuft. Auf einen Schub, der in relative Genesung ausgeht, folgt ein gutartiger zweiter und erst ein dritter kann die Verblödung bringen.

Die Dementia praecox hat ihre Domäne im Pubertätsalter. Es sind aber einwandfreie Fälle auch schon vor dem 10., ja sogar im 3. und 5 Lebensjahre beschrieben worden (Sante de Sanctis, Costantini, Raecke, H. Vogt). Ob die von Heller als Dementia infantilis bezeichneten kindlichen Verblödungsprozesse im 3. oder 4. Lebensjahr, die bald unter stürmischen Erscheinungen, bald in schleichendem Verlauf zu dem Bilde einer „schweren Idiotie“ führen, hieher zu rechnen sind, ist noch nicht entschieden.

Die Grundsymptome der Dementia praecox werden gebildet durch die „schizophrene“ Störung der Assoziationen und der Affektivität und durch eine grundsätzliche Änderung in dem Verhältnis des Ichs zur Umwelt und zur Wirklichkeit, die man als Autismus bezeichnet (Bleuler). Die Assoziationen verlieren ihren Zusammenhang. Dadurch wird das Denkresultat ungewöhnlich oder logisch falsch, zerfahren. Der Zufall regiert die assoziative Verknüpfung, Klangassoziationen bekommen eine ungewöhnliche Bedeutung. Der Zusammenhang zwischen Wort und Begriff lockert sich. Die größten Widersprüche im Denken werden unempfindlich hingenommen. Bei ausgesprochenen Formen der Schizophrenie steht die gemüthliche Verblödung im Vordergrund des Krankheitsbildes. Die Kranken sind gleichgültig, stumpf, ihre Affektäußerungen flach, nicht einheitlich, nicht modulationsfähig, enorm labil, springend von „Wurschtigkeit“ zu hypersensibler Reizbarkeit. Oft hinken die Affekte den Ideen nach. Am meisten pflegen die Gefühle zu leiden, die den Verkehr des Menschen untereinander regeln. Ganz verständlich wird aber die schizophrene Störung erst durch ihre zentralste und charakteristischste Alteration des Wechselverhältnisses zwischen Innenleben und Außenwelt. Das Innenleben bekommt ein krankhaftes Übergewicht (Autismus). Der Kranke ändert sein Weltgefühl, verliert absichtlich den Kontakt mit der Außenwelt, schließt die Wirklichkeit von seinem Denkmateriale aus und entzieht sich dem korrigierenden Einfluß der Erfahrung. Weder Augenschein noch Logik machen Eindruck auf Wünsche und Wesen der Kranken. Maßgeblich sind nur ihre „Komplexe“. Aus diesen Tatsachen ergibt sich auch die schizophrene Eigenart

des Handelns und Benehmens. Es ist ausgezeichnet durch Interesselosigkeit und Mangel an Initiative einerseits und durch Zerfahrenheit, Impulsivitäten und marottenhafte Sonderbarkeiten andererseits. Diesen „Grundsymptomen“ der Schizophrenie hat Bleuler die Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und die katatonischen Zeichen als „akzessorische Symptome“ gegenübergestellt.

Je nach der Verlaufsart hat man mehrere Untergruppen der Schizophrenie unterschieden: steht der stille Verblödungsprozess im Vordergrund, so spricht man von Hebephrenie, überwiegt die Wahnbildung, von *Dementia paranoides*, während man die Bilder mit gehäuften katatonischen Symptomen (vgl. später) als *Katatonie* bezeichnet. Gerade diese Form ist im Kindesalter sehr häufig.

Der Beginn der *Dementia praecox* ist oft ein allmählicher, selten ein stürmischer. Gewöhnlich fällt an den Schulkindern den Eltern und Lehrern ein verändertes Gebaren auf. Sie werden still, in sich gekehrt, scheu, störrisch, rechthaberisch, faul, albern. Die Schulleistungen werden minderwertig, weil der Fleiß und die Aufmerksamkeit nachläßt und eine Vergesslichkeit und Sorglosigkeit den Aufgaben gegenüber Platz greift. In der Schule starren die Kinder vor sich hin, träumen oder kichern unmotiviert und treiben *Allotria*. Sie nehmen es mit der Wahrheit nicht mehr genau, vergreifen sich an fremdem Eigentum, machen betrügerische Bestellungen bei Kaufleuten auf den Namen anderer Leute und vernaschen oder verschleudern die erschwindelten Sachen. Andere schwänzen die Schule und treiben sich planlos in der Stadt herum, kommen nachts nicht nach Hause, betteln fremde Leute an, schlafen in Möbelwagen, leisten sich Alkoholgenüsse und werden betrunken von der Polizei eingeliefert. Manchmal machen ganz sinnlose Triebhandlungen, Sachbeschädigungen, Bedrohungen oder impulsive Selbstmordversuche die Umgebung stutzig, so daß eine psychiatrische Begutachtung erfolgt. In einem Teil der eben skizzierten Anfangsstadien überwiegt eine indifferent-apathische Stimmungslage; andere Fälle setzen mit einer ausgesprochenen traurigen Verstimmung ein. Die Kinder erscheinen deprimiert, fühlen sich schwer krank, trauen sich nicht unter die Menschen, sitzen mit ängstlichem Gesichtsausdruck in einem Winkel, klammern sich an den Rockzipfel der Mutter, fürchten sterben zu müssen, beten in der Angst und produzieren scheinbar durch die Angst vermittelte

Wahnideen: daß man sie töten, erschießen, ihnen den Kopf abhacken wolle. „Ich habe vor etwas Unsichtbarem Angst. Findet der Weltuntergang bald statt? Jetzt kommt bald das große Erdbeben. Wann muß ich sterben?“ Man gewinnt den Eindruck einer schweren Angstmelancholie. Auch manische Zustandsbilder mit motorischer Unruhe, heiterer, ausgelassener Verstimmung, ideenflüchtigem Rededrang und Größenideen („ich stamme direkt von den Apollogöttern ab“) kommen vor, teils zirkulär wechselnd mit Zeiten ausgeprägter Hemmung, teils in der eigentümlichen Mischform des manisch-depressiven Irreseins (vgl. später).

In der Regel erfährt man bald, daß die Kinder mehr oder minder lebhaft halluzinieren. Sie hören Stimmen („Herr Jesus ist in Gethsemane, er hat mich soeben gerufen“), sehen Gestalten, Tiere oder Engel. „Der Geruch bringt mich um.“ „Das Brot schmeckt verzaubert.“ Die Qualität der Sinnestäuschungen ist natürlich nicht ohne Einfluß auf den Vorstellungsinhalt. Gerade die Feststellung von Halluzinationen (Stimmen!) ist für die Abgrenzung gegen ähnliche affektive Psychosen von ausschlaggebender Wichtigkeit.

Das Bewußtsein und die Orientierung der Kranken sind ungestört. Dagegen ist die Aufmerksamkeit schwer geschädigt. Eine große Ablenkbarkeit reagiert springend auf jeden Sinnesindruck. Die Aufmerksamkeit zweckmäßig auf die Vorgänge der Umgebung zu richten, fällt schwer. Diesen Defekt bemerkt man am deutlichsten bei Fragestellungen. Die Antwort knüpft ohne Rücksicht auf den Kernsinn der Frage an ein beliebiges Wort an. Die Kranken reden an der Frage vorbei. Eine einmal geweckte Vorstellung oder Vorstellungsrichtung bleibt mit hartnäckiger Konstanz in der Ideenassoziation haften (Perseveration). Man fragt z. B. ein Kind: Welchen Tag haben wir heute? Es antwortet richtig: Freitag, den 22. November. Fragt man nun weiter: „Welcher Monat kommt nach dem November?“, so erfolgt die Antwort: „der 23.“, schließlich aber „Dezember“. Fragt man darauf: „Welches Fest feiern wir im Dezember?“, so antwortet der Schizophrene „Januar“.

Aus einem Krankenexamen eines Untertertianers entnehme ich folgende charakteristische Stelle:

(Monat?) „Also den Monat Juli haben wir jetzt augenblicklich“.
(Tag?) „heute also ich glaube Montag“.

(Haus?) „und das ist also ich weiß nicht also . . .“

(Krank?) „nein, ich weiß nicht also“.

(Gesund?) „nein, ich weiß nicht also“.

(Wo früher?) „also früher, in C.“.

(Arzt dort?) „also der Arzt dort, Dr. M.“.

(Klasse?) „also, in die Untertertia“.

Derselbe Untertertianer antwortet auf die Frage: Wann war die Schlacht bei Marathon? „Im Jahre 870 ungefähr“. Im Teutoburger Wald? „Ungefähr 870 auch“. Bei Sedan? „Im Jahre 870“. Bestimmte Vorstellungen kehren unabhängig von äußerer Anregung mit überwertiger Betonung in derselben Form und Reihenfolge immer wieder (Stereotypie). Maßgebend in der Ideenassoziation ist der Wortlaut, der Gleich- und Ähnlichkeitsklang, nicht der Inhalt; so kommen oberflächliche Reimereien, Wortspiele oder ein richtiges Zu-Tode-Hetzen von Wörtern zustande. Der mündliche und schriftliche Ausdruck bekommt etwas Unproduktives, Leeres, Gespreiztes, Kindisches, ein Fehler, der noch erhöht wird durch die Neigung, gezierte Diminutiva und Wortneubildungen in den Redefluß einzustreuen. Ein Knabe gebraucht z. B. die Worte „Jägerstuh“, „Angstgeklirr“, „Silau“. Auf die Frage, was sie bedeuten, antwortet er: „Quatsch“. Ungemein bezeichnend für die schizophrene Denkrichtung ist eine geradezu frappierende Gleichgültigkeit für den Inhalt einer gedanklichen oder sprachlichen Assoziation. Ein hebephrener Knabe sagt: „Nikolaus ist ein Osterei; Otto ist ein Cakes; ein Glas Wein ist eine große Höhle; wenn ich Leim trinke, stirbt man.“ Ein anderer singt mit Vorliebe in monotoner Melodie: „Liesel, kleiner Leichenbub“.

Obwohl die Erinnerungsbilder früherer Zeit sich recht gut erhalten, kommt es doch bei der Aprozexie, mangelhaften Merkfähigkeit, Perseveration und Stereotypie zu keinem Fortschritt im Denken mehr. Die Intelligenz verödet, das Urteil wird unbestimmt. Allmählich wird auch das frühere positive Wissen vergessen. Manche Rudimente aus der Schulzeit haften allerdings mit erstaunlicher Zähigkeit bis in die fortgeschrittenen Stadien der Verblödung hinein. Dieselbe Perseveration und Stereotypie wie in Sprache und Schrift finden wir auch in den Bewegungen und Handlungen wieder. Die Initiative zu überlegtem Handeln fehlt. Zu jeder Arbeit muß man die Kranken schieben. Am liebsten hocken sie be-

schäftigungslos herum, lümmeln sich auf den Bänken umher, treiben Allotria und dumme Streiche, die ihnen der Augenblick eingibt. Tagelang, ja Monate lang wiederholen sie einzelne Bewegungen: laufen im Kreise herum, wiegen den Oberkörper, Klatschen in die Hände, zupfen an den Haaren, flechten sich Zöpfchen, schmieren sinnlose Buchstabenreihen, schreien oder singen Worte oder Wortbruchstücke. Dazu kommen die sogen. *Haltungsstereotypien*, die für die *Dementia praecox* so charakteristische Bilder liefern: rüsselförmiges Vorstülpen der Lippen, Stehen auf einem Beine, tagelanges Stehenbleiben auf einem Fleck, so daß die Füße anschwellen, igelartiges Zusammenrollen im Bett, Schwebehaltung des Kopfes über dem Kissen. Der Körper befindet sich in einem Zustande motorischer Hemmung und Spannung (*katatonischer Stupor*). Einzelne Eigentümlichkeiten in Haltung, Schrift oder Gang können sich zu sogen. *Manieren* fixieren. Die Buchstaben werden mit stereotypen Schnörkeln versehen, der Gang wird abgeändert; es wird auf den Fußspitzen getrippelt oder auf den Fersen gestapft. Manchmal fühlt man, wie jeder Versuch, in eine Haltung oder Bewegung einzugreifen, auf Widerstand und Muskelspannung stößt. Diese Sperrung gegen Anregungen von außen wird als *Negativismus* bezeichnet. Fordert man die Patienten auf die Zunge zu zeigen, so pressen sie die Lippen fest aufeinander, sollen sie irgend etwas fixieren, so kneifen sie die Augen zu, bringt man ihnen den Nachtstuhl, so halten sie den Stuhlgang an und defäzieren bald darauf ins Bett. Redet man sie an, so verkriechen sie sich unter die Bettdecke. Reicht man ihnen die Hand zum Gruß, so ballen sie die Faust. Hartnäckige Falschbenennungen der Umgebung gehören wohl auch hierher. Tage- und wochenlang kommt kein Wort über ihre Lippen (*Mutismus*). Zu den negativistischen Erscheinungen gehört auch die Nahrungsverweigerung, das Anhalten des Urins und Stuhlgangs und das Speichelsammeln im Munde. Im Gegensatz zu diesen Willenssperrungen stehen Zeichen erhöhter Beeinflußbarkeit motorischer Impulse. Die Kranken sprechen mechanisch die an sie gerichteten Fragen oder Äußerungen der Umgebung nach (*Echolalie*) oder wiederholen automatisch Bewegungen, die sie bei ihren Nachbarn sehen (*Echopraxie*).

Die eigentümlichen Krankheitsbilder mit den sogenannten *katatonischen Symptomen* des *Stupors* (intellektuelle und motorische Hemmung), *Negativismus*, der *Stereotypie*, *Perseveration*

und gesteigerten Beeinflußbarkeit hat man als Katatonie bezeichnet. Die Fälle kindlicher Schizophrenien scheinen für den katatonischen Symptomenkomplex besonders disponiert zu sein.

Praktisch wichtig sind bei der Dementia praecox impulsive Triebhandlungen (Sach- oder Personenbeschädigungen) und Einfälle z. B. das plötzliche Abschneiden der Haare, der Augenbrauen, Entkleiden oder Davonlaufen.

In körperlicher Beziehung vermißt man pathognomonische Befunde. Maximal weite Pupillen finde ich bei diesen Kindern in der Regel. Die Ernährung leidet, teils wegen der motorischen Erregung, teils wegen Nahrungsverweigerung. In einzelnen Fällen bleibt der Ernährungszustand trotz gieriger Eßlust dürrig. Ein endgültiges Anschwellen der Körpergewichtskurve bei ausbleibender psychischer Besserung deutet man erfahrungsgemäß als Zeichen des definitiven geistigen Ruins.

M. H.! Ich möchte Ihnen einige reine Fälle von Dementia praecox in den Schuljahren mitteilen, die Sie am besten über die verschiedenen Verlaufsarten belehren werden. Die ersten beiden Fälle sind typische Beispiele für die katatonische Varietät.

Nr. 81. A. L., Schulmädchen von 13 Jahren aus Ilmenau, wurde polizeilich in die Klinik eingeliefert. Ihr Vater, sowie ein Onkel und eine Tante väterlicherseits sind an Lungentuberkulose gestorben; die Mutter machte in der Schwangerschaft mit der Anna eine melanchol. Depression durch und akquirierte schon vor der Ehe Syphilis. Die Patientin hatte 4 Schuljahre glatt durchgemacht, war eine stets willige Schülerin gewesen und hatte selten zu Tadel Veranlassung gegeben. Im 12. Lebensjahre trat eine Änderung ein. Sie fertigte keine häuslichen Aufgaben mehr an, kam fast regelmäßig ungewaschen, ungekämmt und in schmutzigen zerrissenen Kleidungsstücken zur Schule und folgte dem Unterricht nicht. In ihrer Bildung blieb sie absolut stehen. Sie beteiligte sich in den Pausen nicht mehr an den Spielen der Mitschülerinnen, sondern stellte sich abseits. Sie antwortete nur mit Flüsterstimme und forderte man sie auf, lauter zu sprechen, so schrie sie die Worte heraus. Auf ihre Unsauberkeit aufmerksam gemacht, antwortete sie mit lächelnder Miene: „Ich bin ein Schwein! Ich gehöre in den Schweinestall!“ Noch vor einem Jahre die pünktlichste aller Schülerinnen, kam sie jetzt dauernd oft 1—2 Stunden zu spät und gab auf Vorhalt die ruhige Antwort: „Ich habe geleierte, gebummelt usw.“ Seit neuester Zeit weigerte sie sich überhaupt, die Schule zu besuchen.

Von Amts wegen erfuhren wir noch folgendes: Die Mutter der Anna L. ist Arbeiterin und kann sich nicht um ihre 10 Kinder kümmern. Bisher tat es zum guten Teil die Patientin. Seit Monaten verwehrte sie sich selbst und die Geschwister, belästigte die Anwohner der Straße dadurch, daß sie in schmutzstarrendem Zustande umherläuft, die Rösche hochhebt, unflätige

Reden führt und „Schlumperlieder“ singt. Mit der Mutter zankte sie sich unter großem Geschrei, nannte sie ein „Hurenmensch“, warf einen Fußschemel nach ihr, um bald darauf sich in zärtlichsten Ausdrücken an sie zu schmiegen. Mehrfach warf sie Hausgeräte auf die Straße. Oft sitzt Anna still brütend im Hofe und fängt plötzlich an, Gesichter zu schneiden, zu schreien oder mechanisch zu zählen mit immer lauter werdender Stimme bis zur Heiserkeit. Die Beobachtung in der hiesigen Klinik wurde bezirksärztlich verfügt.

Anna L. bot normale körperliche Befunde dar. Auffallend war zunächst nur, daß sie in monotoner Wiederholung die Zunge von einer Backetasche in die andere warf. Der Gesichtsausdruck war heiter, die Sprache kaum verständlich — leise; wenn sie aber zum lauten Sprechen aufgefordert wurde, schreiend laut. Öfter stemmte sie beim Sprechen den rechten Arm an die rechte Halsseite; warum, gab sie nicht an. Sie gab ihre Personalien richtig an, die Jahreszahl und das Datum falsch. Sie schrieb schön mit etwas mangelhafter Orthographie (Flüchtigkeitsfehlern!), las rasch und richtig, aber ohne Interpunktion. $(2 \times 3 ?) = „6“$. $(4 \times 5 ?) = 15$. $(5 + 6) ?$ erst 30; dann 11. Die Frage, zu welchem Staate die Stadt Ilmenau gehöre, regte folgende perseveratorische assoziative Reihenfolge an: „Ilmenau gehört zum Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach — I. ist eine Stadt — I. hat 7000 Einwohner — I. ist ein Badeort und Kurgäste — sie beschäftigen sich mit Landwirtschaft — sie malen Tassen und machen Puppen. (Wo hast du das gelernt?) „In I. — in I. ist eine Bürgerschule, da sind 2000 Kinder — (nach einer kurzen Pause) — I. gehört zu dem Großherzogtum S.W.E. und zu dem Waldfürstentum (!) Meiningen — I. ist ein Landstrom (!) und Boch (!) — I. gehört zu der Welt — zu der großen Welt — I. gehört nicht zu uns — zu Sachsen Meiningen Gotha Arnstadt Marlishausen Orlamünde Frankfurt a. M., totes Meer, mittelländisches Meer. Ich bin ein Landstrom. Von Kind an bin ich ein Landstrom. I. ist ein Großherzogtum. I. ist eine große Stadt. I. ist eine Bürgerschule. I. ist durch alle Klassen bekannt. 1. Klasse, 2. Klasse, 3. Klasse, 4. Klasse bis zur 9. Klasse. I. ist ein Großherzogtum und gehört zu dem Reichtum (Reim!) zum Kaiserreichtum. Wir feiern des Kaisers Geburtstag. Berliner Stiefelwischer sind mir bekannt, die wischen die Stiefel — Berlin ist mir bekannt — Gotha ist nicht bekannt — da ist das große Meer — I. gehört zu den Städten Berlin, Preußen, Weimar, Eisenach — zum Landstrom — ich bin ein Landstrom — ha-ha!“ Während dieses Ergusses wiegte sie beständig den Oberkörper in sagittaler Richtung. (Wo bist du hier?) „In Venedig“. In den nächsten Wochen wechselte das Befinden: bald war die A. ängstlich, weinte, versteckte sich unter die Betten, aß nur heimlich, bald war sie erregt, räumte die Betten aus, griff Mitpatienten unter die Rücken, rannte sinnlos in der Stube umher und schrie ohne Grund. In ruhigeren Zeiten lag sie teilnahmslos mit kühlen Extremitäten, ohne ein Wort zu sprechen, im Bett und ließ sich füttern. Nachts war sie unreinlich und schrie oft plötzlich: „ach der Tod, der Tod“. Sie verwechselte nach 5 Monaten immer noch die Namen der Ärzte.

Dann folgte ein ruhiges Halbjahr. Die Pat. beschäftigte sich in der Küche, war freundlich und zutraulich, schlief und aß gut und erhielt regel-

mäßig Elementarunterricht. 5×6 , 7×8 wurde richtig gerechnet. Mit 14 Jahren (im Juni) traten die Spuren der ersten Menstruation ein und gleichzeitig eine neue Erregung mit unmotivierten Angsteinfällen: „Verzeih' mir, daß ich katholisch geworden bin“, „der Großherzog will kommen und mich ins Amtsgericht stecken“. Im Juli schlug die Stimmung um: Anna sang „Schlumperlieder“ und stieß von Zeit zu Zeit obszöne Worte aus, antwortete aber selten auf Fragen. 7×8 wurde falsch gerechnet. Einige Wochen später bestand ein eigentümlicher Mischzustand von läppischer, tänzelnder Erregung und weinerlicher Depression („ich will mich aufhängen oder stürz' mich zum Fenster hinaus, ich bleib nicht leben, das hat keinen Zweck“).

Die nächsten Jahre ging der geistige Verfall unaufhaltsam fort. Remissionen, in denen sich die Pat. beschäftigte, aß und schlief, traten selten auf. Aller Unterricht blieb erfolglos. Die Pat. behielt kaum 30 Sekunden, rechnete 3×4 falsch und strickte unrichtig. Grobe Küchenarbeit und kleinere Aufträge führte sie leidlich aus. Angst und Heiterkeit blieben aus, Gleichgültigkeit herrschte vor, am liebsten hockte sie allein. (Welches Jahr haben wir jetzt?) 20. (sieht die Zahl auf einem Wandkalender). (Wie alt bist du?) 12. (Möchtest du zu deiner Mutter?) „Nein, hier ist's schöner“ (!). (2×3 ?) „6“. (4×5 ?) „10, 15, 20“. (Wieviel Tage hat das Jahr?) „12“ u. s. f. Die Stumpfheit nahm rapid zu. Stundenlang hockte A. in einer Ecke, in sich gekauert, nur die Unterlippe bewegte sie fortwährend auf und ab. Zum Essen mußte man sie führen, sie verunreinigte sich, wo sie ging und stand. Im letzten Jahr der Beobachtung (18. Lebensjahr) wechselten heftige Erregungen, in denen sie zerriff und gegen die Isolierzellentüre polterte, mit tiefem Stupor, in dem sie tagelang auf einem Fleck mutistisch stand, bis sie Knöchelödem bekam. Zeitweise mußte sie mit der Sonde gefüttert werden.

Nach 6jährigem Anstaltsaufenthalt wurde A. der zuständigen Pflegeanstalt überwiesen.

Nr. 82. Fr. O., 13 Jahre alt; Mutter Japanerin; sie soll während der Schwangerschaft ca. 12 Tage ununterbrochen seekrank gewesen sein. Pat. konnte später als normal sprechen ($2\frac{1}{2}$ Jahr). Farbenunterschiede faßte er schwer (kann auch heute noch nicht rot und blau unterscheiden). Vereinzelt Einnässen bis zum 9. und 10. Jahre. Im 2. Jahre soll er eine „Gehirnentzündung“ überstanden haben. Näheres ist darüber nicht zu erfahren. Beim Schulbesuche zeigte er eine unterdurchschnittliche Begabung: er lernte schwer und langsam. Im Rechnen war er sehr schlecht. Anfang Juli 1908 veränderte sich das Verhalten des Knaben: bisher ein guter Kamerad, der gerne unter fremde Leute ging, zog er sich jetzt vom Spiele zurück, versteckte sich, wenn die Freunde kamen, um ihn abzuholen. Vom Morgen bis zum Abend las er; versuchte selbst Zeitungen zu lesen, fing an zu grübeln und sprach davon, daß er viel lernen wolle. Am 31. VII. 08 schlief er nachts sehr unruhig, stand öfter auf, stand am Fenster und starrte zum Himmel. Um 5 Uhr morgens kleidete er sich an und ging die Treppe hinunter, um das Haus zu verlassen. Dieser Drang, aus dem Hause zu

kommen, hielt an; was er dachte, was ihm fehlte, war nicht zu eruieren. Den Eltern fiel auf, daß die Sprache langsamer und schwerfällig war. Ließ man ihn auf die Straße zu seinen Spielkameraden, so stand er apathisch herum, kümmerte sich nicht um das Spiel oder stellte sich mitten auf die Straße und machte Faxen: deutete mit dem Finger nach dem Himmel, als ob er irgendwelche Vorgänge verfolgte. Zur Besserung des mangelnden Schlafes bekam er Schlafmittel, wurde darauf aber nur schlechter. Er verweigerte die Nahrung, glaubte, er sei vergiftet worden. Die Interesselosigkeit nahm zu. Er stand in „sonderbaren“ Stellungen umher, sah Bilder aus der biblischen Geschichte an der Decke und glaubte, er solle verbrannt oder vergiftet werden.

Bei der Aufnahme in die Klinik (10. IX. 08) war er ängstlich-erregt, wehrte sich gegen jede Annäherung. Im Bett lag er, den Kopf in Schwebehaltung. Auf Fragen gab er keine Antwort, bewegte aber leise die Lippen. Sobald man seinen Körper berührte, stieß er einen unartikulierten Schrei aus. Öfter sah er nach der Decke und unter das Bett, als ob er Stimmen folge. Ab und zu rief er: „Gott“ — ich habe nicht gesündigt — verlaß mich nicht“. Allen passiven Bewegungsversuchen setzte er starken Widerstand entgegen, masturbierte viel und war unrein mit Kot und Urin. Beim Besuch der Eltern war er ganz apathisch. Bis Ende des Jahres 1908 hielt dieser Zustand an: ablehnend gegen alle Maßnahmen; ißt und spricht nicht, muß gefüttert werden; unsauber mit Urin und Kot; maßlose Masturbation (Ödem des Präputium!); reagiert auf keine Frage; fängt sinnlos an zu schreien, wenn er gebadet, gewaschen, gekämmt, angekleidet werden sollte. Steht meist stumm auf einem Fleck mit gespanntem Gesichtsausdruck; zieht krampfhaft den Mund zusammen, wenn er gefüttert wird, läßt aufs Closett gesetzt weder Stuhl noch Urin, verunreinigt aber sofort nachher Kleider und Bett. Steht tagelang auf einem Fleck in folgender Körperhaltung: Kopf und Oberkörper nach vorne geneigt, rechte Hand zur Faust geballt und den Arm etwas erhoben, rechter Fuß etwas vorgesetzt, linker Fuß und Arm nach hinten gestellt; die ganze Muskulatur ist stark gespannt; der Ausdruck des Gesichts ist leer. Mit Beginn des Jahres 1909 wurde er freier und lebhafter, nahm Notiz von seiner Umgebung, sprach ab und zu einige Worte, kam Aufforderungen zu essen, Urin zu lassen usw. nach; nahm aber noch ab und zu eigentümliche Haltungen ein: so bögte er sitzend und stehend Oberkörper und Kopf nach vorn; reichte die Hand in Supinationsstellung. Wurde er in den Garten geführt, so blieb er auf einem Fleck stehen, wenn man ihn nicht am Arme weiterführte. Bis zum 1. April hatte er 10 Pfund an Gewicht zugenommen. Im März hatte er einen mehrere Tage dauernden Erregungszustand: er lief andauernd, die Hände in den Hosentaschen vergraben und mit lachendem Gesichte um den Tisch des Zimmers herum und sang monoton: „Ich hatt' einen Kameraden!“ und den ersten Vers.: „Heil Dir im Siegerkranz“. Im Mai sinkt er wieder in die stuporöse Phase zurück: muß angekleidet, gewaschen, gefüttert, abgeführt werden; sitzt meist in gebeugter Körperhaltung mit seitwärts gewandtem Kopf. Er bekundet für nichts in seiner Umgebung Interesse; ist zu keinem Spiel, zu keiner Beschäftigung zu bringen. Im November bahnt sich wieder eine Besserung

an: beobachtet die Vorgänge der Umgebung, ist spontan, antwortet, gibt dem Arzt die Hand, sieht Bilder in illustrierten Zeitungen an. Im Februar 1910 langsam ansteigende Erregung: läuft im Zimmer umher, faßt andere Kranke an, beseitigt die Bilder von der Wand des Krankenzimmers, oder er läuft lachend und singend um den Tisch herum: „ich hatt' einen Kameraden!“ Oder er marschiert im Zimmer auf und ab und schlägt mit den Armen den Takt zum Marschieren. Erst im April wurde er wieder ruhiger. Dann wechselten erregte Phasen mit stumpfen, negativistischen unberechenbar ab. Am 14. VI. 10 wurde er in eine Anstalt für Schwachsinnige überführt.

Ein anderes Bild bietet der folgende Fall. Beginnend mit den Symptomen der Melancholie führt er in rasch aufeinanderfolgenden Schüben zur Verblödung.

Nr. 83. Otto Tr., Schulknabe aus Kl., 12 $\frac{1}{2}$ Jahre alt. Er ist von Vaterseite her erblich belastet. Er war ein stiller und folgsamer Junge, der in der Schule leicht lernte. 3 Wochen vor der Einlieferung in die Klinik erkrankte der Knabe plötzlich mit einem „Schreianfall“. In der folgenden Zeit war er sehr ängstlich, glaubte, er würde erschossen, auf den Schlachthof geschafft, sein Kopf würde abgesägt. Er betete eintönig stundenlang denselben Bibelspruch und klammerte sich angstvoll an die Mutter an. Er war örtlich und zeitlich durchaus orientiert und gab seine Personalien richtig an. Alle Antworten erfolgten langsam, leise. Mit ängstlichem Gesicht saß er im Bette und gab auf Befragen zögernd an, er habe solche Angst, weil er getötet werden sollte. Eine Stimme sage immer: „Ich tu dich gleich erschlagen, du Hund du!“ Einfache Rechenaufgaben löst Otto schnell und richtig, auch seine sonstigen Kenntnisse entsprechen dem Durchschnitt. In der Folgezeit sitzt er meist regungslos, den Kopf auf den Ellbogen gestützt im Bett und starrt mit leerem Gesichtsausdruck auf einen Punkt. Ein Wort ist ihm nicht zu entlocken. Nur zu Zeiten, wenn er ängstlich erscheint, spricht er und klagt über häßliche Stimmen. Zeitweilig glaubte er, sein Vater sei gestorben, seine Mutter im Schlachthause erstochen. Auf Grund ängstlicher Gehörstäuschungen kommt es öfter zu tagelangem schwerem Stupor, in dem der Knabe schwer atmend, regungslos im Bette liegt und mit der Sonde gefüttert werden muß. Allmählich wurde der Knabe freier. Die Angst schwand. Der Gesichtsausdruck aber behielt etwas Leeres und ein albernes Lachen trat manchmal auf. Er hörte noch vereinzelte Zurufe: „Hund elendiger“, ohne größeren Eindruck. Manchmal verunreinigte er sich mit Urin. Nach 3monatlicher Behandlung wurde der Knabe nach Hause entlassen.

Schon nach $\frac{3}{4}$ Jahren machte sich eine neue Einlieferung nötig. Der Knabe war wieder ängstlich, hörte drohende Stimmen und war einmal mit einem Messer auf einen Nachbarn losgegangen. Wie während des ersten Aufenthaltes wechselten stuporöse Phasen mit motorischer Hemmung, in denen er stumm und regungslos im Bett lag oder mit erhobenen Händen stand, mit freieren Zeiten. Er lachte oft unmotiviert. (Warum?) „Weil es mir schlecht geht“. Er erholte sich rasch, nahm stark an Körpergewicht zu und wurde in der Anstalt auf die Konfirmation vorbereitet. Er sagte das Gelernte

mechanisch ohne Stocken auf, für die einfachsten Begriffe fehlte ihm aber das Verständnis. Auffällig war auch, daß der Knabe auf verschiedenen Ungezogenheiten ertappt wurde: er nahm Vogelnerster aus und tötete die Brut, stellte sich lachend beim Spaziergang mitten auf die Straße und urinierte, warf sein Frühstücksbrot in die Zimmerecke oder in den Ascheneimer usw. Nach 8 monatlicher Behandlung wurde er gebessert entlassen.

$\frac{1}{4}$ Jahr später kam er wieder in die Klinik. Nach mehrfachen Alkohol-exzessen (bei einer Treibjagd und auf der Kirmes) brach eine tobsüchtige Erregung aus: der Knabe schrie, tobte, grimassierte, schlug um sich; der Gang war taumelig. Der Pat. erholte sich wiederum bald, erkannte seine alte Umgebung. Er fiel aber durch sein albernes Gebaren auf, lachte, kicherte, trieb Neckereien mit anderen Kranken und erzählte lachend von seinen Visionen. Auf dem Anstaltsfeste nahm er heimlich Alkohol zu sich, worauf wiederum eine mehrere Wochen anhaltende tobsüchtige Erregung ausbrach: Pat. mußte tagelang wegen hochgradigster motorischer Erregung im Dauerbade gehalten werden, in dem er mit wüster Stimme schrie und um sich schlug. In ruhigeren Zeiten traten Haltungsstereotypien und starker Negativismus zutage. Ganz unvermittelt erlitt Pat. auch einen epileptiformen Anfall. Nach 2jähriger Anstaltsbehandlung wurde der Knabe in die zuständige Pflegeanstalt überführt.

Diese Fälle rechnete man früher zur „Melancholie mit Stupor und Ausgang in Schwachsinn“. Sie haben mit Melancholie nichts zu schaffen. In dem nachstehenden Falle wurde zuerst der Eindruck erweckt, daß man es mit einer Pubertätsmanie zu tun habe. Erst die später hinzukommenden „katatonischen“ Zeichen änderten die Diagnose im Sinne einer schizophrenischen Verblödungspsychose, die der weitere Verlauf auch bestätigte:

Nr. 84. Wilhelm I., 13 Jahre alt, Untertertianer aus N., erkrankte aus bestem Wohlbefinden heraus im Frühjahr akut, nachdem er schon im Winter vorher durch stilles, in sich gekehrtes Wesen mit Hang zu religiösen Grübeleien (er ist Pfarrerssohn), blasses Aussehen und außerordentlich hartnäckige Stuhlverstopfung aufgefallen war, an heiterer Erregung mit Lachen, Rededrang und absoluter Schlaflosigkeit. Nach mehrwöchentlicher Behandlung in der Häuslichkeit mit Bädern, Packungen und Schlafmitteln trat Beruhigung ein und es bildete sich nun ein Zustand heraus, den der Vater als „mechanischen Gehorsam, unbewegliche Miene und Schlafsucht“ charakterisierte. Wilhelm wurde nun an die See geschickt. Dort machte er in etwa 4wöchentlichen Abständen im Juni, Juli und September 3 Erregungsperioden durch, die sich durch ausgelassene Heiterkeit, Rededrang, Lachen, Singen und Schlaflosigkeit auszeichneten, 14 Tage dauerten und mit jedesmal 15—20-stündigem Schlaf abklangen. Anfang Oktober wurde er in die Klinik aufgenommen. Hier setzte plötzlich die maniakalische Erregung wieder ein: Der Pat. erwachte morgens heiter erregt, lachte und sprach viel, gab ungezogene, vorlaute Antworten, faßte nach den Haaren der Pflegerin, aß unsauber und hastig, verließ oft das Bett, riß Fenster und Türen auf, klingelte

fortgesetzt und lag dann wieder verschmitzt lächelnd und leise vor sich hin-sprechend im Bett. Trotz starker Beruhigungsmittel wuchs die Erregung: Er fing an zu schreien, schlagen, stoßen, war fahrig in seinen Bewegungen, die er alle anfang und nicht zu Ende führte. So trank er z. B. einen Schluck und warf dann das Glas zu Boden, holte es wieder und wiederholte das Werfen, fuhr mit den Fingern ins Essen und stopfte es sich in den Mund, dazu sagte er Bibelsprüche auf und redete mit dem hl. Geist. Er hörte viele Stimmen, denen er antwortete und sah „Fratzen“ zum Fenster hereingucken. Stundenlang zog er sich die Decke über den Kopf, verweigerte die Nahrung, machte deklamatorische Gesten mit den Händen, schnalzte und fauchte in gemessenen Abständen. Dazu wiederholte er monoton: „Siehste lieber Junge“. Die Pupillen waren maximal weit. Zeitweilig verbarrikadierte er sich ganz in seine Kissen, kniff, wenn man mit ihm sprach, die Augen zu und gab keine Hand. In seinem Redefluß traten immer drei stereotype Wendungen auf: „Und in selbigem Momente, Selbigem Manne wäre besser, Siehste lieber Junge!“ Die an ihn gerichteten Fragen sprach er regelmäßig nach. Im Verlaufe von 6 Wochen klang die Erregung ab. Tagsüber war der Pat. müde, erschöpft, verstimmt, abends laut und zum Schimpfen geneigt. Mitte November steigerte sich die Krankheit wieder: Mit lachendem Gesichte schrie er die gemeinsten Schimpfwörter ins Zimmer oder brüllte unartikuliert stundenlang vor sich hin, verweigerte die Nahrung, biß und kratzte bei der Fütterung. Die folgenden Monate bot er stets dasselbe Bild. Entweder er war hochgradig erregt, so daß er tagelang im Bade gehalten werden mußte, wiederholte dabei unaufhörlich monoton dieselben unverständlichen Silben, rieb sich mit den Händen die Schenkel, wiegte das Becken hin und her, verweigerte die Nahrung, so daß er mit der Schlundsonde gefüttert werden mußte. Oder er war ruhig-stumpf, teilnahmslos, lächelte blöd vor sich hin. Zeitweilig stand er nur auf den Fußspitzen und ging auf den Zehen im Garten umher. Trotz relativer Klarheit verunreinigte er seine Hosen auf Spaziergängen mit Kot und Urin. Er sprach sogut wie nichts, äußerte keine Sehnsucht nach Hause und ließ sich wie ein kleines Kind spazieren führen. Nach Ablauf eines 1/2 Jahres wurde er in die heimische Anstalt verlegt.

Die bisherigen Erkrankungen betrafen geistig normale Kinder. Nun kommt es aber auch vor, daß sich in der Pubertätszeit die *Dementia praecox* auf dem Boden des angeborenen Schwachsinnns entwickelt. Man spricht in diesen Fällen von *Pfropfhebe-
phrenie*. Die *Hebephrenie* verödet die kümmerlichen geistigen Anlagen vollständig. Auf diese Kombination von angeborenem Schwachsinn mit *Hebephrenie* habe ich Sie schon bei der Symptomatologie des Schwachsinnns aufmerksam gemacht und Ihnen zwei Beispiele mitgeteilt (vgl. Krg. Nr. 76 und 77). In diesen überwogen die Zeichen der Imbezillität, während die katatonischen Stigmata nur akzidentell hinzutraten, langsam sich mehrend und die Prognose

verschlechternd. Im folgenden Falle brach bei einem debilen Jungen akut die Psychose aus, die mit einem Schläge zur Demenz führte.

Nr. 85. Vor Jahren wurde uns ein 16jähriger Schüler eines Erziehungs-instituts zugeführt. Er saß trotz seines vorgerückten Alters in Quarta. Seine Lehrer bezeichneten ihn als schwachbegabt, seine Aufsätze als „kindlich“. Kurz nach den Weihnachtsferien fiel er durch sein aufgeregtes Wesen auf, schwatzte und räsionierte viel. Am Neujahrstage trank er in einem Gast-hause $\frac{1}{2}$ Flasche Rumessenz, wurde dort an die Luft gesetzt, weil er nicht zahlen wollte, ging aber nicht nach Hause, sondern in ein benachbartes Dorf, wo er um Nachtquartier bei einem Bauern bat. Polizeilich zurückgebracht, wurde er in die Klinik eingeliefert. Er war heiterer Stimmung, schwatzte ohne Unterlaß ideenflüchtig vor sich hin, klatschte mit den Händen und strampelte mit den Füßen. Auf Befragen gab er unsinnige Antworten. Den Arzt bezeichnete er in einem Atem als „Irrdirektor, Medizindirektor, Prediger, Geistlichen, Feldwebel, Kaiser oder Kriegsmann“. Er selbst wolle auch in den Krieg, er wolle Feldherr werden, oder Omnibusdirektor oder Bankbeamter oder Leutnant. Auf seine Lehrer schimpfte er in Ausdrücken gemeinster Art. Er beruhigte sich bald wieder und siedelte in eine Privat-pension über. Zu irgend einem Unterrichte war er von da an unbrauchbar. Er brütete verständnislos über Zeitungen, deren er mehrere Exemplare hielt, studierte die Kursbücher, inspizierte auf den hiesigen Bahnöfen die an-kommenden und abfahrenden Züge. Mit größter Mühe brachte er täglich eine algebraische Aufgabe zustande. Zeitweilig halluzinierte er und hielt sich für verfolgt, warf dann mit Gegenständen aus dem Fenster nach den Einbrechern und schrieb Briefe an die Kriminalpolizei. Wesentlich beeinflusst war seine Phantasie durch Zeitungslektüre. Besonders heimlicher Alkoholgenuß, gelegentlich Besuchs von Verwandten, löste jedesmal hal-luzinatorische Erregungen aus. Einmal war er verschwunden und nach langem Suchen in der Umgebung von Jena betroffen worden, wie er „sich einen Platz zum Aufhängen suchte“. Den Strick hatte er in der Tasche. Obwohl reich und aus bester Familie, verkehrt er nur mit Bade-diener, Masseur, Barbier und sucht mit Vorliebe Kneipen dritter Güte auf. Seine früheren Schulkenntnisse hat er bis auf Rudimente vergessen. Sein Urteil ist kindlich. Er abonniert auf die italienischen Unterrichtsbriefe von Toussaint-Langenscheidt, ordnet sie peinlich in sein Schubfach ein, schreibt täglich eine Seite Vokabeln ab, nach Schluß der Unterrichtsserie hat er nicht ein Wort behalten. Er geht zum Vergnügen bei einem Malermeister in die Lehre. Dort darf er Fußböden grundieren und Tapetenrollen mit Kleister bestreichen. In Briefen unterzeichnet er sich aber: „Herr Kunstmaler E. K.“ Eine Zeitlang trug er sich mit dem Gedanken, eine Chansonette eines Tingel-Tangels zu heiraten und mit seinen Kenntnissen ein selbständiges „Malereigeschäft“ zu eröffnen. Jedesmal, wenn er erregter wird, halluziniert und sich beeinträchtigt fühlt, verfaßt er umständliche Briefe an die Kriminal-polizei oder seinen Bruder. Ein Beispiel: „Lieber Bruder Hermann! Teile Dir nun dringend endlich zur polizeilichen (crim.) Anzeige mit (Detectiv!!)

gew! daß ich heute zum wiederum zum zweiten Male von zwei Irrenwärtern sehr gewalttätig mißhandelt worden bin. Anscheinlich hat man mich hier auf Zimmer Nr. 7 für sehr blind gehalten! Schluß!!! Selbst unterzeichnet von G. M. E. Kü. aus Berlin und Jena. Bitte einschicken! an die Berliner Crim. Polizei (Inspektion A oder B).“ Seitdem er entmündigt ist, betreibt er, wahrscheinlich aufgestachelt von Domestiken, die von dem reichen, schwachsinnigen Menschen Vorteile erhoffen, die Aufhebung der Entmündigung. Er studiert dazu die Zivilprozeßordnung und das Büchlein „Mein eigener Rechtsanwalt“.

Schließlich möchte ich noch eine wichtige Gruppe von Fällen erwähnen, bei denen die Dementia praecox erst im Alter von 18 bis 20 Jahren „ausbricht“, aber die ersten Anfänge der Erkrankung sich bisweilen schon in die unteren Gymnasialklassen, häufiger bis in die Sekunda zurückverfolgen lassen. Man kann meist frühzeitig einen eigentümlichen Stillstand in der geistigen Entwicklung konstatieren; die Jungen kommen nicht mehr mit, verlieren die Lust an der Arbeit, bleiben sitzen, wechseln die Schulen. Sie klagen oft selbst direkt, daß sie nichts mehr merken können, immer müde sind, trotz eifrigsten Fleißes die Mathematik nicht mehr fassen, immer sterile, gedankenarme Aufsätze schreiben, weil sie keine „vernünftigen Gedanken haben“. Manche zeigen einen hypochondrisch-verstimmten Zug. Sie bezichtigen sich der übermäßigen Onanie, wodurch sie ihre Nerven ruiniert hätten. Dieser Gedanke wird gestützt durch die Müdigkeit, Kopfdruck, schlechten Schlaf und Rückenschmerzen. Von den Altersgenossen ziehen sie sich zurück, weil sie nicht unter sie paßten. Sie brüten über ihren Büchern bis in die Nacht hinein und bringen nicht das Pensum zustande. Mit viel Geduld und Zeit und gelegentlichen Ausspannungen, in denen man auf „Neurasthenie“ kuriert (vgl. S. 71), werden sie durch Pressen, Nachhilfestunden weiterschoben, bis das Abitur, das Einjährige oder irgend ein Examen erreicht ist. Jetzt kommt es zum Zusammenbruch: der Student fängt an zu bummeln, ein Kneipenleben zu führen, und der Alkohol vollendet das geistige Zerstörungswerk, oder er bleibt tagelang „auf der Bude“, räkelt sich im Bett herum, vernachlässigt Toilette und Kleidung und wird von den Eltern, die durch eigentümliche Briefe oder durch die Hauswirte aufmerksam gemacht herbeieilen, ganz verändert gefunden. Jetzt zeigt sich, daß bereits eigentümliche bizarre Wahnideen den Kranken beherrschen, daß er zeitweise unter dem Einflusse von Halluzinationen steht und daß, nachdem

das mechanisch eingepackte gedächtnismäßige Wissen vergessen, eine unheimliche geistige Öde herrscht.

M. H.! Ich greife damit bewußt über den Rahmen meines Themas hinaus. Ich wollte Ihnen durch diese etwas weitschauende Perspektive nahelegen, daß es in den schulpflichtigen Jahren un-
gemein wichtig ist, auf die ersten scheinbar harmlosen Vorläufer der Dementia praecox zu achten, anstatt zu lachen, zu spötteln, zu pressen und die Kinder am „Ehrgefühl zu packen“. Manch ein armer Junge ist durch sträfliche Unwissenheit in diesen Dingen dem hebephrenischen Schwachsinn ausgeliefert worden. Mir selbst sind genugsam derartige Fälle bekannt; einen davon teile ich Ihnen im Auszug mit:

Nr. 86. Otto Kr., 22 Jahre alt, Ökonomie-Eleve aus N., war als Kind durchweg normal, trat ins Gymnasium und saß mit 10 Jahren in der Quarta. Hier bemerkte man ein allmähliches Nachlassen. In Untertertia blieb Otto sitzen. Darauf trat er ins Realgymnasium über und brachte es mit 3maligem Sitzenbleiben bis zur Primareife. Er wollte nicht mehr auf der Schule bleiben und ging 1 Jahr nach C. auf die Fährnrichs-*Presse*; trotz eifrigsten Lernens fiel er durchs Examen. Darauf wurde er auf eine technische Schule geschickt; er „verstand nichts von den Vorträgen“. Auf Anraten der Eltern versuchte er, nur privatim unterrichtet, das Abitur nachzumachen, obwohl er über „rasche Ermüdung und Verwirrung der Gedanken klagte“. Endlich versuchte man es mit der Landwirtschaft. Es ging aber nicht. Der junge Mensch wurde immer stiller und wortkarger, mied die Menschen, „stierte oft auf einen Fleck“. Gefragt, klagte er über „Gedankenhemmung“. In meine Sprechstunde brachte er die Werke Demokrits mit und sagte auf das Kapitel: „Religionsschwärmerei und Mystizismus“ deutend: „Hier liegt mein Zustand“. Die nähere Beobachtung ergibt, daß er immer über unverständene Philosophieprobleme nachgrübelt; wie tief er „auf dem Menschheitsniveau gesunken sei“, müsse er ergründen. Er könne aber nicht denken. Er sitzt mit Vorliebe vor seinen Büchern, gleichviel ob es die Philosophiegeschichte von Schwegler oder ein Geometriebuch oder Haeckels *Welträtsel* sind. Er kommt nicht über die ersten Seiten hinaus. Am liebsten liegt er im Bett und grübelt: Er müsse doch Gedanken haben, die andere nicht kennen. Er kann diese nicht definieren, weil ein Teil seines Gehirns schläft. Das sähen ihm die Leute auf der Straße an und grüßten ihn nicht. Er müsse unbedingt versuchen, Gott zu erkennen. Im Laufe der Zeit bildet sich ein verworrenes Wahnsystem heraus: Er habe mit Erfolg philosophiert und durch sein Nachdenken schon wichtige Probleme gelöst (z. B. wie die Welt aus nichts geworden sei). Leider habe er die Resultate nicht notiert. Eine „innere“ Stimme fordere ihn auf, weiter an der Lösung der *Welträtsel* zu arbeiten. Er blättert viel in der Bibel und will sich über das Leben nach dem Tode orientieren. „Tod und Leben, Bildung, Halbbildung, Sünde, jüngstes Gericht“ über diese Schlagworte sinnt er nach. Zeitweise ist er

hochgradig ängstlich, meint, die „Gnadenzeit“ versäumt zu haben und der Hölle verfallen zu sein. In diesen Zeiten spricht er von Selbstmord.

Trotz aller Mühe ist er geistig in dem Landwirtschafts - Pädagogium, in dem er sich aufhält, nicht zu fördern. Der einfachste theoretische Unterricht in Botanik, Gartenbau usw. ist ohne Erfolg. Er macht gröbere Feld- und Tischlerarbeit und hockt am liebsten hinter seinen unverstandenen Büchern.

Man bezeichnet diese unter der Bildung schwachsinniger, verworrener Wahnideen sich vollziehenden Formen der Dementia praecox als Dementia paranoides.

M. H.! Ich möchte nun durch die Eindringlichkeit, mit der ich Ihnen die Häufigkeit und die Tragik der jugendlichen Verblödungspsychosen vor Augen führte, bei Ihnen nicht den Eindruck erwecken, daß die Demenz der notwendige Ausgang jeder Geisteskrankheit im Kindesalter sei. Freilich, davon gehe ich nicht ab: Bei jeder Kinderpsychose ist die Möglichkeit der Dementia praecox in den Bereich der Prognose zu ziehen. Aber ich stelle daneben auch die andere Tatsache der Erfahrung: Selbst wenn in einem psychotischen Krankheitsbilde eines Jugendlichen vereinzelte oder sogar gehäufte sogenannte katatonische Symptome (Negativismus, Perseveration, Stereotypien usw.) vorkommen, so ist der Ausgang in Demenz nicht notwendig. Eine Stichprobe von 24 Fällen kindlicher Dementia praecox unserer psychiatrischen Klinik ergab: nur 6 verblödeten endgültig beim ersten Schub der Krankheit, 5 heilten mit Defekt. Aber 13 Kinder konnten „geheilt“ und sozial brauchbar entlassen werden. Die weitere Beobachtung, die sich zum Teil bis auf 7 Jahre erstreckte, zeigte keinen Rückfall. Über lange Zeitläufte hinaus verfolgende Nachforschungen an großem Material liefern bezüglich des endgültigen Schicksals der jugendlichen Dementia praecox-Fälle doch ein betrübliches Resultat. Man vergleiche dazu die Erhebungen von J. Schnabel¹⁾, die die Prognose der psychischen Störungen des Kindes- und Entwicklungsalters nach dem Material der Züricher psychiatrischen Klinik von 1870—1920 studierte. Sie fand unter 16903 Aufnahmen des Burghölzli 231 Kinder. Davon waren 51 Schizophrene und 9 Pflöpfhebephrene. Die letzteren haben einen absoluten schlechten Verlauf genommen, die ersteren in der

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. Bd. 68. 1921.

großen Mehrzahl durch neue Schübe. Nur 5 verliefen sozial und psychisch gut und bekamen, teils bis ins hohe Alter verfolgbar, keine neuen Schübe mehr.

Sehr selten sind im Kindesalter die akuten Psychosen, die als akute halluzinatorische Verwirrtheit (Amentia) bezeichnet werden. Bei ihnen ist das Grundsymptom die Verwirrtheit, d. h. die primäre Inkohärenz des Vorstellungsablaufs und Unorientiertheit. Dazu kommen wechselvolle Sinnestäuschungen und flüchtige, nicht systematisierte Wahnideen. Katatonische Symptome sind häufig. Die akute halluzinatorische Verwirrtheit ist die Erschöpfungspsychose *κατ' ἐξουχίαν*, die bei chronischer Unterernährung, fortgesetzter körperlicher Überanstrengung oder erschöpfenden Krankheiten auch Kinder heimsucht. Auf diese Ätiologie ist Gewicht zu legen. Bricht eine akute Verwirrtheit nach mehr oder weniger ausgesprochenen psychischen Vorläufererscheinungen aus, so kann lange die Diagnose zwischen akuter halluzinatorischer Verwirrtheit und einer Dementia praecox schwanken. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die letztere Recht behalten. Die Amentia ist überhaupt eine ungemein seltene Erkrankung und es ist eine geläufige Erfahrung, daß auch bei Erwachsenen Fälle von scheinbarer akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, die zum erstenmal glatt heilten, sich bei einem zweiten Schub als Dementia praecox entpuppten. Läßt sich die Ursache der Erschöpfung einwandfrei nachweisen, so spricht das für eine günstigere Prognose, als wenn wir keinen triftigen Grund für die Geisteskrankheit finden. Sie werden bemerkt haben, daß bei den vorhin angeführten Fällen schizophrener Demenz der Faktor der Erschöpfung fehlt. Das Verhängnis kommt; man weiß nicht, woher. Auch während des Verlaufs einer akuten halluzinatorischen Verwirrtheit vermag der Kundige manchmal zu erkennen, ob sich unter dieser Maske eine Dementia praecox einführt. Früher oder später merkt man die die Verblödung ankündigenden Zeichen: gemüthliche Stumpfheit oder albern-neckisches Gebaren, unsinnige Wahnideen bei bereits wiedergekehrter besonnener Orientierung und Beruhigung, Abneigung gegen Beschäftigung, Interesslosigkeit für hübsche Kleidung, freundliche Umgebung und Besuche der Angehörigen, brutale Schimpfereien wechselnd mit negativistischem Verhalten, Gleichgültigkeit gegen ab und zu auftretende Sinnestäuschungen. Klingt eine Amentia ab, so haben wir zwar

in der Rekonvaleszenz auch ein launisches, reizbares, verstimmtes Wesen, gegen Abend gelegentlich Personenverkennungen, Illusionen und leichte Sprachverwirrtheit, aber der Ausgang in Heilung dokumentiert sich durch zunehmende retrospektive Krankheitseinsicht und eine im richtigen Verhältnis stehende Reaktion des Gemüts auf das mehr und mehr bewußt werdende Krankheitsgefühl.

Nr. 87. N. v. L., 15 Jahre alt, ist ein Schulfall akuter halluzinatorischer Verwirrtheit auf dem Boden der Erschöpfung. Schwere erbliche Belastung von Vaters und Mutter Seite. Die Pat. war immer schwächlich und nervös. Sie war von sehr guter Intelligenz, aber eigensinnig in Kleinigkeiten. Wegen „Bleichsucht“ besuchte sie im vorigen Sommer ein Stahlbad. Nach Neujahr 1901 ging sie zum ersten Male zur Beichte. Die Vorbereitung darauf machte auf das schwächliche Kind großen Eindruck. Sie wurde hyperreligiös, wollte nicht mehr essen, um sich zu kasteien, versuchte, im Hause reformatorisch zu wirken. Dabei sank die Ernährung immer mehr. Dazu wurde die Mutter der Pat. krank, die sie trotz ihrer Jugend aufopfernd pflegte. Um die heruntergekommenen Kräfte zu heben, besuchte man wieder ein Stahlbad, ohne Erfolg. Mit einem Körpergewicht von 68 Pfund kehrte das Mädchen heim. Sie sprach jetzt mehr von religiösen Dingen denn je, hielt sich für eine unwürdige Sünderin. Vor 14 Tagen bekam sie eine fieberhafte Bronchitis. Dies führte den Zusammenbruch herbei. Die Pat. verweigerte das Essen, verkannte die Umgebung, halluzinierte massenhaft schrie und weinte, redete ganz wirr. Nach einer kurzdauernden stuporösen Phase (Puls 42—46) folgte wieder eine Erregung mit absoluter Schlaflosigkeit.

Bei der Aufnahme wog Pat. 57 Pfund. Sie war in hochgradigster motorischer Agitation, lachte, weinte, betete und jammerte in bunter Reihenfolge. Dabei ging die Rede inkohärent bald französisch, bald polnisch. Auf Anrede reagierte sie nicht. Sie ist nicht zu fixieren und muß gefüttert werden. Verunreinigt sich mit Urin und Kot. Ausgesprochene Echolalie. Verzieht krampfhaft und schmerzlich ihr Gesicht. Im Bette nimmt sie die wunderlichsten Stellungen ein, bald längs, bald quer, bald zusammengekauert. Die Pat. blieb wochenlang ganz verwirrt, schrie stundenweise laut, biß und kratzte, wenn man ihr nahekam. Sie mußte dauernd gefüttert werden und war dauernd unrein. Es bestanden wechselnde katatonische Symptome: sie hielt z. B. stundenlang den r. Arm gestreckt in die Höhe, antwortete auf keine Frage, gab keine Hand, produzierte einen „Wortsalat“ selbstgebildeter Vokabeln, machte viel automatische Bewegungen, die sie mit monotonem Silbensprechen begleitete. Nach 3 Wochen traten die ersten klaren Intervalle auf, in denen die Pat. fragte, wo sie sei und wo die Mutter weile. Die Rekonvaleszenz war sehr langsam: wochenlang herrschte leichte Reizbarkeit und abweisendes Verhalten vor, ab und zu hörte das Mädchen abends noch Stimmen. Nach 2 Monaten fing sie an, sich zu beschäftigen, verlangte spazieren zu gehen und erzählte von den schrecklichen Visionen (Schweine und andere Tiere, häßliche Menschen, die auf sie einstürmten),

weswegen sie so geschrien habe. Nach 4 Monaten war die Pat. geheilt. Sie hatte im ganzen 50 Pfund an Körpergewicht zugenommen und erwies sich als ein sehr intelligentes Mädchen, frisch und reif im Urteil, das zwei Jahre später das Abiturientenexamen ablegte.

Kürzer dauernde halluzinatorische Verwirrtheitszustände, gewöhnlich im Anschluß an heftige Gemütsbewegungen oder Schreck, die in ihrem somnambulen Gefüge an die hysterischen Dämmerzustände erinnern, sind, wie schon vorhin erwähnt, das Zeichen der „psychopathischen Reaktion“ kindlicher konstitutioneller Psychopathen. In manchem Falle kann die Differentialdiagnose zwischen einer kindlichen hysterisch-psychopathischen Konstitution und einer Kinderkatatonie recht schwer sein. Im folgenden Beispiel, in dem mich trotz schwerwiegender Bedenken in der Richtung der Dementia praecox (Negativismen!) der günstige Behandlungserfolg optimistisch stimmte, mußte ich mich von dem späteren Verlauf und Ausgang rektifizieren lassen. Das kann jedem passieren, denn die Dementia praecox vermischt sich oft mit echten hysterischen Symptomen.

Nr. 88. B. P., geb. am 11. Januar 1899; wurde kräftig zur Welt gebracht und von einer Amme ernährt. Er ist das Kind einer hysterischen Mutter und eines sehr leicht erregbaren Vaters. Die Zahnung ging leicht. Im Alter von 2 Jahren schrie er öfter „furchtbar“, ohne sichtbare Ursache, zuweilen auch in der Nacht (Pavor diurnus et nocturnus). Gegen Fremde war B. zurückhaltend, in fremden Häusern weinte er stets. Erst nach 10—15 Minuten beruhigte er sich. Seine Wärterin schlug er und riß sie an den Haaren. In der Nacht ließ er sich zum Urinieren nicht aufnehmen, sondern sträubte sich aus Leibeskräften und näßte ein. Als B. 3 1/2 Jahre alt war, bekam er ein Kinderfräulein, das ihn besser zu nehmen verstand. Er wurde freundlicher gegen Fremde. Er zeigte gutes Gedächtnis, lernte rasch Gedichtchen und trug sie hübsch vor. Deutsch lernte er (er ist Russe von Geburt) leicht und schnell. Er wurde geschickt und mutig: ritt auf dem Esel und fuhr Rad. Einige negativistische Eigentümlichkeiten behielt er: so verneinte er öfter, wo es keinen Sinn hatte, z. B. beim Gedichtaufsagen. Wenn es hieß: „Die liebe Sonne scheint so hell“ sagte er: „Die liebe Sonne scheint nicht so hell“. In der Badewanne war er stets ängstlich und wollte immer herausspringen. Er ließ sich schließlich wohl darin waschen, zum Sitzen war er nicht zu bewegen. Im Alter von 5 Jahren kam er Umstände halber in die Obhut einer alten Kinderfrau, die ihn falsch behandelte: Sie bestrafte ihn strenger als nötig, sperrte ihn stundenlang in ein Zimmer allein ein und soll sich auch, um ihn zu schrecken, in ein weißes Bettlaken verummumt, am Fenster gezeigt haben. Der Erfolg war, daß der Junge ganz verwilderte. Er schlug gegen die Wärterin. knallte mit den Türen, warf sich auf den Boden, biß und kratzte. Die Erzieherinnen, die B. weiter bekam, waren offenbar auch untauglich, drei in einem Jahr.

Die eine davon schreckte B., wenn er unartig war, mit der Polizei und Be-
trunkenen. So kam es, daß B. jede Nacht ängstlich Betten und Schränke
visitieren ließ, bevor er zu Bett ging. Mit 6 Jahren ging er bereits schimpfend
und schlagend auf den eigenen Vater los. Jetzt bekam er Windpocken.
Obwohl die Krankheit nur leicht bei ihm aufgetreten sein soll, war er nach
der Infektion „ganz apathisch“. Er konnte die Augenlider nicht heben nach
einer Bindehautentzündung (Blepharospasmus). Er hielt den Kopf eigen-
tümlich nach vorn gestreckt und hatte eine lähmungsartige Schwäche
im rechten Arme. Allmählich besserte sich die Apathie. Von Zeit zu
Zeit stellten sich aber eigentümliche traumhaft benommene Zustände
ein, in denen der Knabe teilnahmlos dasaß. Als die Gouvernante ihn einmal
so „apathisch“ dasitzen sah, sagte sie zu ihm: „komm, wir wollen mit Sand
spielen; hier sind Formen“, da nahm er eine Form, ging auf den Sandhaufen,
setzte sich hin und blieb mit ausgestreckter Hand eine Weile sitzen. („Warum
spielst du nicht?“) Da steht er auf, geht einige Schritte gerade aus und
bleibt dann in gleicher Stellung sitzen. Zu Zeiten war B. sehr lebhaft, ja
sogar heftig, zerriß Spielsachen und zertrümmerte Nippsachen und Tür-
scheiben. Im Sommer 1905 wurde er auf Anraten der Ärzte nach Cudowa
geschickt. Beim Baden schrie er sehr, auch im Hause störte er durch sein
Geschrei die Nachbarn. Nach abermaliger Konsultation kam der Knabe in
ein Heilpädagogium. Während der ersten Monate seines Aufenthalts sprach
er kein Wort, weinte aber stundenlang, um dann wieder vollständig „apathisch“
auf dem Sofa zu sitzen. Nachts schlief er wenig, weinte viel und näste ein.
Im März 1906 kam seine frühere Gouvernante wieder zu ihm: von da an
wurde er ruhiger, sprach mit ihr und schlief besser. Der Arzt mußte langsam
vorgehen: in seiner Gegenwart sprach B. kein Wort, führte keine Bewegung
aus, sondern stand mit abgewandtem Blick steif wie ein Stock. Allmählich
fing er an, ganz langsam und monoton zu sprechen und Gymnastik zu
machen. War der Arzt fort, so kopierte er ihn und sprach mit
seiner Gouvernante rasch und glatt. Als es dem Knaben besser
ging, wurde er mit der Gouvernante nach Bad Elster geschickt. Er war
sehr vergnügt, aber sehr unartig, boshaft gegen andere und hatte oft Wut-
paroxysmen, in denen er sich selbst schlug, die Hände zerbiß und zerkratzte
und sich an den Ohren riß. Auch onanistische Manipulationen wurden be-
merkt. Zugleich trat eine Abneigung gegen die Defäkation auf. Er hielt
den Stuhl tagelang an, nur mit Glyzerinzäpfchen und gewaltsamem Fest-
halten auf dem Geschirr gelang es, Stuhlgang zu erzielen. Im Spiel war
er planlos, warf die Spielsachen zum Fenster hinaus oder versteckte sie und
war vergnügt, wenn man sie nicht fand. In Gegenwart von Fremden sprach
er kein Wort und machte ein unbewegliches „stupides“ Gesicht. So ging
es fort, bis er im Oktober 1906 in unsere Behandlung kam.

Sein Verhalten zu Hause gegenüber der Gouvernante war unverändert:
eigensinnig, jähzornig, unfolgsam. Mit Fremden und dem Arzte sprach er
kein Wort, gab keine Hand, sah immer zu Boden und rührte auf Befehl
kein Glied. Wie beim schlimmsten Katatoniker der stärkste
Negativismus! Jeder Zwang löste Wutparoxysmen aus. Erst allmählich
nach monatelanger Mühe fing er an mit dem Arzte gymnastische Übungen

zu machen, zuerst unter Zuhilfenahme des faradischen Stromes, der schon aus der Ferne die Hemmungen überwand. Als die ihm geläufigen Übungen schon flott gingen, führte er aufgetragene sonstige Verrichtungen noch mit enormem Widerstande aus. Sollte er z. B. eine Schüssel mit Wasser ausgießen, so brauchte er dazu, bis er die Schüssel faßte, zum Ausguß trug und umkippte, 10 Minuten. Fast jede einzelne Muskelbewegung machte er wieder rückgängig, alle Muskeln waren krampfhaft gespannt und wenn er die Arme gebrauchte, traten zahlreiche Mitbewegungen im Gesicht und in den Beinen auf. Allmählich fing er leise brummend an, einzelne Worte zu sprechen beim Benennen der Abbildungen eines Bilderbuches. Nur einige Worte, z. B. Fürworte, die Anrede des Arztes, Grußworte waren ihm nicht zu entlocken. Wenn jemand anderes zugegen war, als die Gouvernante und der Arzt, verstummte er sofort und war unbeweglich. Nach 6 Monaten war der Widerstand überwunden. Der Knabe sprach spontan, antwortete, führte Aufträge aus, spielte mit anderen Kindern, arbeitete im Garten und zog sich selbst an; seine Aufführung gab selten zu Tadel Anlaß. Seine Intelligenz erwies sich als ungeschädigt: der Knabe lernte rechnen, schreiben und lesen. Sein Gedächtnis war ausgezeichnet.

Aber der Erfolg war nur eine Täuschung. Ich übergehe die weitere Entwicklung des Falles. Der Pat. ist heute — 23jährig — katatonisch verblödet dauernder Insasse einer Heilanstalt.

Eine recht seltene Art von Erschöpfungspsychosen stellt sich im Kindesalter durch eine fast totale Hemmung der Vorstellungsprozesse und eine damit verbundene apathisch-stumpfe Gefühlslage dar. Diese intellektuelle Hemmung vorübergehender Art muß sorgfältig von der Demenz, dem unausgleichbaren Intelligenzdefekt, unterschieden werden. Man spricht in diesen Fällen von Erschöpfungsstupor oder Stupidität (Ziehen). Einen leichten Fall kann ich Ihnen mitteilen:

Nr. 89. E. D., 11 Jahre alt, aus E., war ein sehr intelligentes Kind mit durchaus normalem Entwicklungsgang. Um die Weihnachtszeit stellte sich bei ihr ein ausgebreitetes Gesichtsekzem ein, das das Kind sehr verstimmte. Es aß schlecht und magerte ab. Im Juni des folgenden Jahres akquirierte sie eine Lungenerkrankung (wohl tuberkulöser Art) mit langdauernder schmerzhafter Rippenfellentzündung und pleuritischem Exsudat. Sie magerte nun rapid ab, klagte viel über Kopfweh und hatte zeitweilig „Schreianfälle“. Seit 12 Wochen lag sie im Bett, ohne zu sprechen und mußte gefüttert werden, ohne Interesse für die Umgebung. Die Stimmung war apathisch-regungslos. Bei der Aufnahme wog das Kind 38 Pfund (!). Die Pat. war orientiert, gab langsam mit leiser Stimme Auskunft, rechnete langsam aber richtig. Meist lag sie mit müdem Gesichtsausdruck und geschlossenen Augen im Bett, konnte sich wegen der körperlichen Schwäche nur mit Unterstützung im Bett aufrichten, das Gehen war ganz unmöglich. Spielsachen rührte sie nicht an; durch nichts war eine Freude zu erzielen, nur bei Erwähnung der Eltern kamen ihr die Tränen. Allmählich besserte

sich der Zustand unter Überernährung, Massage und passiver Gymnastik. Die Pat. hielt jetzt die Augen offen, lag aber immer noch stumm und regungslos im Bett, sah gelegentlich in ein Bilderbuch hinein. Nach 2 Monaten wurden aktive Gehversuche gemacht, die leichte Temperatursteigerungen verursachten. Sie beteiligte sich etwas am Unterricht, war aber immer etwas weinerlich. Ab und zu kamen Verunreinigungen mit Kot im Bett vor. Die Erholung ging sehr langsam. Erst nach 14monatlicher Behandlung konnte sie geheilt entlassen werden. Die Intelligenz erwies sich intakt; Pat. hatte von ihren Schulkenntnissen nichts vergessen. Im ganzen hatte sie 27 Pfund an Gewicht zugenommen.

Auch die sogenannten affektiven Psychosen, die Manie und die Melancholie als echte in sich abgeschlossene Krankheiten (und nicht nur als Zustandsbilder der Dementia praecox) sind dem kindlichen Alter nicht fremd. Die Manie, die sich bekanntlich durch krankhafte Heiterkeit, Beschleunigung des Vorstellungsablaufes (Ideenflucht) und gesteigerten Bewegungs-(Rede-)drang charakterisiert, ist wie im vorgerückteren, so auch im jugendlichen Alter eine recht seltene Erkrankung und erfordert genaueste differential-diagnostische Überlegung. Nicht nur, daß mindestens der Verdacht der Dementia praecox erwogen werden muß, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle stellt der weitere Verlauf die Tatsache heraus, daß die erste Manie nur das Anfangsglied einer in kürzeren oder längeren Zwischenräumen „periodisch“ wiederkehrenden manischen Erkrankung oder eine Phase einer zusammengesetzten Psychose war, des sogenannten zirkulären Irreseins, bei dem Manie und Melancholie in mehr oder weniger regelmäßiger Wiederkehr sich zu einem verhängnisvollen Zirkel schließen. Wir werden nachher ein derartiges Krankheitsbild kennen lernen. Von vornherein werden sich darüber keine bestimmten Angaben machen, sondern nur Vermutungen aussprechen lassen. Der einzelne manische Exaltationsanfall beansprucht eine günstige Prognose. Echte, einfache Manien knüpfen sich auch im Kindesalter an greifbare Ursachen (Schreck, Erschöpfung, Chorea, erste Menstruation) an. Bei plötzlichem unerwartetem Einsetzen ohne ersichtlichen Grund ist, namentlich bei erblich belasteten Kindern, an die Gefahr des künftigen periodischen oder zirkulären Verlaufs zu denken. Die Abgrenzung gegen die Dementia praecox wird durch folgende Momente gesichert: Bei der echten Manie fehlt meist das längere Vorstadium der Dementia praecox (vgl. oben), ebenso die sogenannten katatoni-

schen Symptome; endlich wird der Intelligenzdefekt des manischen Schizophrenen gegenüber dem witzigen, schlagfertigen, geistreichen Raisonement des kleinen Maniakus bald klar. Das Bild des manischen Kindes ist leicht zu fassen: Es überwiegt die heitere Ausgelassenheit und die Neigung zum Schwatzen und Lärmen. Die Bewegungen sind unstat, fahrig, die Selbstbeherrschung gering. Es gibt keine Verlegenheit, auch nicht vor Fremden. Das gehobene Selbstbewußtsein führt zur Großsprecherei. Die ordentliche Toilette leidet; dafür tritt eine Neigung zu bizarrer Putzsucht und Koketterie auf. Das Schamgefühl läßt nach. Die Kinder gefallen sich in mehr oder weniger weitgehenden Entblößungen. In den Antworten sind sie frech, gebrauchen gemeine Schimpfworte und auf Widerspruch reagieren sie mit Zornausbrüchen. Bemerkenswert ist im Krankheitsbilde das gelegentliche Vorkommen von Sinnestäuschungen und von Wahnvorstellungen. Die letzteren bilden sich logisch aus dem subjektiven Kraftgefühl und dem gehobenen Selbstbewußtsein heraus und sind deshalb fast ausschließlich leichte Größenideen, deren Phantastik das Kind auf ernstestem Vorhalt auch zugibt. Auch die normale Heiterkeit und Ausgelassenheit der Jugend, der gesteigerte Bewegungsdrang, das Explosive, der tolle Über- und Wagemut, der keine Schwierigkeiten und Respektspersonen kennt, der bei der ernstesten Strafpredigt lachend herausplatzt -- alle diese Charaktere, die besonders in den sogenannten „Flegeljahren“ (Pubertät!) ins Üppige schießen, haben etwas Verwandtes mit der Manie. Was aber diese von der normalen Jugendtollheit trennt, das ist, daß bei der manischen Exaltation die normale Müdigkeit und der gesunde Schlaf ausbleibt. Auf die „erethischen“ Kindesnaturen, die durch ihre Ideenflüchtigkeit, Hyperprosexie, Bewegungsdrang und ihre labilen Affekte an die Manie erinnern, habe ich Sie bei der konstitutionellen Psychopathie aufmerksam gemacht (vgl. Krg. Nr. 3).

An dem folgenden Beispiele werden Sie alle Züge der kindlichen Manie erkennen:

Nr. 90. E. K., 13 Jahre alt, war immer ein lebhaftes „nervöses“ Kind, von guter Begabung. Sie litt häufig an quälender Urticaria mit Schlaflosigkeit. Mit 7 Jahren machte sie im Anschluß an Diphtherie Veitstanz durch. Mit dem 12. Jahre wurde sie bleichsüchtig. Seitdem bemerkte man an ihr wieder gesteigerte Unruhe der Extremitäten, Schlaflosigkeit, reizbare Stimmung, fahriges burschikoses Wesen. Die Versetzung in eine höhere Klasse brachte viel geistige Arbeit mit sich; das Kind zwang sich zum

Schulbesuch und machte Szenen, wenn man es zu Hause halten wollte, trotzdem es in der Schule nicht mehr aufmerken und stillesitzen konnte. Zu gleicher Zeit trat die erste Menstruation auf. Die heitere Erregung steigerte sich rasch; Pat. sprach und lachte viel; rannte von einem Zimmer ins andere und schlief nicht mehr. Eintritt in die Klinik: Pat. ist in beständiger Unruhe, dreht den Kopf, hebt die Schultern, zuckt mit den Armen, strampelt mit den Beinen. Im Gesichte wechselt grimassierender Ernst mit explosivem Lachen. Pat. ist neckisch, abschweifend und schwer zu fixieren. Die Bewegungen, die sie auf Aufforderung ausführt, sind übermäßig, fahrig. Bei der Intelligenzprüfung macht sie nur Unsinn und Spässe. (Wer hat die 10 Gebote dem Volke Israel gegeben?) „Fängt der Mann nicht mit M an?“ Sie schmückt sich gern mit bunten Bändern, besieht sich lachend und Grimassen schneidend im Spiegel, turnt über Tische und Stühle und macht zahlreiche dumme Streiche, die sie witzig motiviert. So wirft sie ihre Suppe aus dem Fenster. (Warum?) „Ich dachte, die Bäume wollten auch was zu essen haben, sie bewegten ihre Blätter so“. Oft isft sie hastig mit den Fingern. (Warum?) „Um die alte Hexe (Pflegerin) zu ärgern“. Sie läuft nackt über den Korridor und freut sich über den Schreck der Mitpatienten. „Das ist doch interessant, das wird doch ins Heft notiert“, (in das Kr.-Journal). Sie versteckt und verbrennt heimlich Sachen und lügt, über deren Verbleib befragt. Erzählungen produziert sie in phantastischer Weise. Sie spricht mit einem Auditorium, das sie sich um ihr Bett versammelt denkt. Einer kleinen Mitpatientin, mit der sie gelegentlich spielen darf, legt sie einen adeligen Namen bei (Größenidee!). Zuweilen bricht sie, wenn man ihr etwas verbietet, in Tränen aus. Der Nachtschlaf war andauernd schlecht. — Die Kranke genas nach 4 Monaten vollkommen.

Im Gegensatz zur Manie finden wir bei der Melancholie („Schwermut“) als Kardinalsymptome krankhafte Traurigkeit (Depression), Verlangsamung des Vorstellungsablaufs (Denkhemmung) und Bewegungshemmung. Die ge-läufigsten Ursachen der Melancholie im Kindesalter habe ich Ihnen vorhin bereits erwähnt. Ich möchte nur noch hinzufügen, daß gleichartige Vererbung gerne mitspielt und daß die konstitutionellen Psychopathen mit Vorliebe auf die verschiedensten somatischen und psychischen Eingriffe in ihr sensitives Jugendleben mit melancholischen Verstimmungen reagieren. Ich kann nicht sagen, daß mir die Melancholie in schwererer Form bei Kindern häufig begegnet wäre. Wo es sich um schwerere melancholische Depressionen zu handeln schien, lag meist nur eine Phase der Dementia praecox vor, die sich gerade im Kindesalter oft depressiv einleitet (vgl. oben). Dagegen kommen leichtere Fälle von Depressionen oft in die Sprechstunde. Gewöhnlich hört man dann, daß das

Kind stubenhockerisch geworden ist, die Freude am Spiel und am Unterricht verlor, wenig spricht und über Druck auf der Brust, schweren Kopf und mangelnde Eßlust klagt. In der Schule vermag es nichts zu „behalten“. Die einfachsten Briefe an die Eltern fallen schwer. Die Antworten erfolgen langsam. Die Patienten möchten oft dem Arzt etwas sagen, aber sie „bringen es nicht zusammen“. „Ich bin so traurig“, äußern sie. Manchmal hört man Selbstvorwürfe, daß sie ihre Eltern nicht mehr so lieb haben könnten wie früher, und daß sie abends beim Beten ein schlechtes Gewissen haben. Auch über verzehrendes Heimweh wird geklagt. Vereinzelte Zwangsvorstellungen sind nicht selten. Vergessen Sie überhaupt bei keiner kindlichen Depression darnach zu forschen, ob nicht etwa Zwangsvorstellungen, Zwangsgrübeln und -skrupel der Ausgangspunkt der seelischen Verstimmung, intellektuellen und motorischen Hemmung sind! Ein bedeutsames Symptom ist die Angst. Meist wird sie in die Brust lokalisiert. Die Angst vermittelt Wahnvorstellungen (sterben zu müssen u. ä.). Eine Anzahl der jugendlichen Selbstmorde ist auf Rechnung melancholischer Angstzustände zu setzen (Baer). Die schweren Angstmelancholien mit ängstlicher Agitation sind im Kindesalter sehr selten. Auch bei der Melancholie des Kindes warne ich Sie vor Verkennung der Psychose, die zu unzumutbaren pädagogischen Maßnahmen (Strafen wegen Faulheit, Ängstlichkeit, Schlafmützigkeit) führt. Gewisse körperliche Symptome sprechen für Melancholie: die trockene Mundhöhle, die kühlen Extremitäten, der kleine, gespannte und beschleunigte Puls. Die rechtzeitige Erkennung der Melancholie ist dankenswert. Sie bietet günstige Heilungsaussichten. Manche Kinder des präpubischen Alters haben ein „melancholisches Temperament“ als Grundcharakter, das sich im späteren Leben verliert (Friedmann).

Einen reinen Fall von Melancholie mit der typischen Affektstörung der traurigen Verstimmung und Denkhemmung kann ich Ihnen mitteilen. Er ist zugleich ein Beispiel ihrer periodischen Form.

Nr. 91. H. L., ein 16jähriger Schüler, litt als Kind öfter an Kopfschmerzen. Mit 9 Jahren in die Sexta des Gymnasiums aufgenommen, mußte er nach $\frac{1}{2}$ Jahre wegen intensiver Stirnkopfschmerzen den Schulbesuch wieder einstellen. Er erhielt dann Privatunterricht bis Quarta, die er glatt absolvierte. In Tertia blieb er wegen „Faulheit“ sitzen. Er war tagelang unbrauchbar und „merkte nicht“. Allmählich fiel doch den Eltern

auf, daß diese Erschwerung des Lernens parallel ging einer leichten psychischen Depression, in der der Junge weinerlich und traurig war. Wiederholt wurden solche melancholische Zustände unmittelbar nach den Ferien beobachtet, wenn der Junge nach der arbeitsfreien Zeit wieder ins Joch der Schule kam, oder kurz vor den Versetzungsterminen. Am stärksten war die Depression stets des Morgens nach dem Erwachen. Einmal setzte ein Verstimmungszustand nach einer anstrengenden Ferienwanderung ein. Das Bild ist immer dasselbe: Der Junge ist gehemmt („es geht nichts in den Kopf“), traurig und weinerlich. Er kann nie angeben, warum er traurig ist; er hat auch keine Angst und keinerlei angstbetonte Vorstellungen. Plötzlich kommt's über ihn, dann muß er weinen und kann sich zu nichts entschließen, kann nicht reden und nicht lesen. Der längste Depressionszustand dauerte annähernd 5 Wochen. Die Intelligenz des Jungen ist mittelmäßig. — In einem schweren Depressionszustand im 17. Jahre traten neben der Verstimmung und Hemmung Verkleinerungsideen auf: er hat die Vorstellung zu stinken und durch den üblen Geruch (aus dem After!) seiner Umgebung lästig zu fallen. Er hat die Schule verlassen und ist in eine kaufmännische Lehre getreten. Wenn die Depression über ihn kommt, ist er arbeitsunfähig, weil ihn die „Stinkvorstellung“ asozial macht.

Das schon vorhin erwähnte zirkuläre (manisch-depressive) Irresein besteht in einer Aufeinanderfolge der zwei entgegengesetzten Zustandsbilder der Melancholie und Manie. Beide Phasen bilden einen Zirkel. Zwischen 2 Zirkeln liegt ein gesundes Intervall von verschieden langer Dauer. Freilich folgen manische und depressive Zustände nicht immer streng regelmäßig aufeinander, die einzelnen Phasen sind nicht immer gleich stark ausgeprägt, die Zirkel nicht immer scharf getrennt, ja es können sogar eigenartige Mischzustände resultieren, in denen für Tage oder Stunden in der manischen Phase melancholische Symptome auftreten und umgekehrt oder manische und melancholische Zustände zu eigentümlichen Mischsymptomen verschmelzen. In dem folgenden Krankheitsbilde sehen Sie diese Verhältnisse, datenweise skizziert, klar ausgeprägt:

Nr. 92. Anna G., 13 Jahre alt, Schulmädchen aus T., stammt von gesunden Eltern; die väterliche Aszendenz weist mehrere Geisteskranke auf. Pat. war ein sehr lebhaftes, kluges, übermütiges und schwer erziehbares Kind und lernte sehr gut (war zuletzt die 4. in der Klasse). Anfang Mai war sie 8 Tage lang „aufgeregt“: sprach fortwährend, wollte immer unter die Leute, war übergeschäftig, lachte und sang viel, hatte die Leute zum Besten und schlief 2 Nächte gar nicht. Während dieser Zeit aß sie furchtbar stark. Ende Mai ließ die Erregung nach: sie wurde still, niedergeschlagen, appetitlos und klagte über „Schmerz und Drehen im Kopfe“. Schon anfang Juni wurde sie wieder hastiger und reizbarer, am 9. und 10. VI. war die manische Erregung auf der Höhe: Lachen, Witzeln, Bewegungsdrang,

Schlaflosigkeit. Nach der Aufnahme in der Klinik: Pat. geht fortwährend außer Bett, zieht an der Klingel, zupft Mitranke, verwirrt ihr Haar, zieht die Jacke aus und zerreißt sie, sammelt Taschentücher von anderen Kranken. Gefragt, gibt sie schnippische Antworten. 20. VI. Stiller; fängt an zu stricken; klagt über Kopfschmerz; gibt auf Fragen keine Antwort; Hände sehr kühl. 26. VI. liegt teilnahmslos im Bett, läßt sich zum Nachtstuhl tragen. 28. VI. Ab und zu natürlich heiter; häufiger ängstlich und traurig. 1. VII. „Ich kann nicht schlucken und nicht Luft holen, auf der Brust ist solcher Druck“. Ißt wenig. 6. VII. Ängstlich-erregt: in ihrem Bett seien Schlangen; hört ihren Vater um Hilfe rufen (unruhige Kranke in der Nebenabteilung); hält die vom Winde bewegten Gardinen für Schlangen. 7. VII. Plötzlicher Umschlag: lacht, singt, tanzt, streicht sich die Haare ins Gesicht, gibt schnippische Antworten; duzt den Arzt; heißhungrig. 22. VII. Minutenlange Lachparoxysmen; wühlt beständig im Bettzeug. 27. VII. Plötzlich ruhig; hält die Hände vors Gesicht, lächelt müde, läßt die Glieder schlaff auf der Unterlage, bittet, man möchte bei ihr bleiben. 7. VIII. Antwortet nicht, weinerlich. 17. VIII. Fortgesetzt apathisch, verweigert die Nahrung; läßt Urin unter sich gehen. 28. VIII. Jammert und weint. 1. IX. bis 29. IX. Manische Erregung. Anfang Oktober tritt Beruhigung ein, die mit annähernd normalem Verhalten den ganzen Monat andauert. Am 11. XI. trat ein melancholischer Stupor ein: Müde lächelnder Ausdruck; still; in den Bewegungen langsam und schwerfällig; ausgeprägte Denkhemmung; näßt im Stehen ein; liegt stundenlang regungslos im Bett. Schon am 17. XI. leitete sich mit zorniger Erregung wieder eine manische Periode ein, die bis zum März des nächsten Jahres anhielt. Am 1. III. durfte sie wieder aufstehen. Für ihr stuporöses und erregtes Verhalten weiß sie keine Erklärung. Sie will viel illusioniert haben. Als überwiegende Stimmung für die Dauer ihrer Krankheit gibt sie Traurigkeit an; ihre Heiterkeit kann sie nicht motivieren. Ein Intelligenzdefekt war nicht nachweisbar. 4. IV. Entlassen.

Bei der drohenden Unsicherheit der periodischen Wiederholung oder des zirkulären Verlaufs wird Ihnen bei den Affektpsychosen des Kindesalters naturgemäß von den Eltern die Frage der Prognose für die Zukunft vorgelegt. Bindende Aussagen lassen sich wohl kaum geben. Können Sie nachweisen, daß bei depressiven oder exaltierten Verstimmungen greifbare äußere Schädlichkeiten oder Gemütererregungen beim Ausbruch der Erkrankung mitwirkten, so ist übertriebener prognostischer Pessimismus gerade im Kindesalter — zumal bei nervös prädisponierten Kindern — nicht am Platze. Mit Recht werden diese exogenen (reaktiven) Verstimmungen jugendlicher Psychopathen prognostisch von den endogenen Melancholieanfällen getrennt (Friedmann).

M. H.! Sie erinnern sich vielleicht an die kindlichen Psychopathen, die eine Neigung zur Hypochondrie zeigen, die ängst-

lich in der ganzen Lebenshaltung stets für ihre Gesundheit besorgt sind und bei körperlichen Mißhelligkeiten aus der Mücke einen Elefanten machen. Episodisch kann es bei nervösen Hereditariern des Kindesalters zu schwerer hypochondrischer Geistesstörung kommen, namentlich wenn in der Pubertätszeit durch sog. neurasthenische Beschwerden der hypochondrischen Betrachtungsweise mehr Nahrung geliefert wird. Die hypochondrisch-melancholische Stimmung beeinflußt dann stark das Denken und Handeln der Patienten. Mit Rücksicht auf die Prognose ist auf eine scharfe Differentialdiagnose zwischen episodischer Hypochondrie und einer beginnenden Dementia praecox, die sich gerne mit hypochondrischen Wahnideen einführt, zu achten. Nur eine genaue Berücksichtigung der Gesamtintelligenz kann vor Irrtümern bewahren. Ein klassischer Fall einer reinen jugendlichen Hypochondrie auf psychopathischer Grundlage ist folgender:

Nr. 93. A. B., 16 Jahre alt, Gymnasiast; er war geradezu von glänzender Begabung; aber immer, als einziges Muttersöhnchen, ängstlich mit seiner Gesundheit. Er schlief nur, wenn seine Mutter im Nebenzimmer war. Teils schlief er schlecht, dann wieder unerhört viel; zeitweilig wurde er von Muskelunruhe und Herzklopfen geplagt. Bei geistiger Arbeit bekam er Atemnot, Unruhe und Angstgefühle, vor dem Einschlafen „Rieseln, Frösteln und Kriebeln“ in der Hand. Eine unzuweckmäßige Lektüre der verschiedensten populär-medizinischen und wissenschaftlichen Bücher machte ihn schwerkrank. Er beobachtete sich peinlich genau, fürchtete geisteskrank zu werden, legte sich zu Bett, ging nicht mehr aus, wusch und kämmtete sich nicht mehr und vernachlässigte seine Kleidung. An seine Mutter schrieb er erschütternde Briefe: „Gott führt uns augenblicklich durch ein finsternes Tal, aus dem ich keinen Ausweg sehe. Meine Gesundheit ist völlig zerrüttet. Ich habe seit 14 Tagen keine Minute geschlafen. Ich glaube fortwährend ohnmächtig zu werden und bin nachts, wenn ich von innerer Angst und Seelenqual getrieben aufstand, mehrmals im Zimmer zusammengebrochen. Wenn ich nicht hinter dem Rücken des Arztes Eier schlürfte, wäre es längst mit meiner Kraft vorbei. Die Ärzte treiben mich zur Arbeit; infolgedessen wird die Nervenzerrüttung immer schlimmer. Ich habe oft die fürchterlichste Todesangst. Aber die Vernichter meines Lebens lassen mir keine Ruhe. Ich sterbe an Schwäche. Dein bis in den Tod kranker A.“ Als der Pat. zufällig das Kraepelinsche Lehrbuch der Psychiatrie fand, wies er an einer Reihe von Symptomen nach, daß er an hebephrenischer Demenz leide. Sein Gedächtnis lasse nach, das Denken falle ihm schwer, er habe das Gefühl, als ob eine Mauer um sein Empfinden gezogen sei. „Mein Gehirn ist matt“. „Ich habe das Gefühl, als ob mein Gehirn in den Magen gefahren sei und ich müßte es heraufhusten“. „Wahrscheinlich sind mir schlechte Säfte in den Kopf gedrungen“. „Gestern sagte mir der Wärter, es gebe außer der Syphilis-

und Alkoholparalyse noch eine andere. Ob ich wohl die habe?“ „Ich sehe alles grau, ich kann die Augen nicht offen halten“. „Mein ganzer Körper ist mit Gasen geladen“. Jeder Pickel im Gesicht ruft die Vorstellung hervor, Syphilis zu haben. „Mir ist alles gleichgültig, ich habe keine Seele mehr“. Dies ein Auszug aus den Äußerungen des hypochondrischen Jünglings! Er mußte energisch aus dem Bette gebracht, zur Körperreinlichkeit angehalten werden, erhielt systematischen Unterricht und blieb in ärztlicher Beobachtung. Allmählich besserte sich der Zustand. Obwohl immer stark zur Selbstbeobachtung geneigt und immer voller nervöser Beschwerden, nahm er den regulären Schulbesuch wieder auf, machte eine glänzendes Abitur und studierte Philosophie und Mathematik. Seine außergewöhnlichen Leistungen zogen die Aufmerksamkeit seiner Lehrer auf sich. Er ist heute ein Gelehrter und akademischer Lehrer von Ruf.

M. H.! Die Mediziner unter Ihnen werden wohl vermißt haben, daß ich bisher noch mit keinem Worte einer Geisteskrankheit Erwähnung getan habe, die in manchen psychiatrischen Lehrbüchern, namentlich älteren Stils, eine große Rolle spielt, der Paranoia, die man je nach der Anwesenheit oder Fehlen von Sinnestäuschungen als hallucinatoria oder simplex bezeichnet. Die größte Ausdehnung hat der Paranoiabegriff bekanntlich bei Ziehen gefunden. Zweifellos wurden früher viele Fälle von sog. „Jugendirresein“ der „Paranoia“ zugewiesen, die bei der Dementia praecox oder paranoides untergebracht werden müssen. Dazu gehören sicher alle jugendlichen Erkrankungen, die man früher als „Paranoia mit sekundärer Verblödung“ auffaßte. Auch Kranke mit manisch-depressivem Irresein hat man irrtümlicherweise als Paranoiker bezeichnet. Die Psychose, bei der es mit oder ohne Halluzinationen ganz langsam bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und Intelligenz zu einem dauernden Wahnsystem kommt, die wir mit Kraepelin als Paranoia, Verrücktheit, bezeichnen, hat keinen Platz in der Kindheit. Ich kenne keinen diesbezüglichen Fall.

Die Behandlung geisteskranker Kinder in der Häuslichkeit kann versucht werden, wenn die Verhältnisse es gestatten. Regelmäßige ärztliche Kontrolle, mit psychischen Erkrankungen vertraute Pflegekräfte und die Möglichkeit einer ruhigen Isolierung sind die Voraussetzungen. Bei allen akuten Psychosen ist absolute Bettruhe angezeigt, auch bei denen, die recht still verlaufen, wie die melancholischen Depressionen. Es ist ein Irrtum und ein Kunstfehler zugleich, solche Kinder durch Abwechslung, Anregung und Zerstreung aus ihrer „Apathie“ aufrütteln zu wollen. Eine gewissenhafte ständige Überwachung ist die vornehmste Pflicht,

nicht nur wenn in Angstpsychosen Selbstmordgefahr droht, sondern z. B. auch wegen gemeingefährlicher oder impulsiver Handlungen bei Hebephrenien. Besonderes Augenmerk ist auf die Ernährung und den Stuhlgang zu richten. In den meisten Fällen genügt eine energische Beihilfe bei der Nahrungsaufnahme. Man kann sie erleichtern, wenn man durch flüssige oder breiige Speisen den mühsamen Kauakt erspart. Bei zunehmender bedrohlicher Unterernährung (infolge hartnäckiger Nahrungsverweigerung) rate ich, nicht lange mit allerhand Zwangsfütterungen und Nährklystieren zu experimentieren. Man greife ohne Zaudern zur Schlundsonde, die am besten während einer Vollpackung durch die Nase eingeführt wird, wenn der Patient sich ungebührlich sträubt. Auch bei protrahiertem katatonischem Stupor ist sie nötig. Die Sondenfütterung hat den Vorzug, daß man gleichzeitig Mittel zur Regulierung des Stuhlgangs und Medikamente zur Beruhigung zuführen kann. Man vergesse bei der Fütterung nie das Salz.

Bei akuten Erregungszuständen (mit oder ohne halluzinatorische Verwirrtheit) und starker motorischer, tobsüchtiger Agitation (z. B. in Dämmerzuständen, bei Amentia oder Dementia praecox) ist die Hyoscin-Injektion das souveräne Mittel. Der praktische Arzt hat eine durch nichts begründete Scheu davor. Bei regelmäßig wiederkehrender oder anhaltender Erregung gibt man Vollpackungen (18—20^o R. 1 Stunde) und prolongierte Bäder (27—28^o R. 1—2 Stunden). Ist das Kind in der Packung andauernd sehr unruhig und kommt es deshalb zu einer raschen Erhitzung, so hat sie keinen Zweck. Sie soll kein mechanisches Bändigungs mittel sein und nicht der Bequemlichkeit des Pflegepersonals dienen. Manchmal hilft öfteres Ein- und Auspacken mit frischer Kühlung. Packungen (auch Leibumschläge) wirken auch günstig auf Angstzustände.

Um die nötige Ruhe und Schlaf zu erzielen, teilweise auch zur Bekämpfung triebartiger Masturbation, verordne ich, wenn das harmlose Brom nicht verfängt, Narkotika: Bromural, Chloralamid, Trional, Veronal, Medinal, auch Amylenhydrat oder Paraldehyd (letztere mit Vorliebe im Klystier). Bei anhaltender Erregung ist in schweren Fällen zur Unterstützung der hydropathischen Maßnahmen Veronal in refracta dosi (2—3 mal 0,25) tagsüber zu empfehlen. Manche Ärzte scheuen sich, bei melancholischen Kindern Opium zu geben. Ich sehe keinen Grund dafür, sofern man rationell

vorgeht (3 mal täglich 0,01 Extr. op. steigend, in Pillen oder Pulvern, mit Salzsäure).

In den stuporösen Zuständen, bei apathischer Indolenz, bei hypochondrischen Depressionen sind anregende Mittel am Platze: kühle Waschungen mit Frottierung, Halbbäder (24° R., 5 Min. mit 18° Schlußübergießung). Von innerlichen Stimulantien (Kampfer, Monobromkampfer) habe ich keinen Erfolg gesehen, mehr von kleinen Dosen Chinin.

Mit zunehmender Genesung unterbreche man die Bettruhe und schiebe Liegen im Freien und kurze Gänge, auch leichte mechanische Beschäftigung ein. Regelmäßige Betätigung unter Anleitung, planmäßig über den Tag verteilt und mit Ruhepausen wechselnd, können wir bei den subakut verlaufenden Psychosen (z. B. Dementia praecox) nicht entbehren. Hier ist Arbeit Disziplinierungs- und Heilmittel. Bei negativistischen Neigungen wirkt Massage und Gymnastik vorbereitend.

In allen Fällen psychischer Erkrankung im Kindesalter, wo die Häuslichkeit den vorhin genannten Forderungen nicht genügen kann, ist die Anstaltsbehandlung nötig. Die Auswahl der Unterkunft hängt von der Entscheidung des Arztes ab.

Literaturverzeichnis.

I. Allgemeines.

- Ament, Fortschritte der Kinderseelenkunde 1895–1903. Leipzig, W. Engelmann, 1906.
- Baur, Das kranke Schulkind. 3. Aufl. Stuttgart 1904.
- Bruns, Cramer, Ziehen, Handbuch der Nervenkrankheiten im Kindesalter. Berlin, S. Karger, 1912.
- Burkhard, Die Fehler des Kindes. Karlsruhe 1898.
- Compayré, Die Entwicklung der Kindesseele. Altenburg 1901.
- Demoor, Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. Altenburg 1901.
- Feer, Lehrbuch der Kinderheilkunde. Jena, Gustav Fischer. (Die Krankheiten des Nervensystems, bearbeitet von Ibrahim).
- Gaupp, Psychologie des Kindes (213. Bd. „Aus Natur und Geisteswelt“). B. G. Teubner, Leipzig 1908.
- Groos, Das Seelenleben des Kindes. Reuther & Reichard, Berlin 1908.
- Heller, Grundriß der Heilpädagogik. Leipzig 1904.
- Hermann, Grundlagen für das Verständnis krankhafter Seelenzustände (psychopathischer Minderwertigkeiten) beim Kinde. Langensalza, Beyer & Söhne, 1910.
- Pfaundler-Schloßmann, Handbuch der Kinderheilkunde. F. C. W. Vogel, Leipzig 1906.
- Preyer, Die Seele des Kindes. 4. Aufl. Leipzig 1895.
- Probst, Gehirn und Seele des Kindes. Berlin 1904.
- Sachs, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Leipzig und Wien 1897.
- Scholz, Anomale Kinder. Berlin, S. Karger, 1912; 2. Aufl. bearbeitet von Gregor.
- Sommer, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Berlin und Wien 1899.
- Strümpell, L., Die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern des Kindes. 3. Aufl. Leipzig 1899.
- Wundt, Grundriß der Psychologie. 9. Aufl. W. Engelmann, Leipzig 1909.
- Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie. 5. Aufl. Jena 1900.

- Derselbe, Die Ideenassoziation des Kindes. Berlin, Reuther & Reichard, 1898 und 1900.
- Die Kinderfehler. Zeitschrift für Kinderforschung, herausgegeben von J. Trüper und Chr. Ufer. Langensalza, Beyer & Söhne.
- Zeitschrift für pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene, herausgegeben von Dr. Kemsies und Hirschlaff. Berlin, H. Walther.
- Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, redigiert von Erismann; Hamburg, Leopold Voß.
- Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinnns, herausgegeben von H. Vogt u. W. Weygandt. Jena, Gustav Fischer.
- Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger, herausgegeben von W. Schröter und Dr. Meltzer. Dresden, H. Burdach.

II. Ätiologie und Prophylaxe.

- Anton, Über geistige Ermüdung der Kinder im gesunden und kranken Zustande. Halle 1900, C. Marhold.
- Baur, Die Ermüdung der Schüler im neuen Lichte. Berlin 1902, Gerdes und Hädel.
- Bresgen, Über die Bedeutung behinderter Nasenatmung vorzüglich bei Schulkindern. Hamburg 1880, Leopold Voß.
- Cramer, Über die außerhalb der Schule liegenden Ursachen der Nervosität der Kinder. Berlin 1899.
- Demme, Über den Einfluß des Alkohols auf den Organismus der Kinder. Stuttgart 1891.
- Hoppe, Die Tatsachen über den Alkohol. 2. Aufl. Berlin, S. Calvary & Co. 1901.
- Kassowitz, Alkoholismus im Kindesalter. Berlin 1902.
- Kraepelin, Zur Hygiene der Arbeit. Jena 1896, G. Fischer.
- Lenzmann, Über den schädlichen Einfluß der behinderten Nasenatmung. Bielefeld 1890.
- Moll, Das Sexualeben des Kindes. Berlin 1909, H. Walther.
- Oppenheim, Nervenleiden und Erziehung. Berlin 1899, S. Karger.
- Pelman, Nervosität und Erziehung. 4. Aufl. Bonn 1888.
- Rohleder, Die Masturbation. Berlin 1902.
- Schmidt-Monnard, Über den Einfluß der Schule auf die Körperentwicklung und Gesundheit des Schulkindes. Voß, Hamburg und Leipzig 1898.
- Schuschny, Beiträge zur Nervosität der Schuljugend. Jena 1895, G. Fischer.
- Stekel, Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlin und Wien 1908.
- Ufer, Nervosität und Mädchenerziehung in Haus und Schule. Wiesbaden 1890.
- Wanke, Psychiatrie und Pädagogik. Wiesbaden, Bergmann 1904.
- Wilker, Die Bedeutung und Stellung der Alkoholfrage in der Erziehungsschule. Inaug.-Diss. München 1908, Ernst Reinhardt.

III. Psychopathische Konstitution, Nervosität und Neurasthenie.

- Binswanger, Die Neurasthenie. Jena 1896, G. Fischer.
 Combe, Die Nervosität des Kindes. Leipzig, H. Seemann 1903.
 Delbrück, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler, Stuttgart 1891.
 Koch, Die psychopathischen Minderwertigkeiten. Ravensburg 1891.
 Landau, Nervöse Schulkinder. Hamburg und Leipzig, L. Voß 1902.
 Meige und Feindel, Der Tic. Leipzig und Wien 1903.
 Moses, Die Abarten des kindlichen Phantasielebens. Langensalza 1906.
 Oppenheim, Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. Berlin 1904. S. Karger.
 Pick, Über einige bedeutsame Psycho-Neurosen des Kindesalters. Halle 1904. C. Marhold.
 Sänger, Neurasthenie und Hysterie bei Kindern. Berlin 1902. S. Karger.
 Spitzner, Die wissenschaftliche und praktische Bedeutung der Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten für die Pädagogik. Leipzig, E. Ungleich.
 Stadelmann, Schulen für nervenkrankte Kinder. Berlin 1903.
 Trüper, Psychopathische Minderwertigkeiten im Kindesalter. Gütersloh 1893. C. Bertelsmann.
 Weygandt, Leicht abnorme Kinder. Halle 1905. C. Marhold.
 Wollenberg, Chorea, Paralysis agitans pp. Wien 1899.

IV. Hysterie und Epilepsie.

- Aschaffenburg, Über Stimmungsschwankungen der Epileptiker. C. Marhold. Halle 1906.
 Bézy-Bibent, Die Hysterie im kindlichen und jugendlichen Alter. Berlin 1902. Vogel & Kreienbrink.
 Binswanger, Die Epilepsie. Wien 1899. — 2. Aufl. 1913.
 Derselbe, Die Hysterie. Wien 1904.
 Bruns, Die Hysterie im Kindesalter. 2. Aufl. Halle 1906. C. Marhold.
 Eulenburg, Die Hysterie des Kindes. Berlin 1905. L. Simons Nachf.
 Freud und Breuer, Studien über Hysterie. Leipzig und Wien 1895.
 Freud, Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. Leipzig u. Wien 1906; 2. Folge 1909.
 Derselbe, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig und Wien 1905.
 Hoche, Die Differentialdiagnose zwischen Epilepsie und Hysterie. Berlin 1902. Aug. Hirschwald.
 Neumann, Die funktionellen Nervenkrankheiten des Kindesalters. Deutsche Klinik, Berlin und Wien 1904.
 Spitzner, Psychogene Störungen der Schulkinder. Leipzig 1899.
 Strohmayer, Die Epilepsie im Kindesalter. Altenburg 1902.

V. Schwachsinn.

- Anton, Vier Vorträge über Entwicklungsstörungen beim Kinde. Berlin 1908.
S. Karger.
- Benda, Die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. Leipzig, B. G. Teubner.
1902.
- Berkhan, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Braun-
schweig 1904.
- Binswanger, Über den moralischen Schwachsinn mit besonderer Berück-
sichtigung der kindlichen Altersstufe. Berlin 1905.
- Bösbauer, Miklas, Schiner, Handbuch der Schwachsinnigenfürsorge.
Leipzig und Wien. 2. Aufl. Teubner & Gräser 1909. (Ausführ-
liche Literaturangabe!).
- Brauckmann, Die im kindlichen Alter auftretende Schwerhörigkeit und
ihre pädagogische Würdigung. Leipzig 1896.
- Cassel, Was lehrt die Untersuchung der geistig minderwertigen Schul-
kinder im IX. Berliner Schulkreise. Berlin 1901. O. Coblentz.
- Dannemann, Psychiatrie und Hygiene in den Erziehungsanstalten. Ham-
burg, Agentur des Rauhen Hauses.
- Dannemann, Schober und Schulze, Enzyklopädisches Handbuch der
Heilpädagogik. Halle, C. Marhold. 1909.
- Doll, Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für schwachsinnige
Kinder zu Karlsruhe. Karlsruhe 1902.
- Dannemann, Fuld, Balsler usw., Vorträge über die Zwangs- (Fürsorge-)
Erziehung. Halle, C. Marhold, 1906.
- Ebbinghaus, Über eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten
und ihre Anwendung bei Schulkindern. Hamburg, Leopold Vof.
- Feer, Der Einfluß der Blutsverwandtschaft auf die Kinder. S. Karger,
Berlin 1907.
- Fiebig, Über Vorsorge und Fürsorge für die intellektuell schwache und
sittlich gefährdete Jugend. Langensalza 1906.
- Frenzel, Die Hilfsschulen für schwachbegabte Kinder. Hamburg, L. Vof,
1903.
- Fuchs, Schwachsinnige Kinder, ihre sittliche und intellektuelle Rettung.
Gütersloh 1899.
- Gaupp, Über moralisches Irresein und jugendliches Verbrechen. Halle,
C. Marhold, 1906.
- Gelpke, Über die Beziehungen des Sehorgans zum jugendlichen Schwach-
sinn. Halle, C. Marhold, 1904.
- Gutzmann, Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung.
Berlin, H. Kornfeld, 1893.
- Hahn, Die Strafrechtsreform und die jugendlichen Verbrecher. Dresden 1904.
- Hammarberg, Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie. Upsala
1895.
- Hoegel, Die Straffälligkeit der Jugendlichen. Leipzig, Vogel, 1902.
- Huth, A. H., The marriage of near kin. London, Longmans' Green & Co.
1887.

- Kalischer, Was können wir für den Unterricht und die Erziehung unserer schwachbegabten Kinder tun? Berlin 1897, L. Oehmigkes Verlag.
- Kassowitz, Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelie. Wien 1902.
- Kielhorn, Die Erziehung geistig zurückgebliebener Kinder in Hilfsschulen. Zickfeld, Osterwieck 1897.
- Kluge, Über das Wesen und die Behandlung der geistig abnormen Fürsorge-Zöglinge. Berlin, Reuther & Reichard, 1905.
- Laquer, Die Hilfsschulen für schwachbefähigte Kinder. Wiesbaden 1901.
- Derselbe, Die ärztliche Feststellung der verschiedenen Formen des Schwachsinnns in den ersten Schuljahren. München 1901.
- Derselbe, Die ärztliche und erzieherische Behandlung von Schwachsinnigen (Debilen und Imbezillen) in Schulen und Anstalten. Halle 1906. C. Marhold.
- Derselbe, Über schwachsinnige Schulkinder. Halle 1902. C. Marhold.
- Leubuscher, Staatliche Schulärzte. Berlin 1902. Reuther & Reichard.
- Liebmann, Untersuchung und Behandlung geistig zurückgebliebener Kinder. Berlin 1898.
- Derselbe, Vorlesungen über Sprachstörungen. Berlin 1898.
- Derselbe, Die Sprachstörungen geistig zurückgebliebener Kinder. Berlin 1901.
- Maennel, Vom Hilfsschulwesen. Leipzig 1905. B. G. Teubner.
- Möller, Über Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinnns. Inaug.-Diss. Berlin 1897.
- Mönkemöller, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Berlin 1903.
- v. Muralt, Über moralisches Irresein (Moral insanity). München 1903.
- Naecke, Über die sog. „Moral insanity“. Wiesbaden 1902.
- Piper, Zur Ätiologie der Idiotie. Berlin 1893. H. Kornfeld.
- Polligkeit, Strafrechtsreform und Jugendfürsorge. Langensalza 1905.
- Reinke, Die Unterweisung und Erziehung schwachsinniger (schwachbefähigter) Kinder. Berlin 1897. L. Oehmigke.
- Richter, Die Leipziger Schwachsinnigenschule. Hesse, Leipzig 1893.
- Schaefer, Der moralische Schwachsinn. Halle 1906. C. Marhold.
- Schlesinger, Schwachbegabte Schulkinder. Vorgeschichte und ärztliche Befunde. Stuttgart, F. Enke 1907.
- Scholz, Klinische und anatomische Untersuchungen über den Kretinismus. Berlin 1906. A. Hirschwald.
- Sollier, Der Idiot und der Imbezille. Hamburg und Leipzig 1891.
- Stadelmann, Schwachbegabte Kinder. München, Verlag der ärztlichen Rundschau 1904.
- Stritter, Die Heilerziehungs- und Pflegeanstalten für schwachbefähigte Kinder, Idioten und Epileptiker. Hamburg 1902. Agentur des Rauhen Hauses.
- Trüper, Die Anfänge der abnormen Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. Altenburg 1902.
- Derselbe, Zur Frage der Behandlung unserer jugendlichen Missetäter. Langensalza 1906.
- Voisin, De l'idiotie chez les enfants. Paris 1893.

- Weygandt, Die Behandlung idiotischer und imbeziller Kinder in ärztlicher und pädagogischer Beziehung. Würzburg 1900.
 Derselbe, Der heutige Stand der Lehre vom Kretinismus. Halle 1904. C. Marhold.
 Derselbe, Über Idiotie. Halle 1906. C. Marhold.
 Wintermann, Die Hilfsschulen Deutschlands und der deutschen Schweiz. Langensalza 1898.
 Ziehen, Die Methoden und Prinzipien der Intelligenzprüfung. Berlin 1908. S. Karger.

VI. Geisteskrankheiten.

- Baer, Der Selbstmord im kindlichen Alter. Leipzig 1901.
 Emminghaus, Die psychischen Störungen im Kindesalter. Tübingen 1887.
 Ilberg, Das Jugendirresein (Hebephrenie und Katatonie. Leipzig 1904. Breitkopf & Härtel.
 Ireland, The mental affections of children, idiocy, imbecillity and insanity, London and Edinburgh 1898.
 Jahrmärker, Zur Frage der Dementia praecox. Halle 1900. C. Marhold.
 Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 1909.
 Manheimer, Les troubles mentaux de l'enfance. Paris 1899.
 Moreau, La folie chez les enfants. Paris 1888.
 Pilcz, Die periodischen Geistesstörungen. Jena 1901. G. Fischer.
 Trömmner, Das Jugendirresein (Dementia praecox). Halle 1900. C. Marhold.
 Ufer, Geistesstörungen in der Schule. Wiesbaden 1891.
 Wille, Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig und Wien 1898.
 Ziehen, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Halle 1896. C. Marhold.
 Derselbe, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1902, 1904. 1906. Reuther & Reichard. — 2. Aufl. 1915 und 1917.

Sachregister.

- Abasie-Astasie 99, 105.
Abhärtung nervös veranlagter Kinder 19.
Ablenkbarkeit, krankhafte bei Schwachsinn 249; bei Dementia praecox 311, 312.
Absencen, epileptische 148.
Adenoma sebaceum 187.
Äquivalente, psychische der Hysterie 125; der Epilepsie 154.
Ätiologie, allgemeine kindlicher Nervosität 12; der Hysterie 97; der Epilepsie 171; des Schwachsinn 205; der Geisteskrankheiten des Kindes 307.
Affektepilepsie 177.
Affektkrämpfe, respiratorische 41.
Affekt Krisen 41, 42; hysterische 114.
Affekt leben, ätiol. 18; bei der Hysterie 95, 98, 113; beim Schwachsinn 265.
Affekt shock, Ursache von Hysterie 98; von Geisteskrankheit 307.
Affektstörungen, kindlicher Psychopathen 40.
Affektverdrängung 22, 94, 99.
Akinesia algera 106.
Akkommodationsschwäche der Augen 72.
Alkohol, Ursache von Geisteskrankheit 307.
Alkoholintoleranz 61; bei Schwachsinn 230.
Alkoholismus und Epilepsie 173; A. und Schwachsinn 214.
Alkoholmißbrauch und Neurasthenie 69.
Allgemeinvorstellungen bei Schwachsinnigen 250, 251.
Altersdifferenz der Eltern und Schwachsinn 224.
Alt klugheit psychopathischer Kinder 17.
Amentia 307, 326.
Ammonshorn befunde bei Epilepsie 142.
Amnesie nach epileptischen 144; nach hysterischen Anfällen 124, 128; retrograde 128; nach Dämmerzuständen 153.
Amylenhydrat, beim Status epilepticus 202; als Schlafmittel 339.
Anämie, ätiol. 28; Behandlung 80.
Analgesie bei Hysterien 104, 120; kutane im Dämmerzustand 153; bei Affektepilepsie 178.
Anfälle, hysterische 119; epileptische 143; vollentwickelte 144; atypische 146; abortive 148; kleine, gehäufte 162; psychasthenische 178; Jacksonsche 188.
Angst, bei Melancholie 334; und Sexualerregung 57, 101, 102.
Angstaffekte bei Psychopathen 42; bei Schwachsinnigen 226, 270.
Angsthysterie 101.
Angstzustände, nächtliche 61.
Anlagemängel des Gehirns bei Schwachsinn 209, 227, 228, 234.
Anorexie, hysterische 112; neurasthenische 28, 70.
Anstalten für Schwachsinnige 282; für Epileptiker 197, 199.

- Ansteckung, psychische 73, 97, 98, 109.
- Antiepileptica 200.
- Apathie, bei Schwachsinn 247, 267; bei Erschöpfungstupor 330; bei Dementia schizophrénica 311.
- Aphonie, hysterische 99, 105.
- Appetitlosigkeit, nervöse 28, 70; hysterische 112; neurasthenische 70.
- Aprosexie, bei Schwachsinn 248.
- Arbeitserziehung nervöser Kinder 78, 85; epileptischer 195; schwachsinniger 288; bei Psychosen 340.
- Arbeitslehrkolonien 286.
- Arsenbehandlung bei Chorea 83.
- Arzt, Stellung in Hilfsschulen und Anstalten 6, 7, 9, 280 ff.
- Asphyxie bei der Geburt und Schwachsinn 219.
- Asthenopia nervosa 72.
- Asthma, hysterisches 111.
- Atemstörungen, hysterische 111.
- Aufklärung, sexuelle 25, 27.
- Aufmerksamkeit 235; Störungen der A. bei Schwachsinn 248; bei psychopath. Kindern 44; bei Neurasthenie 70; bei Ermüdung 33.
- Augenbrauen, zusammengewachsene als Degenerationszeichen 60.
- Augenschmerz bei Neurasthenie 72.
- Augenzittern, als Degenerationszeichen 60.
- Aura, epileptische 149, 167.
- Aussage, bei psychopathischen Kindern 45; bei Schwachsinnigen 254; bei hysterischen Kindern 115, 118.
- Autismus bei Dementia praecox 310.
- Autointoxikationstheorie bei Epilepsie 141.
- Autosuggestion bei Hysterie 94.
- Babinskisches Zehenphänomen nach dem epileptischen Anfall 148.
- Bäderbehandlung der Psychosen 340.
- Balkenstich zur Behandlung der Epilepsie 203.
- Begabung, einseitige 43.
- Begriffsbildung beim Kinde 237.
- Belastung, erbliche, allgemeines 12; bei Hysterie 97; bei Epilepsie 171; bei Schwachsinn 210; bei Psychosen 307, 333.
- Bellhusten, hysterischer 111.
- Beobachtungsschwäche, Schwachsinniger 248.
- Beobachtungsstationen für Fürsorgezöglinge 285, 286.
- Berührungsfurcht 47, 48.
- Berührungsidiosynkrasien 65.
- Berufsvormundschaften 294.
- Berufswahl der Epileptiker 196.
- Beschäftigungstrieb des Kindes 238; mangelnder bei Schwachsinn 259.
- Besserungsanstalten 285.
- Bestimmbarkeit, leichte, bei Schwachsinn 267.
- Bettnässen 64; Behandlung 81; und Epilepsie 193; und Schwachsinn 226.
- Bewegungsdrang, gesteigerter bei Manie 332; bei Schwachsinn 270.
- Bewegungstereotypien 314.
- Bewußtseinslücken, epileptische 148, 152.
- Bewußtseinstrübungen, hyster. traumhafte 124, 128.
- Bewußtseinsverlust im hyst. Anfall 124, 128; im epileptischen Anfall 144, 148.
- Beziehungsvorstellungen beim Schwachsinn 249.
- Bleivergiftung und Schwachsinn 217.
- Blepharospasmus 99, 106.
- Blutarmut, Behandlung 80.
- Blutsverwandtschaft und Schwachsinn 212.
- Bromakne 201.
- Brombehandlung der Epilepsie 200.
- Bromismus 201.
- Brompräparate 200.

- Caput progenaeum 60, 225; c. quadratum 60, 221, 225.
 Charakterdegeneration der Epileptiker 158; und Hysterie 161.
 Chirurgie und Epilepsie 202.
 Chloroformnarkose im Status epilepticus 202.
 Chlorose, Behandlung 80.
 Chloralhydrat im Status epilepticus 202; bei Chorea 83.
 Chorea St. Viti 73; Epidemien 73; hysterische 98, 109; electrica 109; und Epilepsie 177; Behandlung 83.
 Coxalgie, hysterische 99, 106.

 Dämmerzustände, hysterische 119; epileptische 153, 154.
 Dauerermüdung 34.
 Debilität 206, 266, 268.
 Degeneration, erbliche 16; psychische beim Epileptiker 158; und Schwachsinn 210.
 Degenerationszeichen 59; bei Schwachsinn 225.
 Delirien im hysterischen Anfall 124, 127; postparoxysmale, epileptische 153.
 Dementia schizophrænica s. praecox 308; paranoides 311, 325; infantilis 310.
 Demenz, epileptische 158; sekundäre 309, 325.
 Denkhemmung bei Melancholie 333.
 Denkwissen beim Kinde 238.
 Denunziationen, falsche bei Hysterie 115, 118; schwachsinnige 254.
 Depression, krankhafte bei Psychopathen 42; bei Melancholie 333.
 Diät, salzlose bei Epilepsie 196.
 Diagnostik, ärztliche des Schwachsinn 277, 280.
 Diathese, spasmophile 28, 139.
 Disharmonie, psychische bei Psychopathen 40.
 Druckpunkte, halbseitige der Hysterie 74, 104.
 Durchfälle, nervöse 65.

 Dystrophia adiposa-genitalis und Epilepsie 188.
 Dyspnoe, hysterische 111.

 Echolalie 314.
 Echopraxie 314.
 Egoismus psychopathischer Kinder 42; hysterischer Kinder 113; bei Dementia hebephrenica 309; Schwachsinniger 266.
 Eieridiosynkrasie (Eierscheu) 65.
 Eigensinn, krankhafter bei psychopathischen Kindern 42; bei schwachsinnigen 261.
 Einfälle, wahnhafte 47; bei Dementia praecox 315.
 Einfühlung, mangelnde beim Schwachsinn 267.
 Eisentherapie 80.
 Eklampsie und Epilepsie 138, 161; E. und Schwachsinn 140, 221.
 Empfindungsstörungen, hysterische 104, 106, 120; bei Idioten 244; bei Imbezillen 248.
 Encephalitis gripposa, Nachkrankheiten der 30.
 Entartung, erbliche 16; und Epilepsie 172.
 Entwicklungsstillstand, geistiger 71, 216; und Epilepsie 158.
 Entwicklungsstörungen, embryonale und Schwachsinn 209, 217.
 Enuresis nocturna 64; diurna 64; und Epilepsie 193.
 Epikanthus bei Mongolismus 223.
 Epilepsia procursiva 147.
 Epilepsie, Begriffsbestimmung 137; Wesen 140; Anatomie 142; Anfälle 143 ff.; petit-mal 148; postparoxystische Störungen 153; postepileptische Dämmerzustände 153; psychisch-epileptische Äquivalente 154; Demenz 158; Charakterdegeneration 159; Erkennung 160; Differentialdiagnose gegen Hysterie 161; gegen gehäufte, kleine Anfälle 162; gegen Migräne 167; Ätiologie 171; Erbllichkeit 171;

- Alkoholismus 173; Syphilis 173; Trauma 176; Affektepilepsie 177; Schreckepilepsie 178; E. und zerebrale Kinderlähmung 174; Herdepilepsie 183; E. und tuberoöse Sklerose 187; Jacksonsche Epilepsie 188; E. und Hydrocephalus 190; Prophylaxe 193; E. und Hygiene 194; Ernährung 195; Bäder 196; Beruf 196; Studium 197; Schulbesuch 198; Unterbringung 197; medikamentöse Behandlung 200; chirurgische Behandlung 202.
- Erblichkeit, allgemeines 12 ff.; bei Epilepsie 171; bei Schwachsinn 210; bei Psychosen 307.
- Erbrechen, bei nervösen Kindern 65; hysterisches 111; Behandlung 80.
- Erfahrungswissen 237.
- Erinnerungsdelir 124.
- Erinnerungsfälschungen bei Hysterie 115; bei Schwachsinn 254.
- Erinnerungslosigkeit nach hysterischen Anfällen 124; nach epileptischen Anfällen 144; nach Dämmerzuständen 153.
- Erinnerungstäuschungen bei Hysterie 115.
- Ermüdung, ätiol. 32.
- Ermüdungsneurose 69.
- Ernährung, ätiol. 28; bei Epilepsie 195; salzlose bei Epilepsie 196.
- Ernährungskuren bei nervösen Kindern 79.
- Ernährungsstörungen der Mutter in der Schwangerschaft und Schwachsinn 210, 217; bei Dementia hebephrenica 265.
- Erregungszustände bei Idioten 247; bei Imbezillen 270.
- Erröten, leichtes als Degenerationszeichen 60.
- Erschöpfung, ätiol. 34; E. und Geisteskrankheit 307, 326.
- Erschöpfungspsychosen 307, 326.
- Erschöpfungsstupor 276.
- Erschöpfungssymptome, psychische nach epileptischen Anfällen 144, 153; motorische, postparoxysmale 184.
- Erysipel und Epilepsie 177.
- Erziehung, ätiol. 17; E. nervöser Kinder 76 ff.; E. schwachsinniger Kinder 287; epileptischer Kinder 194.
- Erziehungsheime 283.
- Erziehungsvereine 294.
- Exaltation, maniakalische 331.
- Fazialisdifferenz als Degenerationszeichen 60.
- Fazialisphänomen bei Spasmodie 139.
- Familienpflege Schwachsinniger 282.
- Ferienkolonien 79.
- Fetischismus 56.
- Fieberdelirien 304.
- Flegeljahre, ätiol. 27; Verwechslung mit maniakalischer Exaltation 332.
- Fragesucht 50; bei Schwachsinnigen 228.
- Fragezwang vgl. Fragesucht.
- Freiluftliegekure 79.
- Frühgeburt und Schwachsinn 219.
- Frühreife, sexuelle, psychopathischer Kinder 23, 55.
- Fürsorge, Wege und Ziele der für psychopathische Kinder 87; für Schwachsinnige 282 ff.; im modernen Recht 290 ff.
- Fürsorgeerziehung 290, 294.
- Fürsorgevereine 294.
- Fürsorgezöglinge 285, 295.
- Fugues, psychopathischer Kinder 58; hysterischer Kinder 129.
- Funktionslähmungen, hysterische 105.
- Furunkulose und Epilepsie 177.
- Ganglienzellenveränderungen bei Mongolismus 224; bei amaurotischer Idiotie 245; bei Schwachsinn 234.
- Gaumenspalt, Degenerationszeichen 60.

- Gaxen bei Schwachsinnigen 226.
- Geburt, uneheliche und Schwachsinn 214.
- Geburt, asphyktische und Schwachsinn 219; und zerebrale Kinderlähmung 185.
- Geburtsdauer, lange und Schwachsinn 219.
- Gedächtnis 237; einseitiges bei Psychopathen 43; Idioten 246; bei Imbezillen 253.
- Gedächtnisschwäche bei Neurasthenie 70; bei Schwachsinn 253 bei Epilepsie 158.
- Gedächtnistreue 237; mangelnde bei Hysterie 115; bei Schwachsinn 234.
- Gefühle, ethische 239; Defekte der bei Schwachsinn 265; bei Hysterie 113.
- Gefühlsleben, normales beim Kinde 238; Störungen des G. beim Schwachsinn 265.
- Gefühlsreaktion, Störung der bei Ermüdung 33; bei Hysterie 113.
- Gefühlsstumpfheit bei Idiotie 247; bei Dementia schizophrenica 309.
- Gefühlstöne, normale 238.
- Gefühlsverflachung bei Dementia schizophrenica 309.
- Gehirnerschütterung, ätiol. 31; und Epilepsie 176.
- Gehirngewichte bei Schwachsinn 228.
- Gehörorgan und Schwachsinn 226.
- Gehstottern, hysterisches 99.
- Gehunfähigkeit, hysterische 99, 105.
- Geisteskrankheiten des Kindes 304 ff.; Dementia praecox 308; Amentia 326; Manie 331; Melancholie 333; Erschöpfungsstupor 330; zirkuläres Irresein 335; Hypochondrie 336; Paranoia 338.
- Geistesstörungen, prä- und postepileptische 153.
- Gelenkkontrakturen, hysterische 106.
- Gelenkrheumatismus und Veitstanz 74.
- Gelenkschlaffheit bei Mongolismus 223.
- Gelenkschmerzen, hysterische 106.
- Gemütsbewegungen in der Schwangerschaft und Schwachsinn 218.
- Gemütserschütterung, als Ursache von Hysterie 93, 98; von Geisteskrankheit 307.
- Gemütsleben psychopathischer Kinder 40; hysterischer 113; epileptischer 158; schwachsinniger 265.
- Genitalien, Mißbildungen der als Degenerationszeichen 60.
- Geräuschempfindlichkeit neurasthenischer Kinder 63; Schwachsinniger 248.
- Geruchsperversitäten bei Idiotie 244.
- Geschlechtsreifung, ätiol. 27, 66; und Epilepsie 179; und Dementia praecox 308, 320, 323; und Manie 331.
- Geschlechtstrieb, abnormer bei psychopathischen Kindern 52, 55.
- Geschmacksperversitäten bei Idiotie 244.
- Geschwulstbildungen des Gehirns und Epilepsie 188.
- Gesichtsfeldeinengungen, konzentrische bei Hysterie 95.
- Gespensterfurcht psychopathischer Kinder 42.
- Gewissen 239.
- Gewissenszwang, neurotischer 54.
- Gewitterfurcht 42.
- Gewohnheiten, schlechte, psychopathischer Kinder 64.
- Gliose der Hirnrinde und Epilepsie 143; umschriebene 183; 188.
- Glottiskrampf 139.
- Grausamkeit, Hang zur, bei psychopathischen Kindern 39, 42; bei Moral insanity 296.

- Grimassieren bei Tic 63; bei Chorea 75.
- Grippe, ätiologisch für nervöse Zustände und Schlafstörungen 30.
- Größenwahnideen, bei Schwachsinn 270; bei Dementia praecox 312; bei Manie 332.
- Grübelsucht 49.
- Gymnastik bei der Behandlung 85.
- Haarereißfen, schlechte Angewohnheit 64.
- Haarwirbel, doppelter als Degenerationszeichen 60.
- Haarwuchs, abnormer als Degenerationszeichen 60.
- Halbseitenkrampf bei Epilepsie 147, 184.
- Halluzinationen, hysterische 114, 121; im Hysterosomnambulismus 121f.; im epileptischen Dämmerzustand 153; hypnagoge 61, 70; bei Dementia praecox 312; bei Amentia 326; bei Schwachsinnigen 270.
- Haltungstereotypie 314.
- Handfertigkeitunterricht Schwachsinniger 288, 289.
- Hasenscharte, als Degenerationszeichen 60.
- Hauthyperästhesie bei psychopathischen Kindern 66; bei Hysterie 106.
- Hautzupfen, schlechte Angewohnheit 64.
- Hebephrenie 311; und Neurasthenie 71, 323.
- Heilerziehungsheime für psychopathische Kinder 89; für Schwachsinnige 283; zentralisierte 286.
- Heilpädagogien für Schwachsinnige 283.
- Heilpädagogik 287.
- Heimweh, krankhaftes bei Melancholie 307.
- Heiterkeit, krankhafte bei Manie 331.
- Hemianästhesie 95.
- Herdsymptome und Epilepsie 183, 186, 188.
- Herzklappenfehler und Veitstanz 74.
- Herzklopfen bei Neurasthenie 70.
- Hilfsklassen 207, 284.
- Hilfsschulen 207; Mitwirkung des Arztes 6.
- Hirngewichte bei Schwachsinn 228.
- Hirnhautentzündung u. Schwachsinn 219; H. und Epilepsie 174, 175.
- Hirntumor und Epilepsie 174, 188.
- Hördefekte bei Idiotie 244.
- Hörstummheit bei Schwachsinn 226, 278.
- Husten, hysterischer 111.
- Hydrozephalus und Epilepsie 190; H. und Schwachsinn 228.
- Hydrotherapie bei Neurasthenie 79, 80; bei Epilepsie 196; bei Psychosen 339.
- Hyperästhesie der Haut bei Hysterie 106.
- Hyperprosexie bei Schwachsinn 249; bei Manie 332.
- Hypochondrie bei psychopathischen Kindern 43, 336; bei melancholischer Verstimmung 334; bei Dementia praecox 311.
- Hysterie, Pathogenese 91; Unterbewußtsein und H. 94, 99; Ursachen 97; Sexualtheorie 100; Symptomatologie 103ff.; Krämpfe 119; psychische Äquivalente 125; hysterisches petitmal 125; Dämmerzustände 127; Prophylaxe 131; Behandlung 133.
- Hystero-Epilepsie 172.
- Hystero-Katalepsie 125.
- Hystero-Neurasthenie 72.
- Hystero-Somnambulismus 127.
- Jacksonepilepsie 188.
- Jactatio nocturna 62.
- Jahreszeit und Epilepsie 183.
- Ideenassoziation bei Schwachsinnigen 256; Beschleunigung bei Manie 331; Hemmung bei Melancho-

- lie 333; bei Erschöpfungsstupor 330; Inkohärenz der I. bei halluzinatorischer Verwirrtheit 326; bei *Dementia praecox* 310.
- Ideenflucht bei Manie 331.
- Idiosynkrasien 65.
- Idiotie 244; amaurotische 244; moralische 295; thymica 225.
- Idiotenanstalten 283; Leitung 7.
- Illusionen bei *Amentia* 326.
- Imbezillität 206, 247 ff.
- Imitation und Hysterie 97.
- Impulse, krankhafte bei Schwachsinn 268; bei *Dementia praecox* 315.
- Incestneigungen infantile 26.
- Inkohärenz des Vorstellungsablaufs bei *Amentia* 326; bei Schwachsinn 270.
- Infantilismus, thyreooplastischer 222.
- Infektion, psychische 98, 109.
- Infektionskrankheiten, ätiol. im allgemeinen 30; zerebrale Kinderlähmung 185; und Schwachsinn 220; Psychosen 304, 307.
- Insolation und Schwachsinn 220.
- Intelligenzdefekt bei Schwachsinn 235 ff.; bei *Dementia praecox* 309; bei Epilepsie 158.
- Intelligenzprüfung 241.
- Irisfleckung, ungleichmäßige 60.
- Irradiation der Gefühlstöne 33, 113.
- Irresein, hebephrenisches 308; periodisches 334; manisch-depressives 335; zirkuläres 335; moralisches 295.
- Isolierung, nervöser Kinder 84; choreatischer 83.
- Jodbehandlung bei hereditärsyphilitischem Schwachsinn 277.
- Jugendabteilungen an Epileptikeranstalten 200.
- Jugendfürsorge für Psychopathen 88.
- Jugendgerichte 292.
- Jugendirresein 308.
- Karbaminsäure und Epilepsie 141.
- Katalepsie, hysterische 125.
- Katatonie 311 ff.; katatonische Symptome bei Schwachsinn 276.
- Kausalität, logische beim Kinde 237.
- Keimschädigungen und Erblichkeit 13; und Epilepsie 173; und Schwachsinn 214.
- Keuchhusten, ätiol. 30; und Epilepsie 177.
- Kindererholungsstätten 79.
- Kinderkrämpfe, eklampthische 138; und Schwachsinn 221.
- Kinderkrankheiten, ätiol. 30.
- Kinderlähmung, zerebrale und Epilepsie 174; 184.
- Kindersterblichkeit und Schwachsinn 218.
- Kleptomanie 57.
- Klinozephalie 221.
- Kniephänomen, fehlendes als Degenerationszeichen 60; Fehlen des — nach dem epileptischen Anfall 148.
- Klonus, epileptischer 144; bei Rindenepilepsie 188.
- Körpergewicht bei Idiotie 229; bei akuten Psychosen 315.
- Komplexe, unterbewusste 22, 94, 99.
- Konfabulation Schwachsinniger 255; hysterische 115.
- Konjunktivalreflex, Fehlen bei Hysterie 104.
- Konstitution, psychopathische 37; psychopathische und moralischer Schwachsinn 299.
- Kontrakturen, hysterische 106.
- Konversionssymptome bei Hysterie 99, 100.
- Konvulsionen, epileptische 144; hysterische 119.
- Konzentration 236; Störungen bei Schwachsinn 246, 248.
- Kopfdruck, neurasthenischer 72.
- Kopfmassie bei Schwachsinnigen 228.
- Kopfschmerz, neurasthenischer 71; hysterischer 109, Behandlung 80.
- Korrektionshäuser 285.

- Krämpfe, epileptische 143 ff; hysterische 119 ff.; Differentialdiagnose 161; psychasthenische 178.
 Kretinismus 222.
 Kropfkrankheit siehe Kretinismus.
 Kryptorchismus 60.
 Kummer, Ursache von Melancholie 307.
 Kyphose, hysterische 106.
- Lähmungen, hysterische 96, 105; postparoxysmale bei Epilepsie 184, 190; zerebrale bei Kindern 174, 184.
 Landerziehungsheime 78.
 Laryngospasmus 139.
 Laufepilepsie 147.
 Launenhaftigkeit, hysterische 113.
 Lebensüberdruß bei Melancholie 334.
 Lektüre, Überwachung der 19.
 Lethargie-Anfälle bei Hysterie 125.
 Lidkrampf, hysterischer 99, 106.
 Linkshändigkeit, als Degenerationszeichen 60; und Epilepsie 172, 148.
 Lispeln 226.
 Ludeln 23.
 Lüge, bei psychopathischen Kindern 45; bei hysterischen Kindern 115; bei Schwachsinnigen 255.
 Lumbalpunktion bei Hirndruck 202.
 Luminal in der Epilepsiebehandlung 201.
- Manie 331.
 Manieren, katatonische 314.
 Masochismus 53, 56.
 Mastkuren 79.
 Masturbation, ätiol. 23; bei psychopathischen Kindern 55; bei Schwachsinnigen 247, 270; und Epilepsie 180.
 Melancholie 333.
 Mendelforschung in der Erblichkeitslehre 15.
 Meningitis serosa 165, 190.
- Meningitis und Schwachsinn 219; M. und Epilepsie 175, 183.
 Meningoencephalitis syphilitica und Epilepsie 175.
 Menstruation und Psychose 308, 331; und Epilepsie 179.
 Merkfähigkeitsstörung bei Neurasthenie 60; beim Schwachsinn 253.
 Migräne als Degenerationszeichen 60; M. und Epilepsie 167.
 Mikrobrachycephalie 223.
 Mikrocephalie 228.
 Mikrogyrie bei Schwachsinn 234.
 Milieu und Erziehung, ätiol. 17.
 Minderwertigkeiten, psychopathische 4, 37.
 Mißbildungen, als Degenerationszeichen 59.
 Mitleid, übertriebenes 42.
 Mongolismus 223.
 Monobromkammer 81, 82, 340.
 Moral insanity und Psychopathie 39, 66, 67; und Epilepsie 158; und Schwachsinn 262, 267, 295 ff.
 Morphinismus und Schwachsinn 217.
 Motilitätsstörungen bei Hysterie 105.
 Müdigkeit 33; bei Neurasthenie 69.
 Musiksimpel 255.
 Muskelkontrakturen, hysterische 106.
 Muskelunruhe, choreatische 75.
 Mutismus, hysterischer 105; katatonischer 314.
 Myoklonie, epileptische 148.
 Myxödem, kindliches 222.
- Nachahmung bei Hysterie 97.
 Nachahmungstrieb Schwachsinniger 267.
 Nachtwandeln psychopathischer Kinder 61; bei Hysterie 129.
 Nägelkauen 64.
 Nahrungsverweigerung, hysterische 111, hebephrenische 314.
 Narkolepsie 162.

- Narkotika 339.
 Nasenkrankheiten, ätiol. 30.
 Nebennierenexstirpation bei Epilepsie 203.
 Negativismus 271, 314.
 Nervendruckpunkte, halbseitige 72.
 Neuralgien, hysterische 108.
 Neurasthenie 69.
 Nikotinabusus und Neurasthenie 69.
 Noctambulismus siehe Nachtwandeln.
 Nystagmus 60.
- Obsessionen 49.
 Obstipation und Epilepsie 180.
 Oedeme, hysterische 113.
 Ohnmachten, als Degenerationszeichen 60; hysterische 125; ohnmachtsähnliche Zustände, Differentialdiagnose gegen Epilepsie 149.
 Ohrdeformitäten 60.
 Ohrkrankheiten bei Schwachsinn 278.
 Ohrläppchen, angewachsenes 60.
 Onanie, ätiol. 23; O. und Epilepsie 180; siehe Masturbation.
 Opiumbrombehandlung der Epilepsie 200; bei Angst 339.
 Organgewichte der Idioten 229.
 Orthopädie und Schwachsinn 277.
- Packungen, hydropathische bei Neurasthenie usw. 81; bei Psychosen 339.
 Paragrammazismus 226.
 Paranoia 338.
 Pararhotazismus 226.
 Parasigmatismus lateralis 226.
 Pavor nocturnus und Sexualität 25; bei psychopathischen Kindern 61; und Epilepsie 157; bei Hysterie 100; bei Schwachsinn 226.
 Pedanterie, psychopathische 54; beim Epileptiker 158.
 Periodizität bei psychopathischen Kindern 42, 45.
- Peroneusphänomen bei Spasmodophilie 139.
 Perseveration 258, 312.
 Perversionsanlagen 25.
 Perversität, sexuelle bei Psychopathen 52; moralische 295.
 Petit-mal, hysterisches 125; epileptisches 148.
 Pflöpfhebephrenie und Schwachsinn 271, 321.
 Phantasie, gesunde 238; krankhafte bei psychopathischen Kindern 45; Überwachung bei nervös veranlagten 21.
 Phantasiearmut bei Schwachsinnigen 259.
 Phantasietätigkeit, überwuchernde bei hysterischen Kindern 115.
 Phimose und Epilepsie 179.
 Poltern 226.
 Polymorphismus der Vererbung 15.
 Porenzephalie und Epilepsie 185.
 Prädisposition, neuropathische und psychopathische 14.
 Produktionserschöpfung der Mutter und Schwachsinn 210, 217.
 Prognathie 60.
 Prophylaxe, allgemeine kindlicher Nervosität 12, 77; der Hysterie 131; der Epilepsie 193; des Schwachsinnens 276.
 Proteinkörper-Therapie bei Epilepsie 202.
 Protestreaktionen 20.
 Pseudocoxitis, hysterische 99, 106.
 Pseudologia phantastica 46, 115.
 Pseudomeningitis, hysterische 109.
 Psychasthenie 37.
 Psychiatrie und Pädagogik 1 ff.
 Psychogenese hysterischer Symptome 91 ff.
 Psychopathen, kindliche 37 ff.; Fürsorge 87.
 Psychosen, akute des Kindesalters 304 ff.
 Psychotherapie nervöser Kinder 84; bei Hysterie 133.
 Ptosis spastica 106.

- Pubertät und Psychose 308, 320.
 Pubertätszeit, ätiol. 27; und psychopathische Konstitution 66; und Hysterie 130; und Epilepsie 137, 179.
 Pupillen, Verhalten im epileptischen Anfall 147, 149, 161, 165.
 Pyknolepsie 163.
- Quaddelbildung bei nervösen Kindern 65.
 Quecksilberkuren bei hereditärsyphilitischer Epilepsie 176; bei Schwachsinn 277.
- Rachitis ätiol. 29; R. und Schwachsinn 220; und Eklampsie 140.
 Randgliose bei Epilepsie 143.
 Rassebelastung, psychoneurotische 36.
 Rechenkünstler, schwach sinnige 255.
 Rededrang bei Manie 331; bei Schwachsinn 270.
 Reflexepilepsie 181.
 Refraktionsanomalien, ätiol. 30.
 Reproduktionstreue 237.
 Rettungshäuser 285.
 Rindenexstirpation bei Epilepsie 203.
 Rindengliose bei Epilepsie 143, 183; herdförmige 186.
 Rindenkrämpfe 188.
 Rückenschmerz, neurasthenischer 71; hysterischer 106.
 Ruhe, körperliche und geistige, prophylaktisch 29.
 Ruhekuren 79, 338.
- Sadismus 25, 53.
 Sättigungsgefühl, mangelndes bei Schwachsinn 244.
 Säuglingshygiene und Schwachsinn 277.
 Sammeltrieb psychopathischer Kinder 57.
 Schädelmessungen bei schwach sinnigen Kindern 227.
- Schädelmißbildung, als Degenerationszeichen 59; bei Epilepsie 165; bei rachitischem Schwachsinn 220.
 Schädelrachitis und Schwachsinn 220.
 Schädelverletzung und Epilepsie 176; und Schwachsinn 219, 220.
 Schamhaftigkeit übertriebene der Psychopathen 54.
 Scharlach und Epilepsie 165, 177.
 Schiefhals, hysterischer 106.
 Schilddrüsenmangel bei Myxödem 222; bei Infantilismus 222; vergrößerte bei Kretinismus 223.
 Schielen als Degenerationszeichen 60.
 Schizophrenie 308 ff.; und moralischer Schwachsinn 302.
 Schlaf, Verhältnis zur Epilepsie 183.
 Schlaferziehung 29.
 Schlafstörungen bei psychopathischen Kindern 61; bei Neurasthenie 70; Behandlung 80, 339.
 Schlaftic 62.
 Schlafzustände, hysterische 123, 125.
 Schlafwandeln, hysterisches 129.
 Schleimhautreflexe, Fehlen bei Hysterie 95; bei Bromismus 201.
 Schlundsondenfütterung 339.
 Schmerzen, hysterische 106 ff.
 Schmerzabhärtung 19.
 Schmerzabstumpfung bei Idiotie 244.
 Schmerzgefühle, gesteigerte bei Hysterie, Irradiation derselben 113.
 Schreck und Epilepsie 178; der Mutter in der Schwangerschaft und Schwachsinn 218.
 Schreckhysterie 93, 98.
 Schrei, im epileptischen Anfall 144.
 Schreibblähmung bei Hysterie 105.
 Schüchternheit, übertriebene 54.
 Schülerüberbürdung, ätiol. 32, 308, 323.
 Schulbesuch, nervöser K. 78; hysterischer 136; epileptischer Kinder 194, 197; schwach sinniger 284.

- Schwachsinn, Ursachen 205; Einteilung 206, 208; Symptomatologie 235 ff.; Behandlung 275 ff.; moralischer 295 ff.; Schw. und Psychose 271, 321; erworbener (Demenz) 309; epileptischer 157.
- Schwangerschaftshygiene 277.
- Schwangerschaftsstörungen u. Schwachsinn 217 ff.
- Schwerhörigkeit und Schwachsinn 226, 278.
- Schwermut 333.
- Schwindel, epileptischer 148.
- Schwitzen, halbseitiges 60.
- Seebäder 79.
- Sehstörungen, ätiol. 30.
- Sekretion, innere, Störungen der u. Schwachsinn 209, 222.
- Selbstmord bei psychopathischen Kindern 40; bei hysterischen 130; bei Schwachsinnigen 268; bei Melancholie 334; bei Dementia praecox 311.
- Selbstüberschätzung, schwachsinnige 261, 262.
- Selbstvorwürfe bei Melancholie 334.
- Sexualität und Angst 24, 57, 101; Zwangsvorstellungen 50, 55; S. und Hysterie 100; konträre psychopathischer Kinder 56.
- Sexualleben, ätiol. 22.
- Sigmatismus 226.
- Simulation und Hysterie 96.
- Sinnesorgane, Erkrankungen ätiol. 30; bei Schwachsinn 226.
- Sinnestäuschungen bei Hysterie 114; im hysterischen Dämmerzustand 121, 123; im epileptischen Dämmerzustand 153; bei akuten Psychosen 312, 326, 332.
- Sklerose, atrophische des Gehirns bei zerebraler Kinderlähmung 185; tuberöse und Epilepsie 187.
- Skoliose, hysterische 106.
- Skrofulose, ätiol. 29; und Schwachsinn 226.
- Skrupulosität, krankhafte 54.
- Somnambulismus, hysterischer 127.
- Soolbäder 79.
- Sopor, postparoxysmaler bei Epilepsie 153.
- Späteklampsie 161.
- Spasmophilie und Epilepsie 138; und Schwachsinn 221.
- Speichelfluß bei Bromismus 201.
- Spieltrieb, normaler Kinder 238; mangelnder bei Schwachsinn 259.
- Sprachgebrecen bei schwachsinnigen Kindern 226, 278.
- Stammeln 226; otogenes 278.
- Status epilepticus 144; hemiepilepticus 147; Behandlung 202.
- Stauungspapille 189.
- Stehltrieb 57.
- Stenosen des Hinterhaupts 60, 165.
- Stereotypien bei Dementia hebephrenica 314.
- Stigmata, hysterische 95, 103.
- Stimmungsschwankungen, unmotivierte der Epileptiker 159; der Psychopathen 42; bei Schwachsinnigen 270.
- Stimmritzenkrampf 139.
- Stoffwechseluntersuchungen bei Epilepsie 141.
- Stottern 60, 226; hysterisches 105; der Beine 99.
- Strabismus 60, 226.
- Strafmündigkeit, bedingte 291.
- Strafrecht und Schwachsinn 291.
- Strafvollzug, jugendl. Krimineller 292, 293.
- Stummheit, hysterische 105; negativistische bei Dementia praecox 314; bei Schwachsinnigen 278.
- Stupidität 330.
- Stupor, postepileptischer 153, 154; katatonischer 314; Erschöpfungsstupor 330.
- Suggestibilität, gesteigerte bei Hysterie 94, 97.
- Suggestion, traumatische 99.
- Suggestivbehandlung 82, 85; der Hysterie 133.

- Synkope, hysterische 125.
 Syphilis und Epilepsie 173; S. und Schwachsinn 215.
- Tagesinternate bei Hilfsschulen 284.
- Taubheit, hysterische 99.
 Taubstummheit bei Idioten 244.
 Tetanie 138.
 Thyreoidin bei Myxödem 277.
 Tics bei nervösen Kindern 63; hysterische 109; Behandlung 83.
 Tierfurcht bei Psychopathen 42, 58.
 Tierquälerei, bei Psychopathen 39; schwachsinniger Kinder 240.
 Tonus im epileptischen Anfall 144.
 Torticollis spastica 106.
 Trauma, ätiol. 31; Tr. und Hysterie 96, 98; sexuelles Tr. und Hysterie 100; Tr. und Epilepsie 176; und Schwachsinn 220.
 Träumerei, hysterische 114; nervöser Kinder 21.
 Traurigkeit, krankhafte bei Melancholie 333.
 Triebe, abnorme psychopathischer Kinder 57.
 Triebhandlungen bei Schwachsinnigen 267; bei Dementia praecox 315.
 Trousseauisches Phänomen bei Spasmophilie 139.
 Tuberkulose und Schwachsinn 216.
 Typhus, ätiol. 30, 307.
- Überbürdung und Nervosität 32; Ü. und Geisteskrankheiten 307.
 Überempfindlichkeit der Haare, Haut und Nägel 65; der Haut und Gelenke bei Hysterie 106.
 Überrumpelungstherapie bei Hysterie 134.
 Unorientiertheit im Dämmerzustand 128, 153; bei Schwachsinnigen 270.
 Unterbewußtsein 21; Bedeutung für das hysterische Symptom 94, 99.
- Unterbringung psychopathischer Kinder 88 ff.; schwachsinniger 262; epileptischer 197; hysterischer 133.
 Unterricht, schwachsinniger Kinder 287.
 Urinabgang im epileptischen Anfall 144.
 Urinverhaltung bei Katatonie 314.
 Urticaria 65.
 Urteilsbildung beim Kinde 237.
 Urteilschwäche Schwachsinniger 260; und moral insanity 301.
- Vegetationen, adenoide im Nasenrachenraum 30, 226, 277.
 Veitstanz 73; und Epilepsie 177.
 Verbalismus schwachsinniger Kinder 252.
 Verblödung 309; bei Epilepsie 158.
 Verblödungspsychosen 309.
 Verbrecherneigung bei Schwachsinnigen 267.
 Verdauungsstörungen und Epilepsie 180.
 Verdrängung, psychische 22; und Hysterie 94, 99.
 Vererbung siehe Erbllichkeit.
 Verfolgungsideen bei Schwachsinnigen 270; bei Dementia praecox 311.
 Verknöcherung, verlangsamte bei Mongolismus 224.
 Verrücktheit 338.
 Verstimmung, reizbare bei Neurasthenie 69; unmotivierte bei Psychopathen 42; bei Epilepsie 42, 159; melancholische 333; hypochondrische 337; heitere bei Manie 331.
 Verstopfung, Behandlung 80; und Epilepsie 180.
 Versuchungsgedanken 48.
 Verwandtenehe und Schwachsinn 212.
 Verwirrtheit, halluzinatorische 326.
 Vorbeireden bei Dementia hebephrenica 312; im hysterischen Dämmerzustand 126; im epileptischen 154.

- Vorstellungen, überwertige 47.
 Vorstellungsanbildung normale 237.
 Vorstellungsdefekte bei Schwachsinnigen 249.
 Vorstellungsschatz schwachsinniger Kinder 250.
 Wachträumen 21; hysterisches 114.
 Wahnideen, bei Psychopathen 47; bei hysterischen Kindern 118; im epileptischen Dämmerzustand 154; bei Schwachsinnigen 270; bei hebephrenischer Demenz 312, 323; bei Manie 332; bei Melancholie 334; bei Hypochondrie 337.
 Wandertrieb, psychopathischer Kinder 58; bei Hysterie 129; bei Epilepsie 159.
 Wassermann - Reaktion bei Schwachsinn 216.
 Wegbleiben der Kinder 41.
 Wehleidigkeit, psychopathischer Kinder 43.
 Wertbegriff, bei Schwachsinnigen 251, 252.
 Willenssperrung, katatonische 314.
 Wirbelschmerz, hysterischer 106.
 Wonnesaugen 23.
 Wortneubildungen bei Dementia praecox 313.
 Wortwissen bei Schwachsinn 251.
 Wucherungen, adenoide im Nasenrachenraum 30; bei Schwachsinn 226, 277.
 Würgreflex, Fehlen bei Hysterie 95; bei Bromismus 201.
 Würmer und Epilepsie 180.
 Wunderkinder, psychopathische 43.
 Wutaffekte der Psychopathen 40.
 Wutanfälle bei Epilepsie 157; bei Schwachsinn 247.
 Zähneknirschen im Schläfe 61.
 Zahlensimpel 255.
 Zahlvorstellungen bei Schwachsinnigen 251.
 Zahnstellung, unregelmäßige 60.
 Zahnung und Epilepsie 177.
 Zangengeburt und Epilepsie 176; und Schwachsinn 219.
 Zeitvorstellung bei Schwachsinnigen 251.
 Zentrale für Jugendfürsorge, deutsche 294.
 Zerstörungstrieb der Epileptiker 158; bei schwachsinnigen Kindern 240, 247.
 Zerstretheit, hysterische 114; bei schwachsinnigen Kindern 248.
 Zitterepidemien 109.
 Zittern, neurasthenisches 70; hysterisches 109.
 Zonen erogene, Schädlichkeit ihrer Reizung 25.
 Zornaffekt der Psychopathen 40; Bekämpfung 86; bei Schwachsinnigen 226, 270.
 Zornmütigkeit der Epileptiker 158.
 Züchtigung, körperliche 32; Z. u. Epilepsie 177; und Schwachsinn 289.
 Zuchtmittel bei Schwachsinnigen 289.
 Zungenbiß bei Epilepsie 144.
 Zwangsdenken, ideenflüchtiges 70; Behandlung 81.
 Zwangserziehung s. Fürsorgeerziehung.
 Zwangsgrübeln 49; bei Schwachsinnigen 270.
 Zwangshandlungen 48.
 Zwangsvorstellungen 47; und perverse Sexualtriebe 52, 55; bei Schwachsinnigen 270.
 Zweifelsucht 48.
 Zwergwuchs bei Kretinismus 222.
 Zwillingsgeburt und Schwachsinn 217.

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN MÜNCHEN.

Handbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie des Kindesalters.

Unter Mitwirkung von Fachgenossen
herausgegeben von

Dr. **H. Brüning**,
Professor der Pädiatrie an der Universität
Rostock.

und

Prof. Dr. **E. Schwalbe**,
Direktor des Pathologischen Instituts der
Universität Rostock.

I. Band, 1. Abteilung. Mit 74 Abbildungen im Text. 1912. GZ. 136.

Inhalt:

H. Brüning, Geschichtliches. — **E. Schwalbe**, Normale Altersunterschiede und Wachstum im Kindesalter. Allgemeines über Ursachen der Krankheiten im Kindesalter. — Analyse der Altersdisposition. Mit 6 Figuren im Text. — **J. G. Mönckeberg**, Die Pathologie des Gewebes im Kindesalter. — **E. Peiper**, Die Parasiten im Kindesalter. Mit 38 Figuren im Text. — **H. Beitzke**, Die Infektionskrankheiten im Kindesalter. Mit 2 Figuren im Text. — **Bruno Wolff**, Allgemeine Mißbildungslehre und fetale Erkrankungen. — **H. Merkel**, Die Geschwülste des Kindesalters. Mit 24 Figuren im Text.

I. Band, 2. Abteilung. Mit 138 Abbildungen im Text und 1 Tafel.
1914. GZ. 27.—.

Inhalt:

Johannes Jost und **Max Koch**, Krankheiten junger Tiere im Vergleich mit den menschlichen Kinderkrankheiten. Mit 84 Figuren im Text. — **L. Tobler**, Krankheiten durch abnormalen Ablauf der Ernährungsvorgänge und des Stoffwechsels. Unter Mitarbeit von **G. Bessau**. Mit 34 Figuren im Text. — **Hermann Merkel**, Gerichtsarztliche Gesichtspunkte und Verfahren bei der Beurteilung der Leichen von Neugeborenen und Kindern. Mit 12 Figuren im Text. — **Hermann Brüning**, Über Krankheiten der Kinder in außereuropäischen Ländern. Mit 8 Figuren im Text und Tafel I. — Autoren- und Sachregister zu Band I.

II. Band, 1. Abteilung. Mit 249 Abbildungen im Text. 1913. GZ. 28.—.

Inhalt:

O. Büttner, Die durch die Geburt entstandenen Krankheiten. — **A. Peters**, Die Pathologie und pathologische Anatomie des Auges im Kindesalter. — **M. Wolters**, Hauterkrankungen im Kindesalter. — **E. Wieland**, Spezielle Pathologie des Bewegungsapparates (Stützapparates) im Kindesalter. Mit 62 Abbildungen im Text. — **E. Thomas**, Drüsen mit innerer Sekretion. Mit 6 Abbildungen im Text. — **Guido Fischer**, Die Zähne. Mit 55 Abbildungen im Text. — **H. Ribbert**, Respirationsorgane. Mit 30 Abbildungen im Text. — **M. Hohfeld**, Die Thymus. — **W. H. Schultze**, Männliche Geschlechtsorgane. Mit 41 Abbildungen im Text. — **A. Bennecke**, Weibliche Genitalien. — **R. Borrmann**, Harnapparat. Mit 27 Abbildungen im Text. — **K. Sternberg**, Darmsystem und Peritoneum.

II. Band, 2. Abteilung. Mit 33 Abbildungen im Text. 1921. GZ. 21.—.

Inhalt:

W. Berblinger, Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße. — **L. Jores**, Postembryonale Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. — **J. Esser** u. **H. Stursberg**, Blut und blutbildende Organe. — **H. Brüning**, Muskulatur, Fett und Unterhautzellgewebe. — **P. Grünberg**, Die Erkrankungen des Gehörorgans im Kindesalter.

Der Schlußteil des zweiten Bandes befindet sich in Vorbereitung.

Die Grundzahlen (GZ.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN MÜNCHEN.

Die klinische Untersuchung Nervenkranker.

Ein Leitfadens
der allgemeinen und der topischen und eine Zusammen-
stellung der speziellen Diagnostik der Nervenkrankheiten
für Studierende und praktische Ärzte

nach Vorlesungen von

Dr. Otto Veraguth,

Nervenarzt, Privatdozent der Neurologie an der Universität Zürich.

Mit 102 teils farbigen Textabbildungen und 44 Schematen und Tabellen.
1911. — Gebunden GZ. 10,65.

Der Zweck des Buches ist nach des Autors Plan Einführung in die Nervenheilkunde.

Der hierzu eingeschlagene Weg weicht von dem sonst in diagnostischen Lehrbüchern innegehaltenen in manchen Punkten nicht unerheblich ab. Hervorzuheben ist die eingehende Besprechung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden, die für viele eine erwünschte Ergänzung der rein neurologischen Kapitel sein wird. Ein sehr ausgiebiger Gebrauch ist von Tabellen und schematischen Zeichnungen gemacht worden. Im Verein mit einer glänzenden Ausstattung durch Abbildungen wird hierdurch eine sehr ausführliche Darstellung der anatomischen und physiologischen Grundlagen der neurologischen Diagnostik erzielt. Das Werk dürfte in dieser Hinsicht auch für den spezieller Interessierten ein wertvolles Nachschlagewerk sein.

Zentralbl. f. innere Medizin.

Natur der Zwangsvorstellungen und ihre Beziehungen zum Willensproblem.

Von

Dr. M. Friedmann,

Nervenarzt in München.

1920. — GZ. 7.

Grundzüge der Psychologie für Mediziner

VON

Dr. Heinrich Kahane.

1914. — GZ. 9.

Die Grundzahlen (GZ.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9.

Die kindliche Sexualität und ihre Bedeutung für Erziehung und ärztliche Praxis. Von Josef K. Friedjung, Dozent der Kinderheilkunde, Wien. (Sonderabdruck aus „Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde“ Bd. 24.)
Erscheint im Frühjahr 1923

Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen. Von Karl Jaspers, Dr. med., o. ö. Professor der Philosophie an der Universität Heidelberg. Dritte, vermehrte und verbesserte Auflage.
Erscheint im Frühjahr 1923

Psychologie der Zusammenhänge und Beziehungen. Von Dr. med. Vera Strasser, Zürich. 1921.
GZ. 18; gebunden GZ. 20,6

Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. Von Dr. Karl Birnbaum, Privatdozent der Psychiatrie an der Universität Berlin. 1923.
GZ. 3,6

Psychopathologische Dokumente. Selbstbekenntnisse und Fremdzeugnisse aus dem seelischen Grenzlande. Von Karl Birnbaum. 1920.
GZ. 8; gebunden GZ. 11

Kriminal-Psychopathologie. Systematische Darstellung. Von Dr. Karl Birnbaum, Oberarzt an der Irrenanstalt Herzberge der Stadt Berlin. 1921.
GZ. 5,2; gebunden GZ. 8

Der Gegenstand der Psychologie. Eine Einführung in das Wesen der empirischen Wissenschaft. Von Paul Häberlin, ordentlicher Professor an der Universität Bern. 1921.
GZ. 9

Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie. Von Dr. Ludwig Binswanger. 1922.
GZ. 10

Psychologie der Weltanschauungen. Von Karl Jaspers, o. ö. Professor der Philosophie an der Universität Heidelberg. Zweite, durchgesehene Auflage. 1922.
GZ. 12; gebunden GZ. 15

Psychologie des Verbrechens. Eine Kritik. Von Dr. med. et phil. Max Kaufmann, Privatdozent an der Universität Halle a. S. Mit zahlreichen Porträts. 1912.
GZ. 10

Die Grandzahlen (GZ.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft

VERLAG VON JULIUS SPRINGER IN BERLIN W 9.

Vererbung und Seelenleben. Einführung in die psychiatrische Konstitutions- und Vererbungslehre. Von Dr. Hermann Hoffmann, Privatdozent an der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen. Mit 104 Abbildungen und 2 Tabellen. 1922. GZ. 8; gebunden GZ. 11

Lehrbuch der Psychiatrie. Von Dr. E. Bleuler, o. Professor der Psychiatrie an der Universität Zürich. Vierte Auflage. Mit 51 Textabbildungen. 1923. Gebunden GZ. 15

Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. Von Dr. Julius Raecke, Professor an der Universität Frankfurt a. M. Neunte, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 14 Textabbildungen. 1922. GZ. 4

Psychiatrie für Ärzte. Von Dr. Hans W. Gruhle, a. o. Professor der Universität Heidelberg. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 23 Textabbildungen. 1922. (Fachbücher für Ärzte, Band III.) Gebunden GZ. 7

Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Beiträge zur allgemeinen Psychiatrie I. Von Dr. Arthur Kronfeld. 1920. GZ. 15

Psychiatrische Familiengeschichten. Von Dr. J. Jö rger, Direktor der Graubündnerischen Heilanstalt Waldhaus bei Chur. 1919. GZ. 3,5

Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Ge-
sittung. Von Professor Emil Kraepelin. Mit 35 Textbildern. (Sonder-
abdruck aus „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie.“)
1918. GZ. 2,8

Ziele und Wege der psychiatrischen Forschung. Von Professor Emil
Kraepelin. (Sonderabdruck aus „Zeitschrift für die gesamte Neurologie
und Psychiatrie.“) 1918. GZ. 1,4

Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens.
Herausgegeben mit Unterstützung der Deutschen Forschungsanstalt für
Psychiatrie in München, sowie zahlreicher Mitarbeiter von Professor
Dr. Theodor Kirchhoff in Schleswig. Gebunden GZ. 9
Erster Band. Mit 44 Bildnissen. 1921.
Zweiter Band. Mit zahlreichen Bildnissen. Erscheint im Sommer 1923

*Die Grundzahlen (GZ.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen
Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit gelten-
den Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.*

VERLAG VON J. F. BERGMANN IN MÜNCHEN.

Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychotherapie. Von Dr. Alfred Adler, Nervenarzt in Wien. Dritte, vermehrte Auflage. 1922. GZ. 7; gebunden GZ. 8

Praxis und Theorie der Individualpsychologie. Vorträge zur Einführung in die Psychotherapie für Ärzte, Psychologen und Lehrer. Von Dr. Alfred Adler, Nervenarzt in Wien. 1920. GZ. 11,25; gebunden GZ. 13,5

Heilen und Bilden. Grundlagen der Erziehungskunst für Ärzte und Pädagogen. Herausgegeben von Dr. Alfred Adler und Dr. Carl Furtmüller. Zweite, neubearbeitete und erweiterte Auflage. Redigiert von Dr. Erwin Wexberg. 1922. Kartoniert GZ. 8

Die Träume der Dichter. Eine vergleichende Untersuchung der unbewußten Triebkräfte bei Dichtern, Neurotikern und Verbrechern. (Bausteine zur Psychologie des Künstlers und des Kunstwerkes.) Von Dr. Wilhelm Stekel in Wien. 1912. GZ. 6,65

Die Sprache des Traumes. Eine Darstellung der Symbolik und Deutung des Traumes in ihren Beziehungen zur kranken und gesunden Seele für Ärzte und Psychologen. Von Dr. Wilhelm Stekel in Wien. Zweite, verbesserte Auflage. 1922. GZ. 8; gebunden GZ. 10

Über den Traum. Von Prof. Dr. Sigmund Freud in Wien. Dritte Auflage. 1921. GZ. 2

Der Traum, ein assoziativer Kurzschluß. Von Dr. Hans Henning. 1914. GZ. 1,8

Grundzüge der Psychologie für Mediziner. Von Dr. Heinrich Kahane. 1914. GZ. 9

Hypnotismus und Medizin. Grundriß der Lehre von der Hypnose und der Suggestion mit besonderer Berücksichtigung der ärztlichen Praxis. Von Hofrat Dr. L. Loewenfeld in München. 1922. GZ. 3; gebunden GZ. 4

Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Von Professor Dr. O. Bumke in Leipzig. Mit zahlreichen Textabbildungen. 1919. GZ. 25

Die Grundzahlen (GZ.) entsprechen den ungefähren Vorkriegspreisen und ergeben mit dem jeweiligen Entwertungsfaktor (Umrechnungsschlüssel) vervielfacht den Verkaufspreis. Über den zur Zeit geltenden Umrechnungsschlüssel geben alle Buchhandlungen sowie der Verlag bereitwilligst Auskunft.