

Aus der psychiatrischen Klinik in Dorpat.

Die Katatonie.

Von

Professor W. v. TSCHISCH

in Dorpat.

In Anbetracht des Umstandes, dass in der ausgezeichneten Arbeit von Serbski¹⁾ die gesamte Litteratur über die Katatonie bis zum Jahre 1890 angeführt ist, erachte ich es nicht für notwendig, an diesem Orte nochmals die Ansichten der verschiedenen Psychiater über die Katatonie ausführlich wiederzugeben.

Hingegen scheint es mir erforderlich, etwas länger bei Serbski's Arbeit zu verweilen, im Hinblick auf die hervorstechenden Vorzüge derselben. Genannter Autor beleuchtet mit grossem Geschick alle Symptome der Katatonie, führt alsdann die verschiedenen bezüglich dieser Symptome geäusserten Meinungen an und beweist zum Schluss an der Hand von Beobachtungen aus der Moskauer psychiatrischen Klinik, dass ein jedes einzelne der der Katatonie zukommenden Symptome bei den verschiedensten Geisteskrankheiten zur Beobachtung gelangen kann. Auf diese Weise bewies Serbski, dass der Stupor, die Attonität, die Krampfbewegungen, die Tetanie, Katalapsie, die stereotypen Bewegungen und Stellungen, die Verbigeration, der Mutacismus und Negativismus, die Nahrungsverweigerung, der Pathetismus, schliesslich der cyklische Verlauf bei vielen Geisteskrankheiten

¹⁾ Die als Katatonie beschriebenen Formen von Geistesstörung, 1890.

beobachtet werden, und ein jedes einzelne Symptom für sich durchaus nichts Spezifisches enthält, was berechtigte, die Katatonie als selbständige Krankheit auszuscheiden. In dem zweiten Teile seiner Arbeit führt Serbski Krankengeschichten an, zum Beweise dafür, dass die der Katatonie zukommenden Symptome im Verlaufe folgender Geisteskrankheiten zur Beobachtung gelangen: Dementia acuta, Paranoia acuta, Melancholia attonita, Paralysis progr., periodische, hysterische Psychosen, Paranoia chron., Dementia secund. progr. und Hebephrenie.

In seinen Schlussfolgerungen jedoch widerspricht Serbski sich selbst, und zwar behauptet er in seiner These No. 1: „Die Frage nach dem Bestehen der Katatonie als einer selbständigen Krankheitsform bleibt bis jetzt offen“, erklärt aber in seiner These No. 18 nicht weniger kategorisch: „Kein einziges von den Symptomen der Katatonie, für sich allein genommen, kann als Characteristicum einer besonderen Krankheitsform gelten; die Zusammengehörigkeit der Symptome jedoch bedeutet lediglich ein zufälliges Zusammentreffen, und nicht einen organischen Zusammenhang, zu dessen Annahme uns weder eine feste anatomische Basis noch bestimmte physiologische Fakta berechtigen.

These No. 19 ist noch kategorischer: „Die unter dem allgemeinen Namen „Katatonie“ beschriebenen Krankheitsformen können unter folgende Gruppen verteilt werden: 1. Dementia acuta, 2. Paranoia acuta mit den Unterarten, a) akute Verwirrtheit, b) akuter Wahnsinn, 3. Melancholia attonita, 4. Paranoia chron., 5. Paralysis progr., 6. gewisse Formen periodischer Psychosen, 7. hysterische Psychosen, 8. progressiver Schwachsinn, wohin gehören: a) Hebephrenie, b) erworbener sekundärer Schwachsinn im Gefolge akuter Psychosen.

Serbski hat aber nicht den Beweis erbracht, dass die Katatonie keine selbständige Krankheit ist; der Umstand, dass die Symptome der Katatonie bei den verschiedensten Geisteskrankheiten beobachtet werden, spricht noch nicht im geringsten dafür, dass der Katatonie nicht eine selbständige Stellung zuerkannt werden darf. Man kann sich nur darüber wundern, dass Serbski, natürlich aus Zufall, keinen einzigen Fall von Katatonie gesehen hat, während wir andern Beobachtern gute Krankengeschichten von Katatonikern verdanken. Darin müssen wir dem verehrten Autor völlig beistimmen, dass die Frage nach dem Bestehen der Katatonie, als einer selbständigen Krankheit, offen bleibt; zur Entscheidung gerade dieser Frage hat Serbski uns nichts neues gebracht, aus welchem Grunde wir auch nach dem Jahre 1890 in den diesbezüglichen Ansichten der Autoren viele Meinungsverschiedenheiten antreffen.

Prof. Korsakoff zählt in seinem Handbuch der Psychiatrie¹⁾ die Katatonie zu den gemischten Formen. Er definiert sie folgendermassen: „Es handelt sich um Fälle, in welchen die kata-

¹⁾ Kursus der Psychiatrie, 1893.

tonischen Symptome besonders deutlich ausgeprägt sind, Fälle, die in ihrem Verlaufe derartige Besonderheiten darbieten, dass sie füglich nicht in den Rahmen der von mir aufgezählten typischen Formen sich einreihen lassen, und welche dabei deutliche katatonische Symptome bieten“. Ferner folgt: „Die Diagnose der katatonischen Geistesstörung gründet sich hauptsächlich auf das Bestehen „der sogenannten“ katatonischen Erscheinungen in der Reihe der Symptome und auf den Umstand, dass der Kranke einen Wechsel der Zustände verschiedener Grundtypen darbietet, und das in einer gewissen Reihenfolge.

Prof. Ziehen¹⁾ äussert sich über die Katatonie nur sehr kurz: „Die Krankheit ist selten. Wo katatonische stereotype Stellungen und Bewegungen auftreten, handelt es sich meist um Melancholia attonita oder Paranoia hallucinatoria oder irgend eine Form des Schwachsinn. Das Vorkommen einer eigenartigen Katatonie im Sinne Kahlbaum's ist daher oft bestritten worden. Der Ausbruch erfolgt meist in der Pubertät. Meist liegt schwere erbliche Belastung vor. Der Verlauf der drei ersten Stadien erstreckt sich über ein bis zwei Jahre. Dann beginnt der Uebergang in sekundäre Dementia. Spuren der letzteren lassen sich übrigens zuweilen bis in das erste Stadium zurückverfolgen. Heilungen sind sehr selten.“

Aeusserst bestimmt hat sich in der uns beschäftigenden Frage Prof. Sommer²⁾ ausgesprochen: „Symptomatisch muss man bei dem Wort „Katatonie“ an einen Komplex denken, in welchem Stereotypie von Haltungen und Bewegungen sich mit wechselnden Zuständen von Melancholie, Manie, Wahnsinn und Verwirrtheit verbunden zeigt. Diese Symptome kommen nur in ihrer Gesamtheit oder teilweise verknüpft auch bei einer Anzahl von anderen wohlcharakterisierbaren Krankheiten (progressive Paralyse, Herderkrankungen, Epilepsie etc.) vor. In allen diesen Fällen ist die Diagnose nicht auf „Katatonie“, sondern auf die betreffende Grundkrankheit zu stellen. Immerhin bleiben nach Abzug aller dieser Fälle mit rein symptomatischer Katatonie eine kleine Anzahl von Fällen übrig, welche als gesonderte Krankheitsform herausgehoben werden müssen.“

Prof. Kraepelin hat sich viel mit der Frage der Katatonie beschäftigt und seine Ansichten über diese Krankheit von Grund aus geändert; noch im Jahre 1891 leugnete er vollkommen das Bestehen der Katatonie als einer selbständigen Krankheit, wie dies aus der unter seiner Anleitung geschriebenen Dissertation von Behr³⁾ hervorgeht. In der 5. Auflage seines Lehrbuches⁴⁾ jedoch beschreibt Kraepelin die Katatonie ausführlich als selbständige Krankheitsform. Er zählt die Katatonie zur Gruppe der „Stoffwechselerkrankungen“ und zwar zur Untergruppe der

¹⁾ Psychiatrie, 1894, p. 398.

²⁾ Sommer, Diagnostik der Geisteskrankheiten. p. 220.

³⁾ Die Frage der Katatonie. Dorpat 1891.

⁴⁾ Psychiatrie, 1896.

„Verblödungsprozesse“. Kraepelin charakterisiert die Katatonie folgendermassen¹⁾: „Es handelt sich dabei im wesentlichen um das akute oder subakute Auftreten eigentümlicher, in Stupor und später in Schwachsinn übergehenden Erregungszustände mit verworrenen Wahnideen, Sinnestäuschungen und den Erscheinungen der Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen. Ferner sagt Kraepelin²⁾: „Die Katatonie ist keine seltene Krankheit, wenn sie auch in der Regel verkannt zu werden pflegt. Nach meinen Erfahrungen steht sie an Häufigkeit der *Dementia praecox* ungefähr gleich. Etwa die Hälfte der Fälle beginnt vor dem 22. Lebensjahre, doch sind mir einzelne unzweifelhafte Beobachtungen aus dem fünften, ja aus dem sechsten Lebensjahrzehnt bekannt.“ Kraepelin hatte bis zum November 1895³⁾ Gelegenheit, 63 Fälle unzweifelhafter Katatonie zu beobachten; aus dem Grunde sind seine Schlussfolgerungen gewiss von Bedeutung. Nach seiner Ansicht ist die Katatonie „eine organische Hirnerkrankung, die zu mehr oder weniger vollständiger Verblödung führt“.

Seit der Veröffentlichung der Arbeit Serbski's sind in der periodischen Litteratur nur wenige Mitteilungen über die Katatonie erschienen, welche nichts Neues brachten.

Naumoff⁴⁾ teilte unter anderen die sehr überzeugende Krankengeschichte eines 24jährigen Katatonikers mit; die angeführte Krankengeschichte kann nur zur Begründung der Lehre von der Katatonie als einer selbständigen Krankheit dienen, da der von Naumoff publizierte Fall schlechterdings keiner von den bekannten Geisteskrankheiten zugezählt werden kann. Im übrigen bringt diese Mitteilung nichts Neues, der Autor beschränkt sich auf die Wiedergabe der Krankheitsgeschichte.

Den gleichen kasuistischen Charakter hat eine Publikation von P. Smith⁵⁾. Die von ihm angeführte Krankengeschichte ist wenig überzeugend, infolge ihrer Unvollständigkeit, da genannter Autor unter einem von ihm gesehenen Krankenmaterial von 2000 Kranken im Laufe der letzten sieben Jahre keinen einzigen dem beschriebenen völlig analogen Fall zu beobachten Gelegenheit hatte.

Ebenso wenig überzeugend ist eine von Warnock⁶⁾ wiedergegebene Krankheitsgeschichte; offenbar handelte es sich um einen Fall von katatonischer Verrücktheit mit Hallucinationen. Eigene Ansichten hierüber äussert der Autor nicht.

Wenig Neues bringt eine Publikation von Goodall⁷⁾ über die Katatonie. Genannter Autor führt weder Krankengeschichten

1) p. 442.

2) p. 459.

3) Neurolog. Centralblatt, 1896.

4) Zur Kasuistik der kataton. Verrücktheit. Archiv für Psychiatrie, 1891.

5) Case of so called Katatonia. The Journal of Mental Science 1892.

6) A case of Catalepsy. The Journal of Mental Science 1895.

7) Katatonie. Brain 1891.

an, noch bringt er irgendwelche neue, auf die Krankheit bezügliche Momente hinein, noch kommt er zu irgendwelchen motivierten Schlussfolgerungen.

Bemerkenswert ist die Arbeit von Mickle, in welcher er die Sektionsbefunde eines an Katatonie Verstorbenen mitteilt; ausser den gewöhnlichen im Schädel und Gehirn von Schwachsinnigen erhobenen Befunden fand man absolut nichts neues.

Als bedeutendste Arbeit über die Frage der Katatonie in den letzten Jahren ist wohl diejenige von Nolan¹⁾ zu bezeichnen. Dieser Autor teilt fünf Krankengeschichten mit und giebt eine ausführliche Beschreibung der Katatonie. Nolan schreibt in der Aetiologie der Katatonie Unregelmässigkeiten in der sexuellen Sphäre grossen Einfluss zu, er behauptet, Weiber litten an der Katatonie seltener als Männer. Indem genannter Autor die Katatonie als selbständige Krankheit anerkennt und im allgemeinen Kahlbaum beistimmt, unterscheidet er drei Stadien der Katatonie: ein Depressions-, ein Emotions- und ein stuporöses Stadium.

Wir sehen also, dass auch in den letzten Jahren bezüglich der Lehre von der Katatonie unter den Autoren viele Meinungsverschiedenheiten bestehen, obgleich fast alle die Katatonie schon als besondere Krankheit ausscheiden wollen. Dagegen ist nicht definitiv konstatiert worden, ob die Katatonie bei Individuen mit gesundem Nervensystem oder bei solchen mit Prädisposition zu psychischen Erkrankungen vorkommt. Es sind uns ferner die Ursachen der Katatonie unbekannt; wir haben noch keine Sicherheit darüber, in welchem Lebensalter sich die Katatonie entwickelt, und auch die Häufigkeit der Krankheit ist noch nicht bestimmt.

Man muss gestehen, dass wir bei dem gegenwärtigen Stande der Psychiatrie überhaupt keine grundlegenden, leitenden Prinzipien für die Klassifizierung der Geisteskrankheiten, für die Annahme gesonderter, selbständiger Krankheitsformen besitzen. Da uns die pathologische Anatomie unbekannt ist, müssen wir die Krankheiten auf grund der klinischen Symptome und des Verlaufs gruppieren, aber auch auf dieser Grundlage sind wir bislang nicht imstande, eine rationelle Krankheitseinteilung zu schaffen, welcher Umstand schon dadurch zur Genüge bewiesen wird, dass ein jeder einzelne Autor seine Klassifikation vorschlägt, ein jeder diese oder jene Zahl selbständiger Krankheitsformen annimmt. Die Krankheitseinteilung der Autoren beruht eben nicht auf einem, sondern auf sehr verschiedenen Prinzipien; behufs Ausscheidung einer Krankheit, als besondere selbständige Form, werden von den einzelnen ganz verschiedene Prinzipien angenommen. Bei einer derartigen Verschiedenheit der Begriffe darf auch die Frage nach der Selbständigkeit der Katatonie vorläufig kein allzu weitgehendes Interesse beanspruchen.

¹⁾ Is Katatonia a special form of mental disorder. Cases of so called Katatonia. The Journal of Mental Science. 1892.

Obschon wir gegenwärtig natürlich noch nicht imstande sind, die Geisteskrankheiten auf grund von pathologisch-anatomischen Befunden zu klassifizieren, können wir dennoch eine grosse Zahl von selbständigen Krankheitsformen aufstellen, wenn wir uns leiten lassen von den allgemeinen Begriffen der Krankheit, wie sie aufgestellt sind von der allgemeinen Pathologie und der inneren Medizin, diesem zumeist ausgearbeiteten Gebiet der Pathologie.

Im Augenblick hat die übermässige Begeisterung für die pathologische Anatomie bereits nachgelassen; aus diesem Grunde wird vielen meine Ueberzeugung vielleicht nicht als Ketzerei erscheinen, nämlich, dass wir der pathologischen Anatomie eigentlich weder zur Klassifikation, noch zur Feststellung von Krankheiten bedürfen: sie ist uns nicht mehr als ein in der Praxis besonders nützliches Hilfsmittel, spielt jedoch bei der theoretischen Definition der Krankheiten gewiss nicht die Hauptrolle, was sich schon durch den Umstand beweisen lässt, dass viele Krankheiten definiert und festgestellt waren, noch lange, bevor wir eine pathologische Anatomie hatten. Die Medizin erkennt ferner nicht wenige Krankheiten an, deren pathologische Anatomie uns entweder völlig unbekannt oder nur sehr wenig bekannt ist.

Viele, äusserst präzise definierte Krankheiten pflegen entweder überhaupt nicht von solchen pathologisch-anatomischen Veränderungen begleitet zu werden, die unserem Verständnis resp. unserer Forschung zugänglich sind, oder, wenn doch, so nur von recht unbestimmten, wenig charakteristischen. So lässt sich z. B. die Syphilis auf grund der Anamnese oft weit besser konstatieren als auf dem Sektionstische.

Fragen wir uns, welche Krankheiten gut definiert sind und aus welchem Grunde, andere hingegen mangelhaft und weshalb, so können wir hierauf natürlich nur eine Antwort geben, nämlich die, dass die Infektionskrankheiten uns am besten bekannt sind. Der von den Klinikern aufgestellte Begriff der Infektionskrankheiten ist ganz unzweifelhaft. Scharlach mit oder ohne Exanthem, mit nachfolgendem Hydrops oder auch ohne denselben — ist fraglos eine selbständige Krankheit, obschon uns seine pathologische Anatomie nicht bekannt ist. Hingegen können wir Herzhypertrophie oder — Verfettung gewiss nicht für besondere, selbständige oder gut definierte Krankheiten erklären, trotzdem uns die pathologische Anatomie letztgenannter Krankheiten recht gut bekannt ist. Weshalb aber setzen die den Scharlach charakterisierenden Symptome eine Krankheit zusammen, weshalb dagegen ist Herzhypertrophie nicht eine Krankheit, sondern bloss ein Complex uns zum Teil verständlicher, zum Teil unverständlicher pathologischer Prozesse? Weshalb erschien es möglich, aus den Symptomen der croupösen Pneumonie oder der Tabes dorsalis oder des Scharlachs eine selbständige Krankheit abzuleiten? Es wäre naiv, wollte man denken: nur deswegen, weil talentvolle Kliniker bemerkt haben, dass diese Symptome einen

destruktiven Prozess zusammensetzen. Eine derartige Erklärung wäre gewiss richtig, sie erklärte aber noch sehr wenig. In der That, was vereinigt so verschiedenartige, so unbeständige Symptome, wie sie der Tabes dorsalis zukommen, zu einer Krankheitseinheit, namentlich, wenn wir in Betracht ziehen, dass Verlauf und sogar Dauer dieser Krankheit so mannigfaltig sind? Als man zu forschen begann, verhalf natürlich irgend ein hervorstechendes, beständigeres Symptom zur Feststellung einer Krankheit, aber es wird deswegen doch wohl niemand einfallen, zu behaupten, dass dieses eine oder auch mehrere solcher Symptome darum alle übrigen zu einem Ganzen vereinigten. Die Infektionskrankheiten, als die am häufigsten vorkommenden und daher am besten studierten Krankheiten, bestätigen uns sehr deutlich die Richtigkeit dieser vorhin gegebenen Definition einer Krankheit, sie erklären uns, was die Symptome einer Krankheit umfasst, was die Selbständigkeit einer Krankheit bedingt.

Alle gut studierten Krankheiten, die sich sowohl klinisch als pathologisch-anatomisch wirklich als selbständige Krankheitsformen ausgewiesen haben, sind deshalb ein Prozess, ungeachtet sogar der Mannigfaltigkeit der Symptome, weil sie durch eine **Ursache** bedingt sind.

Eine jede besondere Krankheit stellt in allen Fällen einen und denselben, zum wenigsten einen sehr ähnlichen Prozess dar, weil dieser Prozess durch eine Ursache bedingt ist. Die grosse Mannigfaltigkeit in dem Verlauf, den Symptomen, den Aeusserungen und dem Ausgang der Krankheiten hängt nur davon ab, dass eine und dieselbe Ursache, durch ihre Einwirkung auf verschiedenen Boden, die Mannigfaltigkeit der Krankheitsprozesse selbst bedingt. Anders kann es natürlich auch gar nicht sein, wenn wir tiefer in die Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung eindringen. Ein jeder Krankheitsprozess besteht in der gegenseitigen Wirkung oder vielmehr Wechselwirkung zwischen Ursache und dem von ihr befallenen Boden. Fälle, von derselben Ursache bedingt, sind einander so ähnlich, dass die Aerzte, welchen sogar die Ursache der Krankheit unbekannt war, dennoch diese Aehnlichkeit richtig bemerkten; erst einer späteren Zeit blieb es vorbehalten, den Beweis dafür zu erbringen, dass alle diese Krankheitsprozesse durch eine und dieselbe Ursache hervorgerufen sind und nur auf verschiedenem Krankheitsboden sich abspielen.

Die gleichen Prinzipien müssen natürlich auch einer Einteilung der Geisteskrankheiten zu Grunde gelegt werden. Dabei versteht sich von selbst, dass wir in der Psychiatrie als einer weniger vollständig bearbeiteten Disziplin uns von den Gesichtspunkten leiten lassen müssen, deren Richtigkeit in Bezug auf die innere Medizin bereits erprobt hat.

Der grösste Psychiater, welcher wohl mehr als irgend ein anderer für diese Wissenschaft geleistet hat, sah schon längst die Unzulänglichkeit der in der Psychiatrie geltenden Begriffe

ein und stellte, wunderbar richtig für seine Zeit, das Grundprinzip einer rationellen Einteilung der Geisteskrankheiten auf. Morel erhob zum Gesetz, dass ausschliesslich die Aetiologie uns eine rationelle Einteilung ergeben könne, und schuf, indem er sich dabei von einem wahrhaft genialen Verständnis der Geisteskrankheiten leiten liess, die gesamte Psychiatrie völlig um. Vieles von dem von Morel Geschaffenen ging, wenn auch langsam, in die Wissenschaft über; fast alle Psychiater sind bereits darüber einig, dass die Krankheiten nach der sie hervorruhenden Ursache sich von einander unterscheiden, ferner darüber, dass Krankheiten, durch erbliche Belastung hervorgerufen, scharf unterschieden sind von Krankheiten, die durch andere ätiologische Momente veranlasst sind. Dies ist fast für alle eine zweifellose Thatsache.

Die weitere Entwicklung der Psychiatrie bewies vollkommen einerseits die Genialität Morel's, zum andern die Unmöglichkeit, weiter vorzudringen ausserhalb des von diesem wahrhaft grossen Psychiater eingeschlagenen Weges.

Seit der Zeit Morel's sind wir bereichert worden durch das genauere und vollständigere Verständnis einer sehr wichtigen Krankheit des Nervensystems, der progressiven Paralyse, und gerade die Geschichte der Lehre von dieser Krankheit dient als glänzende Bestätigung des Grundprinzips von Morel, dass die Ursache die Selbständigkeit einer Krankheit bedingt. Indem Aerzte zuliessen, dass diese in der That selbständige Krankheit durch verschiedene Ursachen hervorgerufen sein könne, verfielen sie in einen logischen Fehler, den logischer denkende Aerzte als solchen empfanden. Allmählich wurde daher dargethan, dass die progressive Paralyse aus dem Grunde eine selbständige Krankheit ist, weil, ungeachtet der Verschiedenheit in den pathologisch-anatomischen Veränderungen, dem Verlauf und den Krankheitserscheinungen, die Ursache dieser Krankheit nur eine ist. Als diese Thatsache erwiesen war, nahm die Lehre von der progressiven Paralyse eine abgeschlossene Form an, und wir müssen Pierret völlig beistimmen, wenn er sagt, dass ein Arzt, der Pseudo-paralysis progressiva diagnostiziert hat, eben einfach eine falsche Diagnose gestellt hat. Jetzt erst wissen wir, dass die progressive Paralyse in Wirklichkeit eine selbständige Krankheit ist, welche Thatsache zu beweisen der pathologischen Anatomie nicht gelang.

Auch andere Geisteskrankheiten (Alkoholismus, Hysterie, Epilepsie), deren selbständige Stellung allgemein anerkannt ist, sind durch eine Ursache bedingt. Allerdings kennen wir die Ursache der Hysterie und Epilepsie nicht mit Sicherheit, doch steht fest, dass dies angeborene, konstitutionelle Krankheiten sind, folglich sind dennoch die Ursachen dieser Krankheiten bis zu einem gewissen Grade bestimmt.

Wenn endgiltig bewiesen sein wird, dass das Delirium acutum durch ein spezifisches Bakterium bedingt ist, so werden alle Meinungsverschiedenheiten bezüglich dieser Krankheit aufhören,

und es wird klar sein, wodurch sich das Delirium acutum von ähnlichen Zuständen unterscheidet. Solange man aber zugab, dass das Delirium acutum durch verschiedene Ursachen hervorgerufen werden könne, hatten wir keine Möglichkeit, die Selbstständigkeit dieser Krankheit zu beweisen.

Dies sind die Grundprinzipien für die Krankheitseinteilung. Zur Feststellung selbständiger Krankheitsformen, um die Sonderstellung einer Krankheit anzuerkennen, ist es unbedingt erforderlich zu konstatieren, dass diese Krankheit durch eine Ursache bedingt wird. Wenn uns letztere auch möglicherweise mit Sicherheit nicht bekannt ist, so müssen wir doch immerhin wenigstens wissen, zu welcher Gruppe sie gehört. Wir müssen bemerken, dass es gerade aus dem Grunde nicht möglich war, die Selbstständigkeit der Katatonie festzustellen, weil behauptet wurde, ihre Ursachen seien verschiedene. Die Autoren gingen in ihren Ansichten auseinander, sogar inbezug auf die Grundfrage, ob die Katatonie eine Krankheit des invaliden oder des gesunden Hirns ist.

Um die Selbstständigkeit irgend einer beliebigen Form von psychische Erkrankung zu beweisen, müssen wir, dem in der Psychiatrie einzig und allein zweckentsprechenden Wege folgend, genau die Aetiologie dieser Krankheit feststellen, ferner den Beweis erbringen, dass diese Krankheit sich immer unter ein und denselben Bedingungen entwickelt, nach Möglichkeit die Ursache dieses Prozesses aufklären oder zum mindesten feststellen, zu welcher Klasse diese Ursache zu rechnen ist.

So kennen wir in der Psychiatrie mehrere wohlcharakterisirte selbständige Krankheitsformen, deren jede bedingt ist durch eine Ursache, sei es durch Intoxikation oder durch erbliche Belastung oder durch egeneration. Diese Ursachen geben der Krankheit ihre Sonderstellung und ihr charakteristisches Gepräge, indem sie Verlauf und Ausgang der Krankheit bestimmen. Mit Ausnahme dieser wenigen selbständigen, durch die Ursache und daher auch durch den Verlauf bestimmten Krankheiten, erscheinen uns alle übrigen Erkrankungen als mehr oder weniger komplizierte Prozesse, von denen wir einige wegen ihrer Aehnlichkeit in manchen Beziehungen abtrennen können. Wenn man sich zur Aufgabe macht, die Selbstständigkeit dieser in manchen Beziehungen analogen Prozesse festzustellen, so können wir uns mit dem Nachweise begnügen, dass eine Reihe von Fällen in der That untereinander mehr Aehnlichkeit als Verschiedenheit aufweisen — oder wir müssen zu beweisen trachten, dass diese Reihe von Fällen wirklich die Aeusserung eines Prozesses darstellen, bedingt durch eine Ursache, sich entwickelnd unter den gleichen Bedingungen, auf dem gleichen Boden. Die Bestrebungen, die Selbstständigkeit der Katatonie festzustellen, beschränkten sich bisher darauf, dass die Autoren Beweise dafür anführten, dass manche Fälle untereinander mehr Aehnlichkeit, als Unähnlichkeit in den Symptomen hätten. In der That jedoch sind derartige

Schlussfolgerungen noch nicht geeignet, von der Selbständigkeit der Katatonie zu überzeugen. Die Symptomenkomplexe bei einigen Kranken können ja zufälligerweise einander ähnlich sein, womit aber noch nicht gesagt ist, dass diese Kombination der Symptome in Wahrheit einen wohlcharakterisierten, eigenartigen Prozess repräsentiert. Um die Sonderstellung der Katatonie nachzuweisen, muss man den Beweis erbringen, dass sie sich immer unter den gleichen Bedingungen, auf dem nämlichen Krankheitsboden entwickelt, ferner, dass die sie zusammensetzenden Symptome in der That zu einem Prozess vereint sind, der ein in sich abgeschlossenes Ganzes repräsentiert.

Die Aufgabe vorliegender Arbeit ist — das Studium der Katatonie als eines selbständigen, wohldefinierten Prozesses. Die einzelnen Symptome der Katatonie sind schon ausgezeichnet studiert, und halte ich es daher für notwendig, an diesem Orte die Katatonie nur nochmals als für sich abgeschlossenen Prozess im Ganzen zu untersuchen.

Nach diesen einleitenden Bemerkungen, die den Zweck haben, zu erklären, wie ich meine Aufgabe auffasse, gehe ich zur Wiedergabe einzelner Krankengeschichten über.

1. L. W., Lettin, bauerlicher Herkunft, Dienstmagd, 25 a. n. Pat. stammt aus gesunder Familie, war selbst auch immer gesund. Bewies in der Schule gute Fähigkeiten. Im Jahre 1888 diente Pat. als Kinderwärterin in einer Familie, von der sie angeblich schlechte Behandlung erfuhr; so hätte Pat. nicht genügend Schlaf gehabt. Daher kam es, dass Pat. eines Tages mit dem ihr zur Pflege anvertrauten Kinde auf dem Arme einschlief. Sie liess das Kind im Schlafe auf die Erde fallen und wurde infolgedessen von der Hausfrau arg gescholten. Pat. gab diese Stelle auf und kehrte zu den Eltern heim, die an ihrer Tochter in der Folge eine gewisse Veränderung bemerkten. Im Dezember d. J. verfiel Pat. in einen Zustand völliger Erstarrung: sie ass nicht, sie sprach nicht, reagierte in keiner Weise auf ihre Umgebung, nahm sogar von Nadelstichen keine Notiz, schloss die Augen und presste die Augenlider aufeinander, wenn man sich bemühte, ihre Augen zu öffnen. Dieser Zustand dauerte 19 Tage an. Danach wurde Pat. etwas beweglicher, begann in Gebetbüchern zu lesen und sprach häufig über religiöse Dinge. Im Frühjahr darauf lernte Pat. fleissig, um Zutritt zum Abendmahl zu erlangen, und antwortete, obgleich sie zu der Zeit, nach Ansicht des Vaters, fraglos geisteskrank war, auf die ihr vom Geistlichen vorgelegten Fragen „noch besser als die übrigen“. Bald darauf hörte Pat. abermals zu sprechen auf, „ging umher wie stumm“, arbeitete nicht, ging nicht ins Freie zur Verrichtung ihrer Nothdurft, so dass man ihr ein Nachgeschirr reichen musste. Vor den Leuten, sogar ihren nächsten Verwandten, schien Pat. sich zu schämen oder zu fürchten, vor Fremden verbarg sie sich gar im Bett. Im Frühjahr 1892 begann Pat. wiederum zu sprechen, zugleich aber lief sie auch mitunter von Hause fort, entkleidete sich plötzlich im Freien, sodass man gezwungen war, sie einzuschliessen. Weder Sinnes-täuschungen noch Wahnideen wurden an Pat. bemerkt, zweimal nur sagte sie: „Teufel fallen über mich her!“ In letzter Zeit widersetzte sich Pat. bei jeder Gelegenheit und that alles zum Trotz, wo sie nur konnte. Am 5. Juni 1892 wurde Pat. der Klinik übergeben.

Pat. ist von hohem Wuchs, kräftigem Körperbau und befriedigendem Ernährungszustande. Degenerationszeichen fehlen. Pathologische Veränderungen an den inneren Organen nicht nachzuweisen. Pat. giebt unklare Antworten auf die ihr gestellten Fragen, lacht, schneidet Gesichter, widersetzt sich, schreit und winselt in allen Tonarten, auch nachdem man

sie allein in ihrem Zimmer gelassen hat. — Der Appetit ist gut, der Schlaf unregelmässig; Pat. verrichtet ihre Notdurft theils auf der Diele, theils im Bett.

Einen grossen Teil des Tages sitzt Pat. zusammengekauert in einer Ecke des Zimmers, giebt unartikulierte Laute von sich, bellt u. s. w. Bisweilen verbringt Pat. auf gleiche Weise auch die Nächte, wobei sie oft lange Zeit hindurch eine einmal angenommene Stellung beibehält. Dazu äussert Pat. zu Zeiten Neugier und Interesse an der Umgebung; sie schaut dann wohl lange in den Spiegel, beobachtet was um sie vor sich geht u. s. w.

Im Juni und Juli ist der Zustand der Pat. im wesentlichen unverändert. Zu wiederholten Malen wurde der Versuch gemacht, Pat. anzukleiden und in das Beobachtungszimmer zu bringen, doch schlug Pat. mehrfach ohne jede Veranlassung die anderen Kranken, zerriss deren Kleider u. s. w. Ebenso missglückten alle Versuche, Pat. zu irgend einer Beschäftigung zu zwingen. Pat. lärmt sehr viel; ganze Stunden hintereinander stösst sie entweder einzelne Sätze, die des Zusammenhangs entbehren, oder einzelne Worte hervor. Die verschiedene von der Pat. gegebene Betonung lässt dahinter bald Drohungen, bald Schelten, bald Klagen vermuten, doch entspricht der Gesichtsausdruck nicht der Betonung. Bisweilen schreit Pat. völlig ruhig, wenn man so sagen kann, rein mechanisch, in monotoner Weise viele Stunden hindurch, indem sie dabei völlig bewegungslos bleibt, mit absolut gleichartigem, unveränderlichem Gesichtsausdruck. In diesem Zustande bleibt die Pat. August und September hindurch. Die Unreinlichkeit nimmt noch zu.

Im Oktober wird die Sprache der Pat. ganz unverständlich, doch schreit sie mit noch durchdringenderer lauter Stimme. Die Menses waren profus, von viertägiger Dauer. Während dieser Zeit ist die Aufregung stärker; in den Nächten schreit Pat. fast ohne Aufhören.

Am 29. Oktober wird zu Pat. eine Maniaca einquartiert; Pat. beobachtet letztere aufmerksam, lacht über ihre Scherze und hört auf zu schreien.

Im November ist Pat. ruhig. Sie nimmt oft wunderbare, äusserst unbequeme Stellungen an und verharrt in diesen ganze Stunden völlig bewegungslos. Bemüht man sich, die Stellung der Pat. zu verändern, so setzt sie diesem Bestreben äussersten Widerstand entgegen. Pat. zeigt weder Unbehagen noch Ermüdung, auch wenn sie lange Zeit eine höchst unbequeme Pose beibehält, noch auch ändert ihr Gesicht dabei irgendwie seinen Ausdruck.

Auf Fragen antwortet Pat. entweder überhaupt nicht oder stösst nur unartikulierte Laute hervor, wobei sie die Zähne fletscht. Bisweilen wiederholt Pat. ein und dasselbe Wort ungezählte Male mit monotoner Stimme. Pat. spricht bald schnell, bald in singendem Tone, doch schlägt sie dabei immer irgend ein Tempo an und ändert weder dieses, noch die Höhe, noch die Stärke des Tones. Irgend eine Uebereinstimmung zwischen dem Sinn des Wortes und der Art und Weise, wie es ausgesprochen wird, besteht nicht. — Der Appetit ist andauernd gut. Mit ihrer Mitpatientin, die im selben Zimmer einquartiert ist, lebt sich Pat. gut ein. Zu wiederholten Malen wurde, wie früher, der Versuch gemacht, Pat. in ein Bett im Beobachtungszimmer zu legen, doch springt Pat. sofort auf, kriecht auf das Bett, unter das Bett etc. Unmöglich ist es, Pat. gewaltsam im Bett zu halten, wegen ihres energischen und andauernden Widerstandes; man musste sich geradezu vor Luxationen oder Frakturen in acht nehmen, mit solcher Kraft leistete Pat. Widerstand. Als man Pat. von neuem isolierte, lag sie wie früher bewegungslos auf ihrer Matratze da. Im Januar 1893 schlug Pat. einstmals eine Wärterin, welche ihr nach beendeter Mahlzeit den Teller fortnehmen wollte, und dieses völlig ruhig, ohne ein Wort zu sagen und ganz unerwartet. Gleich danach liegt Pat. ruhig da und zeigt weiterhin dieser Wärterin keine feindschaftlichen Gefühle, wie sie es auch bis dahin nicht gethan hatte. Im ganzen jedoch ist Pat. gutmütig. Die sonderbaren, unbequemen Stellungen bewahrt Pat. lange, wobei es noch mehr, als früher, den Beobachter wunder nehmen muss, wie Pat. in derartig

unbequemen Körperstellungen bewegungslos verharren kann. Die gegenseitige Lage der Extremitäten zu verändern gelänge nicht, ohne der Pat. hierbei Schaden zuzufügen. Die Kraft der Pat. hierbei ist, wenn man natürlich auch ihr jugendliches Alter und ihren Körperbau berücksichtigt, eine ganz gewaltige; wenn sie sich widersetzt, so geschieht dies, ganz ohne dass Pat. Aerger zeigt, der Gesichtsausdruck bleibt vielmehr absolut unverändert — Im Mai wird Pat. auf den Korridor, dann auch in den Garten hinausgebracht; hier schaukelt Pat. stundenlang mit dem ganzen Körper von einer Seite zur andern oder von vorn nach hinten. Hat Pat. einmal begonnen, von rechts nach links zu schaukeln oder auch umgekehrt, so setzt sie genau diese Bewegung und zwar in dem einmal angeschlagenen Tempo rastlos und unverändert bis zu dem Augenblicke fort, wo man sie in's Zimmer bringt oder ihr zu essen giebt. Schaukelt Pat. nicht, so singt sie ebenso ununterbrochen einige Takte irgend einer Melodie, indem sie dabei weder Worte hören lässt, noch die Höhe oder Stärke des Tones oder den Ausdruck ändert. Im Juni führte Pat. sich etwas besser, verfiel aber zu Ende des Monats wieder in den bisherigen Zustand. Im August sah Pat., wie eine bauerliche Mitpatientin eine Papiros anrauchte; sie schaute sehr aufmerksam zu, begann darauf zu lachen und lachte mehrere Stunden unaufhaltsam fort. Den ganzen Herbst über bleibt Pat. in dem gleichen Zustande; sie bezeigt einer Wärterin ihre Sympathie und nennt letztere immer bei Namen. Sonst spricht Pat. mit Niemand ein Wort. Die Posen der Pat. sind definitiv ausgearbeitet und stereotyp geworden; neue Stellungen ersinnt sie nicht mehr. Diese stereotypen Posen lösen einander ab, ohne bestimmte Reihentfolge, so dass man nach einer von der Pat. vor Mittag angenommenen Stellung nicht voraussagen kann, welche Pose Pat. nach Mittag annehmen wird. — Schlaf und Appetit sind gut. Im Laufe des November wurde mitunter *Flexibilitas cerea* beobachtet; im allgemeinen war dies an solchen Tagen der Fall, wo Pat. fröhlicher war und sich beim Spaziergange im Garten vernünftig benahm. Häufiger jedoch liegt, sitzt oder steht Pat. stundenlang in einer ihrer Stellungen da. Pat. verfügt über einen mächtigen Appetit und nimmt jeden günstigen Zufall wahr, um sich in den Besitz von Essen zu setzen; sie isst schnell und gierig. Die Unsauberkeit nimmt immer mehr zu, Pat. lässt ihren Kot fast immer unter sich. Trotzdem Pat. zu wiederholten Malen des Tages in den Abtritt gebracht wird, so lässt sie dort doch nicht Urin, obschon man sie längere Zeit auf dem Nachtstuhle sitzen lässt. Oft dagegen entleert Pat., kaum aus dem Abtritt in's Isolierzimmer zurückgeführt, dort schleunigst Harn oder Fäces auf die Diele. Nimmt Pat. keine Pose ein, so steht sie auf Befehl sofort vom Bett auf oder legt sich in's Bett. Hat sie dagegen einmal eine Pose eingenommen, so reagiert sie in keiner Weise auf irgendwelche Befehle. An relativ besseren Tagen zeugen der Ausdruck des Gesichts und Auges dafür, dass Pat. durchaus nicht schwachsinnig ist. Einen bestimmten Charakter hat der Gesichtsausdruck wohl nicht, es ist ein Ausdruck gewissermassen der Zerstreutheit.

Am 18. Dezember 1895 wurde Pat. auf Wunsch des Vaters entlassen.

2. J. K., 22 a. n., Lette, Landarbeiter. Vater, Mutter, sowie 3 Brüder und 1 Schwester des Pat. sind völlig gesund; in der Verwandtschaft des J. K. sind keine Fälle von Geistes- oder Nervenkrankheiten vorgekommen. Pat. war ein gesunder, normal veranlagter Knabe. Im Oktober 1889 sprang eines Abends ein Hund Pat. auf den Rücken (?!). Pat. war sehr erschreckt, weil zu der Zeit angeblich in der ganzen Nachbarschaft alle durch einen tollen Hund eingeschüchtert waren. Nach dieser Begebenheit begann J. K. über allerhand Schmerzen in Brust und Kopf zu klagen, auch über verschiedene abnorme Sensationen; so erschien es Pat. z. B., als befände sich in dem oberen Teile des Abdomen ein Fremdkörper. Die Klagen wurden immer konstanter und äusserte Pat. nach Ablauf eines Monats auch andere sonderbare Gedanken. So meinte Pat. z. B. seiner Mutter gegenüber, sein jüngerer Bruder müsse nicht dem Vater gehorchen, sondern sei verpflichtet, sich ihm, Pat., unterzuordnen, von

dem Vater werde der jüngere Bruder wenig Gutes lernen. Diese Ideen brachten jedermann zur Ueberzeugung, J. K. sei geisteskrank. Um dieselbe Zeit hörte Pat. auf zu arbeiten, lief häufig davon in den Wald hinein, verbarg sich in den Ecken, weinte, lachte, schlief Nachts entweder garnicht oder doch nur ungenügend, machte immerfort einen furchtsamen Eindruck, erzählte auch gern davon, irgend ein Greis, irgend welche Leute gingen auf dem Boden des Hauses umher, und er fürchte sich vor ihnen. Hallucinationen sind nicht vorgekommen. Der beschriebene Zustand dauerte ohne merkliche Veränderungen mehrere Monate hindurch an; darauf trat eine allmähliche Verschlimmerung ein. Pat. steht mitunter mit geschlossenen Augen in einer unbeweglichen Stellung minutenlang da. Im Herbst 1891 brannte eine Scheune des Vaters des Pat. nieder; man vermutete, J. K. habe das Feuer angelegt.

Am 11. März 1892 wurde Pat. in die Klinik gebracht. J. K. ist von mittlerem Wuchs, guter Ernährung, von ausgezeichnet kräftigem Körperbau. Die Muskulatur ist gut entwickelt. Auf der rechten Wange eine grosse Narbe von bläulicher Farbe; das Unterhautzellgewebe in der Umgebung dieser Narbe stark infiltriert.

Pat. schliesst die Augen, nimmt allerlei unnatürliche Stellungen an; *flexibilitas cerea* ist deutlich ausgesprochen. Auf die ihm gestellten Fragen antwortet Pat. abgerissen, kurz und sinnlos. Als man Pat. ins Bett legte, zerriss er sogleich das Kopfkissen und schüttete die Federn auf das Bett eines anderen Kranken aus, der mit ihm garnicht gesprochen und überhaupt in keiner Weise ihn provoziert hatte. Das Benehmen hatte ganz den Anschein von Mutwillen, jedenfalls sprach nichts dafür, dass J. K. seinen Nachbarn kränken wollte. Hierauf wurde Pat. isoliert; nach Ablauf einer halben Stunde zerschlägt Pat. mit der Faust und mit dem Kopf die sehr dicke Fensterscheibe aus Schiffsglas. Als man dem Pat. wegen dieses Vergehens Vorwürfe macht, erwidert er ganz gelassen: „Die Scheibe zerbrach von selbst, — ja, so war es!“ Man brachte den Pat. darauf in ein anderes Isolierzimmer, in welchem das Fenster innen von einem dicken Gitter umgeben ist. J. K. schlägt und bricht aus Leibeskräften an diesem, doch will es ihm nicht gelingen, es zu zerbrechen. Pat. schreit und singt dazu geistliche Lieder. 12. März. Pat. hat von 10–2 Uhr Nachts geschlafen, die ganze übrige Zeit jedoch geschrien und gesungen. Tags über ist Pat. ruhiger, liegt grösstenteils mit geschlossenen Augen da. *Flexibilitas cerea* ist deutlich ausgesprochen: Pat. bleibt unglaublich lange Zeit hindurch in den allergezwungensten Stellungen. Soviel man nach dem Gesichtsausdruck urteilen kann, ist es Pat. angenehm, wenn man ihn untersucht. Bis Ende März bleibt Pat. isoliert; auf Befragen giebt Pat. an, er habe keine Längeweile, er sei ferner mit der Einrichtung und dem Essen zufrieden. Während des Gesprächs schliesst Pat. die Augen, lässt den Kopf hintenüberfallen und richtet sich ganz gerade auf; den mit ihm Sprechenden zupft Pat. oft, wie im Scherze, am Rockschoß oder stösst ihn leicht von sich. Häufig zerbricht Pat. nach beendeter Mahlzeit in aller Ruhe seinen Löffel und seine Tasse, ohne dies weiter irgendwie zu motivieren. Der Schlaf ist Nachts befriedigend. Im April wurde Pat., weil er beständig Wäsche zerreisst, Möbel zerbricht, andere Patienten stösst, ein Hemd aus Segelleinwand mit Sackärmeln (nach dem Muster des in Bedlam gebräuchlichen) angezogen. In diesem Hemde kann Pat. den Tag über im allgemeinen Saale zubringen, wobei er sich auf verhältnismässig unschuldige Streiche beschränkt — so springt er wohl plötzlich auf, schneidet Grimassen, wirft den Divan um, kriecht unter den Tisch, stösst leicht einen Kranken, einen Krankenwärter oder auch den Arzt — alles dies unerwartet, ohne allen Grund und in aller Gemütlichkeit. Vom Mai bis November wechseln bei Pat. Verbigeration und Mutacismus mit einander ab; beide Erscheinungen sind deutlich ausgesprochen, jedoch ist der Mutacismus anhaltender — den grössten Teil des Tages schweigt Pat. vollkommen. Der Mutacismus löst die Verbigeration ohne alle Gesetzmässigkeit ab. Pat. wiederholt irgend ein beliebiges Wort ungezählte Male — eine Stunde hindurch und noch länger; relativ selten wiederholt Pat. irgend einen kurzen Satz. Ganze

Tage lang verharret Pat. in kataleptischem Zustande. Einmal oder gar mehrmals des Tages springt er plötzlich auf, läuft in dem Korridor umher und steht darauf jedenfalls in irgend einem Winkel in kataleptischer Pose. Lässt nicht unter sich. Isst sehr viel.

Mehrfach zerkratzt Pat. seine Wunde, so dass diese nicht definitiv zu heilen kann. Im November ändert sich der Zustand ohne ersichtlichen Grund. Pat. singt stundenlang, und zwar recht gut, geistliche Lieder. Seinen Mitpatienten gegenüber ist Pat. liebenswürdig, seine Stimmung ist fröhlich. Häufig bleibt Pat. mitten im Saale in theatralischer majestätischer Pose stehen und liest laut aus einem russischen Buche. Obgleich Pat. die russische Sprache nicht völlig beherrscht, wünscht er doch nicht lettische Bücher zu lesen. Pat. giebt keine Erklärung darüber ab, was er liest, und liest, soviel man urteilen kann, rein mechanisch. Auf alle ihm vom Arzte gestellten Fragen antwortet Pat. mit einem lauten, durchdringenden Lachen. 10. Dezember. Pat. hatte seinen Kot unter sich auf die Diele gelassen und begann ihn mit seinem Rock zu verreiben; er widersetzte sich jedoch nicht, als man ihn hieran verhinderte. Am 13. Dezember lehnte sich Pat. an den Ofen, lachte übermässig laut, nahm sein Glied heraus und begann plötzlich in Gegenwart des Arztes, der Krankenwärter und aller übrigen Kranken zu masturbieren; auf Geheiss des Arztes stellt er dies für den Augenblick zwar ein, um es jedoch später, nachdem der Arzt fortgegangen, wiederum aufzunehmen. Im Januar 1893 ist Pat. ruhig, steht tagelang auf ein und derselben Stelle. Cyanose der Extremitäten in beträchtlichem Grade. Aus eigener Initiative spricht Pat. ab und zu einzelne Sätze, die an und für sich zwar nicht sinnlos sind, jedoch keine Beziehung zu der Lage des Patienten haben. Auf Fragen reagiert Pat. mit Verbigeration. In der Zeit vom 2. bis 17. Februar ist Pat. unruhig; er geht oder läuft mit schnellen Schritten im Saal und Korridor umher und stösst dabei ununterbrochen Worte hervor, die des Zusammenhangs mit einander entbehren, oder gar nur eine sinnlose Reihe von Buchstaben, jedoch mit verschiedenem Ausdruck, so dass es fast den Anschein hat, als spräche Pat. in einer dem Zuhörer unbekannten Sprache. 19. Februar. Pat. hat drei dicke Fensterscheiben nach der Reihe zerschlagen; er that dies jedesmal so schnell und unerwartet, dass die Wärter nicht instande waren, ihn daran zu verhindern. Nachdem Pat. eine Fensterscheibe zerschlagen hatte, war er so ruhig, dass man unmöglich eine Wiederholung dieses Streiches erwarten durfte, und erst nachdem Pat. die dritte Scheibe zertrümmert hatte, wurde er in ein Isolierzimmer gebracht. Bis zum 6. März ist sein Zustand unverändert; von da an beginnt Pat. seine Faeces oder den Nachtopf zum Fenster hinauszufegen; auf Geheiss des Krankenwärters kehrt Pat. jedoch ganz gehorsam in seine Isolierzelle zurück. Vom 7. März bis 2. April schläft Pat. über 12, manchmal sogar 15 Stunden im Laufe von 24 Stunden, wenigstens scheint es so: wenn sich Pat. vielleicht auch nur schlafend stellt, so thut er dies doch so geschickt, dass man schlechterdings einen natürlichen von diesem vorgetauschten Schlaf zu unterscheiden nicht in der Lage ist. Abends kniet Pat. nieder und singt geistliche oder auch weltliche Lieder. 15. April. Die Wunde im Gesicht hat sich völlig geschlossen. 23. April. Pat. kniet abends drei Stunden lang, ohne seine Lage im geringsten zu verändern. 4. Mai. Pat. zerbricht nach den Mahlzeiten den Löffel, mit dem er gegessen hat. 16. Mai. Pat. läuft den ganzen Tag über im Zimmer umher und wiederholt viele Male ziemlich deutlich folgende Sätze: „Schreiben Sie!“, „Gott schütze den Kaiser!“, „Ich bin eine Perle von Weisheit, daher muss ich Schmutz fressen“, „das ist sehr schwer“, „alle Kräuter sind gut, die im Sommer wachsen“, „Du bist im Hause des Nebukadnezar“. 13. Juli. Pat. schlägt zwei Stunden ununterbrochen Kuckeball, liegt dann eine zeitlang ohne sich zu bewegen, und beginnt dann sein Spiel von neuem; so schlägt er im Laufe des Tages vielleicht 6—10 Stunden Kuckeball.

Auf die geschilderte Weise verbringt Pat. die Zeit vom 13. Juli bis 20. August. Auf der rechten Schulter hat sich inzwischen ein Abscess gebildet, der mit Hilfe des Paquelin eröffnet wird; dessenungeachtet setzt

Pat. sein früheres Spiel fort. 29. August. Beide Schultern sind bedeckt von Blutextravasaten, Pat. hat viel Blut verloren; die Wunden vernarben gut, Pat. schlägt immerzu seine Kuckerbälle. Am 3. September ist Pat. über vier Stunden ununterbrochen gesprungen, er hörte schliesslich damit auf infolge äusserster Schwäche — der Gesichtsausdruck war ein solcher, wie er es bei extremer Ermüdung zu sein pflegt. Vom 5. bis 23. September liegt Pat. die ganze Zeit über ruhig in seinem Bette und schläft, soviel man annehmen kann, den grössten Teil des Tages. Vom 24. September an singt Pat. einen grossen Teil des Tages geistliche Lieder. Am 27. September steht Pat. sechs Stunden hindurch auf allen Vieren; den Versuchen, Pat. aus dieser Lage zu befreien, setzt er recht energischen, jedoch ausschliesslich passiven Widerstand entgegen. Vom 28. September an defäciert Pat. auf der Diele des Zimmers in derselben Stellung, wie sie ein Hund bei Verrichtung dieser Notdurft anzunehmen pflegt. Vom 4. bis 15. Oktober steht J. K. etwa die Hälfte des Tages vor einem Ofen und spuckt auf ihn, indem er immer dieselbe Stelle trifft. Er spuckt in der Minute drei-, viermal, mit einer grossen Regelmässigkeit, taktmässig, man möchte sagen, rhythmisch; das jeweilig Ausgespиеene leckt Pat. mit der gleichen Regelmässigkeit ab. Sämtliche Versuche, den Pat. an der Ausübung dieser seiner Beschäftigung zu verhindern, missglücken vollkommen; sobald die Wärter aufhören, den Pat. im Bett festzuhalten, so tritt er ohne besondere Eile an den Ofen auf die alte Stelle hin und beginnt zu spucken. Führt man Pat. vom Ofen weg, so leistet er wohl passiven Widerstand, doch ohne allen Affekt. Der Gesichtsausdruck entspricht eher einer heiteren Stimmung. 1. Oktober. Pat. deponiert des Nachts seine Fäces auf die Diele und beginnt sie zu verzehren, bis die Wärter kommen, um den Kot wegzutragen. Vom Januar 1894 an führt Pat. sich besser auf; den Tag verbringt er im allgemeinen Saal, nimmt gerne theatralische, majestätische und sehr erzwungene Stellungen ein. Die Katalepsie ist häufig mehr oder weniger deutlich ausgesprochen. Oft läuft Pat. plötzlich und ohne allen ersichtlichen Grund im Zimmer umher, um dann auf einmal wie angeschmiedet stehen zu bleiben. Den ganzen Sommer über ist Pat. heiterer Gemütsstimmung, singt und schreit viel. Auf Befragen antwortet Pat. nicht, spricht aber ab und an von selbst, wobei er keinerlei Wahnideen oder Sinnestäuschungen äussert. Dem Arzt streckt Pat. selbst die Hand hin, zuweilen küsst er dem Arzte die Hand. Isst und schläft gut. Kratzte seine Wunden auf den Schultern, woher diese nur sehr langsam verheilen. Im August schläft Pat. zehn und noch mehr Stunden des Tages. 10. Oktober. Pat. läuft viel in der Abteilung umher und bricht schliesslich stellenweise die Stuccatur von der Wand los. 12. Oktober. Beträgt sich ganz vernünftig. 30. Oktober. Pat. liegt einen grossen Teil des Tages auf der Diele und leistet verzweifelten Widerstand, sobald man ihn ins Bett tragen will; lässt man ihn im Bett liegen, so erhebt er sich sofort und streckt sich auf derselben Stelle und in der gleichen Stellung, wie vorher, auf der Diele aus. Bisweilen springt Pat. plötzlich auf und brüllt mit durchdringender Stimme; giebt auf Fragen keine Antworten. Vom 7. November an liegt Pat. nicht mehr auf der Diele; man hat ihn in den allgemeinen Saal gebracht, wo er entweder auf einem Fleck steht oder sitzt, ohne von seiner Umgebung die geringste Notiz zu nehmen. Sein Gesichtsausdruck ist dabei grösstenteils ein fröhlicher; häufig lächelt er. Mehrmals am Tage erhebt Pat. sich langsam und schleicht auf den Fussspitzen verstohlen von hinten her an irgend einen Kranken, Wärter oder Arzt heran, um ihm lächelnd einen Stoss in den Rücken oder einen leichten Schlag zu versetzen. Alles dies hat den Anschein von Scherz und sogar eines sehr vorsichtigen Scherzes: Pat. stösst oder schlägt, ungeachtet seiner sehr grossen Kraft, immer nur ganz schwach. Glückt Pat. dieser sein Streich, dann lacht er laut auf und hüpfte in plumper Weise umher. Diese Plumpheit ist jedoch beabsichtigt: Pat. ist sonst gewandt und nicht ohne Grazie. Einmal stahl sich Pat. in der eben beschriebenen Weise an einen Wärter heran, hob ihn in die Luft und hielt ihn einige Augenblicke, um ihn dann vorsichtig wiederum auf die Füsse niederzusetzen; dabei äusserte Pat. unbändige

Freude, lachte sehr lange und laut. Nach diesem Streich liess sich Pat. ruhig auf seinen Platz nieder und verharnte regungslos bis zum Abendessen. Auf die ihm gemachten Vorwürfe und Drohungen, er werde im Falle der Wiederholung eines derartigen Streiches in die Isolierzelle eingesperrt werden, reagierte Pat. allem Anschein nicht, doch liess er solche Streiche nicht mehr los.

Hiernach beschränkte Pat. sich darauf, schnell von seinem Platze aufzuspringen, mit dem Finger irgend jemand von den im Saal befindlichen Personen anzurühren, darauf sich schnell auf seinen Platz zu setzen und dabei genau dieselbe Stellung einzunehmen, wie vor dem Verlassen des Platzes. Gegen Ende Januar 1895 wird Pat. ohne alle Veranlassung so unruhig, dass er isoliert werden musste. Im Februar ist Pat. bald in kataleptischem Zustande, bald äusserst unruhig, zerreisst Matratze und Hemd in kleine Stücke. Die Gemütsstimmung ist hierbei, soviel man urteilen kann, eine deprimierte: Pat. lächelt nicht, wie er es früher häufig that, wenn er den Tag über sich in dem allgemeinen Saale aufhielt; ebenso wenig ist auch ein zorniger Affekt zu bemerken. Im März und April steigt die Unruhe immer mehr und erreicht am 20. April eine derartige Höhe, dass es geboten schien, Pat. in feuchte Laken einzuhüllen und in denselben zuzubinden. So liegt Pat. vier Tage lang da, ist des Nachts trotzdem unruhig, trotz aller ihm dargereichter Schlafmittel, und zerreisst alles, was man ihm in die Finger giebt, in kleinste Stücke. Auch während der Zeit der grössten Unruhe aber fügt Pat. Niemandem irgendwelchen Schaden zu, sondern beschränkt sich lediglich darauf, passiven Widerstand zu leisten, wenn man ihn halten will, wobei er weder diesen Personen noch dem Arzte gegenüber irgendwie auch nur im geringsten Zorn oder Bosheit äussert. Stellt man sich vor Pat. hin, während er seine Sprünge macht, so ändert er alsobald die Richtung und beobachtet überhaupt die allergrösste Vorsicht, um weder Arzt noch Wärter zu verletzen. Die von Pat. ausgeführten Bewegungen sind äusserst mannigfaltig und ungewöhnlich: Pat. stellt sich auf den Kopf und lässt sich platt auf den Rücken fallen, tanzt auf den Knien u. s. w. Infolge dieser Evolutionen ist der Körper des Pat. mit blutunterlaufenen Stellen bedeckt.

Vom 23. April bis 5. Mai ist Pat. etwas ruhiger, liegt mehr als er umherspringt; entleert seinen Stuhl im Zimmer. Bisweilen springt Pat. auf und klopft mit grosser Energie gegen das Fenstergitter, wobei er betäubend brüllt. Nach einigen Minuten legt sich Pat. wieder auf seinen früheren Platz (in der Isolierzelle wird stets eine genügende Portion Holzwohle gestreut). Vom 13. Mai an schläft Pat. viel, lässt aber nachts mitunter sein ohrenbetäubendes Geschrei vernehmen.

Vom 17. Mai an ist Pat. ruhig und kataleptisch; liegt Stunden lang in ein und derselben Pose, zumeist sehr zusammengekrümmt. Vom 20. Mai an defäciert Pat. wiederum auf die Diele; obschon man ihn viele Male am Tage in den Abtritt führt, so verrichtet er seine Notdurft doch nicht dort. Dieser Zustand dauert bis Ende Juni an. Im Laufe des Sommers und Herbstes ist das Benehmen des Pat. ungefähr folgendes: Er ist beständig isoliert, auf einer Spreu von Holzwohle gebettet, da er alles zerreisst, was ihm in die Hände fällt. Auf alle Fragen, die man an Pat. richtet, antwortet er mit einem eigenartigen Nicken des Kopfes oder mit Geberden; Pat. spricht sehr viel, aber derartig, dass man nur wenige Worte auffangen kann und nicht in der Lage ist, aus denselben einen Schluss zu ziehen, wie weit die Aeusserungen des Pat. klar sind. Bisweilen singt Pat. laut, gleichsam mit zorniger Stimme, jedoch nicht ohne Ausdruck; er hält dabei Takt und Melodie ein; Pat. singt jetzt stets geistliche Lieder oder die Nationalhymne.

Ganze Stunden hindurch schweigt Pat., doch schreit er gelegentlich mit einem Male betäubend laut auf, um dann wiederum auf lange Zeit zu verstummen. Ab und an springt Pat. plötzlich ganz unerwartet auf und läuft einige Minuten lang im Zimmer umher oder schieisst plötzlich wie ein Pfeil auf den Arzt los, um dann ebenso momentan wieder in seinen gewöhnlichen starren Zustand zu verfallen. Pat. isst unglaublich viel mit

einer nie dagewesenen Gier; er kaut die Speisen nicht einmal. Obgleich Pat. viel zu essen bekommt, so richtet er doch sein ganzes Augenmerk darauf, Essbares zu stehlen, wo er nur irgend kann, zu welchem Zwecke er jede Unachtsamkeit von seiten des Personals in gewandter Weise auszunutzen versteht. Gelingt es Pat., sich in den Besitz von Essen zu setzen, das für die übrigen Patienten bestimmt ist, so ergreift er alles, dessen er habhaft zu werden vermag und vertilgt es mit der grössten Hurligkeit, indem er sich alles auf einmal in den Mund stopft. Pat. schluckt flüssige Speise so schnell als nur möglich; ihn daran zu verhindern, gelingt ganz und gar nicht. Ebenso zeigt Pat. einen ganz ungeheuren Durst; eines Tages ergriff Pat. im Badezimmer einen Krug und begann mit ihm schnell schmutziges, warmes Wasser aus der Wanne zu schöpfen; als es den Wärtern unter den grössten Anstrengungen gelang, Pat. hieran zu verhindern, hatte er bereits etwa einen Eimer voll Wasser ausgetrunken. Häufig entleert Pat. seinen Stuhl im Zimmer und macht sich bisweilen daran, die Fäces zu verzehren, ungeachtet aller Massregeln, die ihn hiervon abhalten sollen. Im November benimmt sich Pat. vernünftiger; er wird in die allgemeine Abteilung übergeführt. Pat. geht vorsichtig mit seinen Kleidern um und hält sich sauber. Pat. bittet, man möchte ihm Bier zu trinken geben, und trägt diese Bitte einigermaßen verständlich vor, verbigeriert jedoch dabei. Gegen Ende November wird die Stimmung des Pat. besser; er schreibt auf Wunsch des Arztes seinen Namen ganz gut auf, ebenso, wie alt er ist u. s. w. Am 27. November entleert Pat. abermals seine Fäces auf die Diele im allgemeinen Saale; danach führt Pat. sich einige Tage ganz leidlich auf, schläft des Tages sehr viel in einer unbequemen Stellung auf einem Bänkchen. Im Dezember wird Pat. von neuem unruhig, defäciert auf die Diele; wird isoliert. 27. November bis 4. Dezember: Pat. benimmt sich ganz gut, macht Spaziergänge im Garten, bittet beständig um Brot. Zuweilen ist Pat. sehr heiter gestimmt; dann klopft er dem Arzte wohl in gutmütiger Weise auf die Schulter. Einen grossen Teil des Tages bringt Pat. in einem Winkel zu oder er schläft auf einer Bank. Dieser Zustand dauert unverändert bis zum Schlusse des Jahres an. Januar 1896. Stat. idem. Im Februar verschlimmert sich sowohl der physische als auch psychische Zustand des Pat. Seine Gefräßigkeit nimmt immer gewaltigere Dimensionen an. Pat. macht unausgesetzt Versuche, seinen Kot zu verschlingen, lässt fast immer unter sich. Im Laufe des März und April ist Pat. äusserst unruhig, zerreisst und vernichtet alles, was ihm unter die Finger kommt, mit einer bewunderungswürdigen Konsequenz. Vom Mai an siecht Pat. dahin und wird zusehends schwächer. Er liegt jetzt ganze Tage in ein und derselben Stellung da und nimmt von nichts Notiz. Man braucht jedoch nur zu sagen: „Mittagessen“, „Abendessen“ und dergl., so springt Pat. auf und sucht mit den Augen sein Essen. Hat sich Pat. überzeugt, dass es nichts zu essen giebt, so legt er sich wieder hin; bringt man ihm jedoch seine Portion, so stürzt er sich mit unglaublicher Gier auf das Essen und verschlingt es in wenigen Minuten: wie viel man ihm auch geben mag, im Nu ist es verschwunden.

Im Juni zeigen sich beim Pat. Durchfälle; man führt ihn im Garten spazieren, gestützt von zwei Wärtern. Im Juli empfängt Pat. den Besuch seiner Mutter. Er scheint sie zu erkennen; sobald er aber in ihren Händen ein Körbchen mit Kuchen erblickte, machte er sich daran, diese zu verspeisen; mit gutmütigem Lächeln bot er auch der Mutter ein paar Stückchen an und sprach einige Worte, die seine Zufriedenheit bezeugen sollten. Nach dem Besuch der Mutter kleidete man Pat. an, da er sich völlig ruhig verhielt und hiess ihn auf eine Bank niedersitzen. Nach Ablauf einiger Stunden hatte Pat. sowohl seine Kleider zerrissen als auch die Bank demoliert.

Vom 11. August an bleibt die Therapie schon ohne Einfluss auf die Durchfälle: Pat. hat trotz aller dagegen ergriffenen therapeutischen Massnahmen 3—4 mal täglich flüssige Ausleerungen. Pat. spielt derartig mit seinen Faeces, masturbirt und scheuert seine Genitalien so hartnäckig, dass man gezwungen ist, ihm Handschuhe anzuziehen. Pat. spuckt auf diese, leckt den

Speichel ab, reibt mit ihnen seine Genitalien. Häufig betet oder singt Pat. in ein und demselben Tone, bisweilen stösst er Wärter und Arzt mit dem Fuss, mich hingegen hat Pat. kein einziges Mal gestossen. Appetit und Durst sind unstillbar. 13. August. Pat. ist apathisch; wird in das Beobachtungszimmer übergeführt und in ein Bett mit hohen Seitenwänden placiert.

Nach Ablauf einiger Tage vermindert sich der Durchfall, Pat. erscheint wieder ein wenig lebhafter. Trotzdem Pat. an den Händen Handschuhe, d. h. weite Aermel aus Segelleinwand, hat, bekommt er es dennoch fertig, das dicke Wachstuch zu zerreißen, mit dem die Wände des Bettes beschlagen sind. Pat. liegt ruhig im Bette da; nur bisweilen, wenn er sieht, dass einem der anderen Patienten zu essen gegeben wird, springt er schnell aus dem Bette heraus und stürzt sich auf das Essen. Vom Oktober an tritt eine sichtliche Verschlimmerung des physischen Zustandes des Pat. ein. Die Untersuchung ergiebt keine Veränderungen an den inneren Organen. Es gelingt, die Durchfälle höchstens auf 2—3 Tage hintanzustellen. Dann erfolgen wieder flüssige, häufige, übelriechende Ausleerungen. Pat. ist ruhig; sein Gesichtsausdruck scheint auf heitere Gemütsstimmung zu deuten. Pat. wiederholt eine ungezählte Reihe von Malen einige lettische und russische Worte, die sich ausschliesslich auf Essen und Trinken beziehen: Mittag, Brot, Bier, Abendessen etc. Man führt Pat. häufig auf den Abtritt; nur selten lässt er unter sich ins Bett. Das Gesicht und speziell die Augen setzen in Erstaunen durch einen neuen, verständigen Ausdruck, sodass Pat. auf einen Menschen, der ihn bis dahin nicht gesehen hat, den Eindruck eines vernünftigen, glücklichen Subjektes hervorrufen würde. Vom 29. November an ist Pat. sehr hinfällig, isst wenig, Puls 110, weich. Am 30. November morgens eine geringfügige Besserung: Pat. isst, singt wieder; geht bis zum Abend selbst auf den Abtritt. Bei der vom Arzte vorgenommenen Untersuchung stösst Pat. letzteren derartig mit den Händen von sich, dass die Krankwärter Pat. halten müssen. Gegen Abend wird Pat. schwach; ungeachtet völliger Prostration scheuert Pat. noch mit den Handschuhen an seinen Genitalien. Erst nach 3 Uhr nachts auf den 1. Dezember konnte man die Hände des Pat. von den Handschuhen befreien. Um 5 Uhr herum trat Collaps ein und um 6 Uhr morgens erfolgte der Tod.

Am 2. Dezember wurde im pathologisch-anatomischen Institute die Sektion der Leiche ausgeführt, wobei sich Atrophie sämtlicher Organe, darunter des Gehirns und der Hoden, ergab. Daneben chronischer Darmkatarrh. —

W. B., Lette, bauerlicher Herkunft, Gehilfe eines Dorfschullehrers, 21 a. n. Pat. stammt aus gesunder Familie: in seiner Verwandtschaft sind keine Fälle von Nerven- oder Geisteskrankheit vorgekommen. In seiner Kindheit war Pat. gesund, machte gute Fortschritte in der Schule, zeichnete sich durch grossen Fleiss aus. Im Jünglingsalter litt Pat., zufolge einer Mitteilung des Arztes, der ihn damals behandelt hatte, an Anämie und Neurasthenie. Seit dem Jahre 1887 wurde Pat. gegen diese Beschwerden nach Meinung obenerwähnten Arztes mit Erfolg mit Arsenik, Eisen und kalten Wannen behandelt. Pat. giebt zu, onaniert zu haben, jedoch nicht allzu häufig. Im Jahre 1894 war Pat. gezwungen, viel zu arbeiten, da er sich zur Prüfung auf den Grad eines Dorfschullehrers vorbereitete, bestand jedoch dies Examen nicht, was ihn sehr betrübte, hauptsächlich aus dem Grunde, weil er seinem Vater, dem Dorfschullehrer, nicht helfen konnte, so dass dieser möglicherweise seine Stelle verlor, die Familie aber dadurch mittellos wurde. Pat. wurde angeblich von den Bauern gehänselt; diese hätten ihm, nach Voraussetzung seines Vaters, einmal Brantwein zu trinken gegeben, der gesundheitsschädliche Stoffe enthielt. Tags darauf bot man dem B. Papyros an, doch erhob dieser ein Geschrei, man hätte ihn vergiftet, es rieche alles nach Phosphor, und lief davon in den Wald. Hernach beruhigte sich Pat., war aber nicht imstande, zu erklären, was mit ihm sei. Am andern Tage springt Pat. plötzlich aus dem Bett mit geschlossenen

Augen, und erst mehreren Leuten gelingt es, ihn im Zimmer zurückzuhalten. Auf die Fragen des Arztes antwortete Pat. langsam, indem er sie aus dem Deutschen in's Lettische übertrug und fragte, ob seine Uebersetzung richtig sei. Tags darauf Stupor. Arme rechtwinklig flektiert; will man sie extendieren, so leistet Pat. bedeutenden Widerstand; Pat. antwortet nicht auf die an ihn gestellten Fragen, isst sehr wenig. Nach einer subkutanen Injektion von Opium bedeutende Besserung. Pat. sitzt am Fenster und sieht gespannten Blickes auf den Hof hinaus, doch geht er nicht in's Freie, weil ihm dies vom Arzte verboten war. An den folgenden Tagen werden Pat. vom Arzt kurze Spaziergänge verordnet: sein Gang ist spastisch; die Stimmung grösstenteils fröhlich. Einmal ist Pat. zum Fenster hinausgesprungen; auf die Frage, warum er dies gethan hätte, antwortet Pat., „dies sei der kürzeste Weg“. Nach Aussage des Vaters wiederholten sich bei Pat. derartige Zustände von Gebundensein am 12. Mai, am 18. Juni, am 28. Juli und am 22. August. Darauf erfolgten bis zum Mai 1895 keine weiteren Anfälle. Vor dem Anfall schlief Pat. nicht, es traten ferner Krämpfe auf — leichte Kontraktionen in allen Muskeln und kleinschlägiger Tremor in den Augenlidern; dabei transpirierte Pat. stark. Pat. begriff alles, was mit ihm vor sich ging, konnte aber nicht antworten. Nachdem Pat. sich von dem Anfall erholt hatte, pflegte er sein Schweigen so zu erklären: „ich war träge“. Arzneien blieben einflusslos.

21. August 1895 wird Pat. der Klinik übergeben. Als Pat. bei seiner Aufnahme einem Verhör bezüglich seiner Krankheit unterworfen wird, antwortet er wenig und langsam, sitzt regungslos da, dem Gesicht fehlt ein bestimmter Ausdruck. Man legt Pat. ins Bett. Tags darauf bringt Pat. kein einziges Wort hervor. In den Augenlidern des Pat. fibrillärer Tremor, in den Muskeln des Gesichts ab und an leichte Kontraktionen. Die Arme des Pat. verbleiben in einer ihnen gegebenen Stellung, so unbequem diese auch sein mag. Pat. schwitzt stark, entleert seinen Urin ins Bett. Isst selbst nicht; füttert man ihn jedoch mit einem Löffel, so schluckt er das Essen ohne weitere Nötigung herunter. Pat. ist es offenbar unangenehm, dass man sich an ihn mit Fragen wendet oder dass man ihn körperlich untersucht. Pathologische Veränderungen der inneren Organe sowie Degenerationszeichen sind nicht nachzuweisen. 23. August. Auf die bei Pat. wiederholte Frage, ob er sich in der Klinik wohl fühle, antwortet Pat. schliesslich leise und langsam, als koste es ihn die grösste Anstrengung: „ja“. 24. August. Die Katalepsie ist schwächer ausgesprochen; nach dem Füttern mit dem Löffel trat Erbrechen ein. Pat. liegt da mit geöffnetem Munde, aus dem beständig viel dicker, durchsichtiger Speichel fliesst, wovon Pat. jedoch keine Notiz nimmt. 26. August. Pat. ist weniger gebunden; man giebt ihm Kleider, er kleidet sich langsam an, geht mit grossen Schritten. in spastischem Gang, ins Speisezimmer, setzt sich schweigend an den allgemeinen Tisch und beginnt selbst zu essen. Nachdem Pat. einige Löffel voll Milchsuppe zu sich genommen hat, erbricht er und isst nicht weiter. Pat. bleibt regungslos am Tische sitzen und antwortet nichts auf die an ihn gestellten Fragen; man führt darauf den Pat. ins Schlafzimmer, entkleidet ihn und legt ihn ins Bett. Am folgenden Tage transpiriert Pat. viel; Mutacismus; Katalepsie vollkommen ausgesprochen. 28. August. Pat. schweigt; Augenlider geschlossen; öffnet man die Lider mit den Fingern, so bleiben sie erhoben; die Augen völlig ausdruckslos; Pat. hatte wiederum Erbrechen. Am nächsten Tage Status idem; Erbrechen ist nicht erfolgt. Flexibilitas cerea im höchsten Grade. 30. August. Pat. giebt schriftlich kurze Antworten auf einfache Fragen. Nach dem Mittagessen teilt Pat. ganz leise im Flüsterton dem Arzte mit, er habe Schmerzen in den Knien, besonders in dem linken. Auf kompliziertere Fragen antwortet Pat. mit grosser Mühe, jedoch ganz verständlich. Pat. scheint sich dessen nicht zu erinnern, dass er heute morgen, als die Katalepsie bei ihm so ausgesprochen war, photographiert wurde. 31. August. Pat. spricht kein Wort, antwortet aber schriftlich auf alle ihm vorgelegten Fragen ganz korrekt. Nach einem länger dauernden, auf diese Weise geführten Gespräche erklärte Pat. ebenfalls schriftlich, er sei ermüdet.

1. September. Pat. antwortet noch immer nur schriftlich. Sitz grösstenteils im Bett mit flektierten Beinen, den Kopf auf die Knie gestützt. Auf beharrliches Fragen reagiert Pat. mit einem Nicken des Kopfes. Pat. transpiriert stark den ganzen Tag über.

2. September. Pat. äussert schriftlich den Wunsch aufzustehen und bittet um seine Kleider; er schreibt unter anderm: „ich will versuchen, aufzustehen.“ Auf Bitten des Arztes bringt Pat. einige Worte hervor, jedoch mit geschlossenem Munde und so undeutlich, dass nichts zu verstehen ist. Pat. schreibt, er könne nicht sprechen. Pat. lächelt, wenn man ihn versteht und ihm Interesse bezeigt.

4. September. Pat. spricht deutlich, aber gebraucht dazu grosse Anstrengungen. Er erklärt, dass er krank war, erzählt, sein Kopf sei nicht in Ordnung gewesen, klagt über leichte Schmerzen. Bei dem Hervorbringen der einzelnen Worte erfolgen ausgiebige begleitende Bewegungen in den den Mund umgebenden Muskeln. Pat. hört bald zu sprechen auf und fährt fort, sich mit dem Arzte schriftlich auseinanderzusetzen. Katalepsie nicht mehr vorhanden. Am 5. September hatte Pat. Besuch von seinem Vater; danach wieder der frühere Zustand von Gebundensein. Pat. teilt dem Arzt im Flüsterton mit, es sei in der Abteilung geräuschvoll (dies ist zum Teil richtig), und bittet, man möchte ihn in eine andere Abteilung überführen.

6. September. Pat. geht zum Spaziergange in den Garten, mit einem Buch in der Hand; spricht leise, langsam, jedoch verständig; erklärt, er wolle sich morgen bemühen, wie gewöhnlich zu sprechen, nicht im Flüsterton.

7. September. Pat. spricht halblaut; seine Stimmung ist heiter; der Gesichtsausdruck völlig verschieden von dem bisherigen; Pat. sieht wie ein geistig entwickelter Mensch aus. Darauf bessert sich der Zustand des Pat. mit jedem Tage; er benimmt sich wie ein Gesunder, ist zufrieden damit, dass der Krankheitsanfall vorüber ist, geht mit dem Wärter in die Stadt, was ihn nicht im geringsten ermüdet. Seinen Zustand während der Krankheit beschreibt Pat. folgendermassen: „Grelles Licht und lauter Schall waren mir unangenehm; ich dachte fast an gar nichts; ich kann mich nicht deutlich entsinnen, was mit mir war. Es war mir unangenehm, an die Vergangenheit zu denken, angenehmer an die Zukunft. Ich erinnere mich nicht, wenig gegessen und erbrochen zu haben. Wenn der Organismus schwach ist, ist auch die Verdauung nicht in Ordnung. Ich halte mich für schwächlich. Das Sprechen fiel mir sehr schwer; ich weiss nicht, wer mich gefüttert hat.“ Auf die Frage, weshalb er die Arme in den ihnen gegebenen Stellungen weiter hielt, antwortet Pat.: „Ich dachte, ich müsste sie so halten, wenn die Aerzte so thun.“

13. September. Pat. hält sich für genesen; der somatische Zustand ist ein guter.

20. September. Pat. wird auf Wunsch seines Vaters aus der Klinik entlassen.

Am 24. März 1896 wird Pat. in der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Rothenberg bei Riga untergebracht¹⁾.

Pat. ist von hohem Wuchs, mit gut entwickelter Muskulatur, von mässigster Ernährung, Hautfarbe blass. Solange der Vater des Pat. mit den Aerzten spricht, zeigt Pat. keine Teilnahme an seiner Umgebung und befindet sich in beständiger Bewegung, ändert seine Stellung und vollführt vielfache Bewegungen: bald setzt er sich auf einen Stuhl, bald springt er von demselben auf und geht im Zimmer umher, bald stellt er sich an der Wand oder Thür auf, setzt sich dann wieder hin u. s. w. Gleichzeitig hiernit vollführt Pat. verschiedene rhythmische Zwangsbewegungen: sitzt er, so schlägt er mit dem Fuss den Takt auf der Diele, steht er, so schlägt er den Takt entweder mit dem Körper oder mit dem Fuss gegen die Wand. Der Gang des Pat. ist deutlich spastisch; er geht mit flektierten Knien und hebt nach einigen Schritten das Bein jedesmal so hoch, als schritte er über irgend etwas hinweg. Im Beobachtungszimmer zu Bette gelegt, liegt Pat. unbeweglich ausgestreckt auf dem Rücken da. Die Augenlider

¹⁾ Die Krankengeschichte verdanke ich der Freundlichkeit des Direktors, Herrn Dr. Tiling, wofür ich ihn auch an dieser Stelle meinen Dank entgegenzunehmen bitte.

sind halb herabgelassen; man bemerkt an ihnen beständige rhythmische Krämpfe. Der Gesichtsausdruck ist unbeweglich stumpf. Deutlich ausgesprochen ist eine Spannung der gesamten Muskulatur der Extremitäten. Bei dem Versuche, die Brust- und Unterleibsorgane zu untersuchen, tritt Contraction der Rumpfmuskeln ein; die Muskeln des Abdomen sind ad maximum angespannt, die Atmung steht still, das Gesicht des Pat. wird erst rot, darauf cyanotisch. Sobald man Pat. in Ruhe lässt, atmet er normal. Pat. spricht kein Wort und reagiert auf alle an ihn gerichteten Fragen entweder überhaupt nicht, oder macht, ungeachtet gewaltiger Anstrengungen, doch nur vergebliche Versuche, irgend etwas zu sagen. Dabei treten im Gesicht Krämpfe auf, der Mund wird trichterförmig ausgezogen, es erfolgt Respirationsstillstand, das Gesicht verfärbt sich blau. Macht man den Versuch, die oberen Augenlider in die Höhe zu heben, so bemerkt man in ihnen eine starke Spannung; hebt man sie in die Höhe, so wird der Bulbus nach oben rotiert. 30. März. Im allgemeinen Stat. idem. Pat. wird mit dem Löffel gefüttert, wobei er keinen Widerstand leistet. Pat. gewöhnt sich offenbar an die Personen seiner Umgebung; Pat. murmelt zu wiederholten Malen bei geschlossenem Munde unverständliche Worte auf die an ihn gerichteten Worte hin. Zeigt bei der Untersuchung weniger Widerstand. 4. April. Pat. ist bis 2 Uhr nachts im Zimmer umhergegangen; es war unmöglich, ihn im Bett zu halten. In den letzten Tagen Katalepsie deutlich ausgesprochen. Spricht bei geschlossenem Munde mit grossen Anstrengungen; ab und an gelingt es, etwas davon zu verstehen. 5. April. Pat. hat ebenfalls bis 2 Uhr nachts nicht geschlafen; hat laut mit sich selbst gesprochen. 6.—14. April. Zu Zeiten Erregung und Zwangsbewegungen. Pat. klopft rhythmisch mit den Füßen auf, verlässt häufig das Bett, geht in spastischem Gange zickzackförmig einher, setzt sich bald in gezwungener Pose auf die Diele nieder, bald legt er sich völlig ausgestreckt, nur mit dem Hemde bekleidet, auf die Diele hin. Nach seinen Worten hat Pat. es sehr heiss im Bett. Er tritt an die Thür heran und bemüht sich, sie zu öffnen. Pat. spricht mit zusammengepressten Zähnen und mit erhobener Oberlippe, doch wird seine Rede allmählich verständlicher. Spricht sehr wenig, mit grosser Anstrengung, wobei er den Atem anhält; das Gesicht wird dabei rot. Pat. sagt, er wolle nach Hause, er sei wirklich schwer krank gewesen, doch gehe es ihm jetzt schon besser; im Bett zu liegen, sei ihm sehr unangenehm, er wolle sich ankleiden; es beunruhige ihn sehr, dass in der Schule seines Vaters an dem Fenster ein Kreuz stehe, an dies Kreuz sei ein Mensch mit ausgestreckten Armen gebunden. 14.—19. April. Pat. ist ruhig; seine Bewegungen sind freier; spricht wenig und leise. Man giebt Pat. bisweilen seine Kleider, doch liegt er angekleidet auf dem Bette oder sitzt da, den Kopf auf die Hände gelegt, die Arme auf die Kniee gestützt. Pat. fühlt sich ermattet; sogar das Gehen fällt ihm schwer. 19. April. Pat. wird in die ruhige Abteilung übergeführt; fühlt sich hier nicht wohl; es seien hier viele Kranke, viel Bewegung und auch viel Lärm. Tritt zu den Mitpatienten in keinerlei Beziehungen. Pat. steht entweder apathisch in irgend einer Pose in einem Winkel da oder geht langsam im Zimmer auf und ab, ohne die Kniee zu flektieren. Pat. begrüsst die Aerzte mit einem stereotypen Lächeln, spricht mit ihnen äusserst höflich, wiederholt immer mit derselben Stimme, mit unveränderlichem Ausdruck, ein und dieselben Fragen und Sätze — ob man ihn nicht nach Hause entlassen könne, er sei wirklich krank gewesen, jetzt jedoch, Gott sei Dank, gehe es ihm besser u. s. w. 28. April. Bisweilen geht Pat. nachts umher; man giebt ihm dann Sulfonal zu 0,5—1.0. Beständig die gleiche Stereotypie und Gebundenheit. Dieser Zustand bleibt in der letzten Zeit unverändert, und ist keine Besserung zu konstatieren. 11. Mai. Pat. wird auf Wunsch seines Vaters entlassen.

(Schluss im nächsten Heft.)

Aus der psychiatrischen Klinik in Dorpat.

Die Katatonie.

Von

Professor W. v. TSCHISCH

in Dorpat.

(Fortsetzung.)

Meines Erachtens genügen die angeführten 3 Krankengeschichten, um daraus ein Krankheitsbild zu schaffen.

Ich halte es für notwendig, vorauszubemerken, dass ich überhaupt ausschliesslich von den Fällen reiner, schwerer Katatonie rede. Die Aufgabe meiner Arbeit war nur das Studium der reinen, selbständigen, schweren Katatonie, aus welchem Grunde in Folgendem auch nur von dieser Krankheit die Rede sein wird. Sämtliche Katatoniker bilden eine auffallend gleichartige Gruppe: sie alle haben soviel Gemeinsames, wie wir es in ähnlicher Masse bei keiner anderen Krankheit finden, und dies giebt uns ein Recht, die Selbständigkeit dieser Krankheit zu behaupten.

Das einzige, wodurch sich diese Kranken von einander unterscheiden, ist ihre Nationalität. Von 22 Katatonikern waren 7 Letten, 9 Esten, 2 Lettinnen, 3 Estinnen und 1 Lithauer.

Augenscheinlich dürfen wir nationalen, wenigstens anthropologischen Besonderheiten der Letten und Esten in der Ätiologie der Katatonie keine Bedeutung beimessen, denn de facto

sind die Letten ein Volk indogermanischen Ursprungs, während die Esten zum finnischen Volke gehören. Die Thatsache, dass unter unseren Katatonikern sich kein einziger Deutscher, Russe oder Jude befindet, erklärt sich aus der Verschiedenheit der Lebensbedingungen. Letten und Esten repräsentieren die Ackerbau treibende Landesbevölkerung; Ackerbau treibende Bauern giebt es in diesem Lande ausser den Letten und Esten nicht. Die Deutschen sind entweder Grundbesitzer oder üben die zu meist einträglichen freien Professionen aus; die Russen sind entweder Beamte oder Handelstreibende. Es existieren wohl einige, jedoch nur wenige Dörfer mit russischen Landarbeitern. Die Juden leben ausnahmslos in den Städten und beschäftigen sich mit Handel und Gewerbe. Daher lässt sich die Thatsache, dass alle unsere Katatoniker Letten und Esten sind, nur aus der den Letten und Esten gemeinsamen Lebensweise erklären. Die übrigen Nationalitäten des Landes unterscheiden sich von Letten und Esten nicht nur in anthropologischer Beziehung, sondern auch durch ihre Lebensweise. Dass die Lebensweise aber in der Aetiology der Katatonie eine Rolle spielt, geht schon aus dem Umstande hervor, dass alle unsere Kranken Familien von Landarbeitern angehören, dass alle auf dem Lande aufgewachsen sind. Fast alle sind arme Leute. Alle hatten sie die Schule besucht und befriedigend oder gar gut gelernt. Besondere Aufmerksamkeit verdient die überraschende Thatsache, dass wir keinen einzigen Städter in Behandlung hatten. Alle unsere Kranken sind unter völlig gleichartigen Bedingungen aufgewachsen, alle gehören sie einem und demselben Stande an, ein und demselben kulturellen Niveau, einer annähernd gleichen ökonomischen Lage. Es ist erforderlich, bei diesem Umstande etwas länger zu verweilen, da es vielen scheinen mag, als prädisponierte die idyllische Lebenslage des Ackerbauern am allerwenigsten zu einer Erkrankung des Nervensystems. In Wirklichkeit entstammen alle unsere Kranken solchen Familien, die, vom Standpunkt des Neuropathologen und Psychiaters aus betrachtet, in beinahe idealen Verhältnissen leben, während doch die übrigen, nicht Ackerbau treibenden Nationalitäten nicht an der Katatonie erkranken. Ich muss zugeben, dass, obschon die Familien der Katatoniker auch arm waren, es unter ihnen doch keine bettelarmen Familien gab, die nicht imstande gewesen wären, sich durch ihre Arbeit zu ernähren und somit der öffentlichen Mildthätigkeit bedurft hätten. Kein einziger unserer Katatoniker war in der Jugend verwahrlost, kein einziger war gezwungen gewesen zu betteln, kein einziger hatte unter den entsetzlichen Bedingungen gelebt, unter welchen die Kinder städtischer Proletarier aufzuwachsen pflegen.

Alle von uns eingezogenen Nachrichten stimmen darin überein, dass unsere Katatoniker ausnahmslos aus psychisch gesunden Familien stammen. Dazu kommt, dass keiner unserer Kranken Degenerationszeichen aufwies; weder in dem Charakter, noch in dem Benehmen unserer Kranken liess sich vor der Erkrankung

irgend etwas beobachten, was auf eine Degeneration hingewiesen hätte. Natürlich muss man hierbei berücksichtigen, dass alle unsere Kranken der unteren Klasse der Gesellschaft angehören, und daher die auf Vorleben und Charakter der Kranken bezüglichen Angaben nicht auf unbedingte Vollständigkeit Anspruch machen können. Doch können wir wohl kaum auch den Erzählungen gebildeter Personen, was Charakter und Fähigkeiten ihrer kranken Angehörigen betrifft, mehr Glauben schenken. Wenn die Bauern auch gewiss nicht die Beobachtungsgabe Gebildeter besitzen, so sind sie doch andererseits frei von den Vorurteilen, welche bei Gebildeten gewohnheitsmässig die Beobachtungen beeinflussen.

Ich behaupte ferner mit allem Nachdruck, dass die Katatoniker sich, zum Unterschiede von andern Geisteskranken, durch eine kräftige Konstitution auszeichnen, sie sind gut gebaut, mit vortrefflich entwickelter Muskulatur.

Auf Grund aller von mir beobachteten Fälle von Katatonie erblicke ich geradezu eine notwendige Bedingung für die Entwicklung der Katatonie in einer kräftigen Konstitution, einer guten physischen Gesundheit. Ich bin mir dabei völlig dessen bewusst, dass diese meine Schlussfolgerung paradox klingen mag, und will ich sie gerade deswegen auch näher beleuchten.

Sowohl die oben angeführten als auch sämtliche mir zur Verfügung stehenden 22 Krankengeschichten sprechen dafür, dass die Katatonie sich ohne alle zufälligen, begleitenden, veranlassenden Ursachen entwickelt, selbst wenn man diese ganz allgemein auffasst.

Unsere Katatoniker erkrankten ohne jegliche Ursache, wie wir sie sonst für Geisteskrankheiten annehmen.

Ganz unwahrscheinlich ist es, dass J. K. infolge eines Schrecks über einen Hund erkrankte. Bei den Bauern ist ein solcher Schreck so alltäglich, dass ein kräftiger junger Bauer durch einen so geringfügigen Umstand ganz unmöglich erheblich erschreckt werden konnte. Es verdient bemerkt zu werden, dass Esten sowohl wie Letten überaus geneigt sind, Krankheiten dem Einfluss von Schreck zuzuschreiben, und dass sehr häufig ihre Erklärungen der Entstehung einer Krankheit äusserst naive sind.

Somit erkrankten die Katatoniker ohne alle Ursache; überdies sind es Leute, die, wenn wir unsere Kenntnis der Ursachen von Geisteskrankheiten inbetracht ziehen, an solchen gar nicht erkranken dürften. Sie stammen von gesunden Eltern ab, sind unter äusserst günstigen Bedingungen aufgewachsen, sind mit einer vorzüglichen körperlichen Gesundheit ausgestattet und keinerlei ihrer psychischen Gesundheit schädlichen Einflüssen ausgesetzt gewesen.

So bilden alle Katatoniker eine völlig gleichartige Gruppe; alle gleichen sie einander auch in der Beziehung, dass sich bei ihnen keine bestimmte Ursachen für Geisteskrankheit finden.

Alle unsere Kranken hatten Geschlechtsreife erlangt und, mit Ausnahme des einen Falles von J. K., hatte sich bei ihnen die Katatonie einige Jahre nach Eintritt der Pubertät entwickelt, d. h. zwischen dem 20. und 25. Lebensjahre. Sie alle hatten ihr Geschlechtsleben noch nicht begonnen; alle Kranken waren ledig. Es lag keine Aeusserung der Kranken selbst vor, die uns zu der Annahme berechtigt hätte, dass auch nur ein einziger Katatoniker normale sexuelle Beziehungen gehabt hätte. Es ist bekannt, dass Geisteskranke sich häufig nicht entblöden, ganz offen und cynisch über ihre geschlechtlichen Funktionen zu reden; die Katatoniker masturbieren zu Zeiten der Erregung viel und schamlos, aber kein einziger sprach jemals irgend etwas aus, was bewiesen hätte, dass ihm der Coitus aus eigener Erfahrung bekannt wäre.

Wenn man die Sitten unserer hiesigen Bauern in Betracht zieht, so muss man bemerken, dass ein so hoher Grad von Sittlichkeit bei unseren Kranken hier sogar etwas Gewöhnliches ist, und dass unsere Kranken die Regel, aber nicht die Ausnahme bilden. Hier giebt es keine Dörfer, sondern ein jeder Gesinde-wirt lebt gesondert inmitten seines Bezirks, die Eltern können daher natürlich gut über die Lebensführung ihrer jungen Leute wachen. Die Abstinenz vor der Ehe, oder wenigstens in der Jugend, solange die Bauern noch nicht über eigene Mittel verfügen, ist also hier eine, wenn auch nicht gewohnheitsmässige, so doch wenigstens häufige Erscheinung, und unsere Kranken stellen daher keine Ausnahme dar.

Ich glaube, gerade die enthaltsame Lebensführung unserer Kranken giebt uns auch eine Erklärung dafür, dass fast alle Katatoniker unserer Klinik Letten und Esten waren. Geschlechtliche Enthalt-samkeit, so selten sie bei den jungen Leuten in den Städten ist, ist bei uns häufig auf dem Lande. Aeusserst bezeichnend ist es auch, dass allerdings unter den kranken Mädchen solche waren, welche in der Stadt gelebt hatten, dagegen unter den kranken jungen Männern kein einziger, mit Ausnahme eines katholischen Geistlichen, der zufolge seines Amtes ein keusches Leben zu führen verpflichtet war.

Gewiss sind unsere Zahlen nicht gross genug, um definitive Schlüsse zu ziehen. Es mag sehr wohl auch einmal ein Handwerker oder Russe an Katatonie erkranken, aber andererseits kommt eben auch bei diesen gelegentlich eine längere Enthalt-samkeit vor.

Ein richtiges Verständnis der Bedeutung der sexuellen Abstinenz wird erst dann möglich sein, wenn wir zugleich die kräftige Konstitution und die blühende körperliche Gesundheit unserer Kranken in Betracht ziehen.

Man muss gestehen, dass wir bislang positiv nichts wissen über den Einfluss sexueller Abstinenz und sexueller Exzesse auf die Gesundheit des Nervensystems. Alle hierüber verbreiteten Ansichten, die aus einem Buch in das andere übergehen, sind auf unsichere Beobachtungen gegründet.

Noch vor garnicht langer Zeit betrachteten viele Aerzte die sexuellen Funktionen als ein „Bedürfnis“. Um diesem sexuellen „Bedürfnis“ Rechnung zu tragen, wurde geradezu die Unsittlichkeit empfohlen. Unter dem Einfluss rein moralischer Beweggründe ist man umgekehrt nunmehr, nach dem Vorgange der Upsala'er medizinischen Fakultät, dahin gelangt, zu behaupten, dass sexuelle Abstinenz völlig unschädlich ist. Natürlich müssen wir diese Lehre zu Gunsten der sexuellen Abstinenz mit Freuden begrüßen, da niemand, am allerwenigsten ein Arzt, die Unsittlichkeit in Gestalt der Prostitution gutheissen kann. Wenn es auch erwiesen wäre, dass die geschlechtliche Enthaltksamkeit schädlich ist, so bleibt sie dennoch moralisch, und je schädlicher sie ist, um so höheren moralischen Wert beansprucht ihre Durchführung. Es giebt keine Moral ohne Opfer.

Wenn wir auch keine Veranlassung haben, die Schädlichkeit sexueller Abstinenz für die Mehrheit zuzugeben, d. h. für Personen von mittleren Gesundheitszustande, so äussert sie umsomehr Einfluss auf Individuen von kräftiger Konstitution und blühender Gesundheit. Solche Personen bewahren natürlich nur verhältnismässig selten ihre sexuelle Unschuld; ihr Geschlechtstrieb ist sehr stark und findet leicht Entgegenkommen; sie befriedigen daher auf gesetzliche oder ungesetzliche Art ihre Wünsche.

Wir müssen annehmen, dass kräftig gebaute, physisch sehr gesunde Individuen auch mit dem grössten „Bedürfnis“, die Art fortzupflanzen, ausgestattet sind. Die Funktionen der Geschlechtsorgane müssen bei diesen Individuen mehr entwickelt sein als bei schwachen Personen, und muss sich daher sexuelle Abstinenz, als Ausfall der Funktion kräftiger wohlausgebildeter Organe, in dem Zustande des ganzen Organismus recht bedeutend äussern. Wir sind vor kurzem erst bis zu einem gewissen Grade zu einem Verständnis dafür gelangt, welche gewaltige Bedeutung gewisse Drüsen für den Zustand des Organismus haben; wenn Hypertrophie und übermässige Funktion sowie andererseits Exstirpation der Schilddrüse einen so gewaltigen Einfluss auf den ganzen Körper äussert, so wäre es wunderbar, wenn der Zustand der Samendrüsen ohne Einfluss auf das Nervensystem wäre. Die Bedeutung des Sperma in dem gesamten Leben des Organismus ist eine so grosse, dass alle in dieser Richtung angestellten Versuche bisher nur einen kleinen Teil dieses Gebietes erhellt haben; was wir jedoch bisher davon wissen, weist darauf hin, dass die mangelhafte Produktion von Samen oder

seine Retention im Organismus — beides muss bei sexueller Abstinenz eintreten — nicht ohne Einfluss auf das Nervensystem bleiben kann. Ein gesunder kräftiger Mann kann unstreitig täglich beim Coitus Sperma ejakulieren; bei sexueller Abstinenz treten nur bisweilen Pollutionen ein, folglich wird Sperma entweder gar nicht produziert, was natürlich den ganzen Stoffwechsel verändert, oder das Sperma wird in irgend einer Form retiniert.

In diesem und jenem Falle müssen selbst die chemischen Prozesse im Organismus anders vor sich gehen als im normalen Geschlechtsleben. Wir können uns unmöglich vorstellen, dass es für den Organismus gleichgültig sein sollte, ob Sperma häufig entleert wird, oder ob es in einer oder der anderen Form im Organismus zurückbleibt. Ich glaube, dass wir die geschlechtliche Enthaltsamkeit gerade von diesem Gesichtspunkt aus betrachten müssen und der direkten Einwirkung des Sperma auf die Nerven der Geschlechtsorgane, der „Erregung“, der „Reizung“ des Nervensystems von seiten der Geschlechtsorgane keine grössere Bedeutung beizumessen brauchen. Bei Individuen, welche das Geschlechtsleben noch nicht kennen gelernt haben, pflegt die sexuelle „Erregung“ oder „Reizung“ überhaupt nicht besonders stark zu sein; sie ist bedeutend geringer als selbst nach kurz-dauernder sexueller Abstinenz bei solchen, die bereits geschlechtliche Beziehungen hatten. Uebrigens vermag auch diese „Reizung“, wenn sie heftig und andauernd ist, Einfluss zu äussern.

Und so haben wir, obgleich wir die Ursache der Katatonie nicht ganz genau kennen, dennoch festgestellt, unter welchen Bedingungen sie sich entwickelt, und unter welchen nicht. Indem wir die völlige Identität der Entstehungsbedingungen nachgewiesen haben, haben wir damit zugleich auch die Selbstständigkeit der Katatonie erwiesen; bei völlig identischen Bedingungen kann es sich nur um eine Krankheit handeln. Indem wir festgestellt haben, unter welchen Bedingungen die Katatonie nicht vorkommt, haben wir zugleich Daten gewonnen zur Unterscheidung der Katatonie von anderen Krankheiten, die ihr in einzelnen Symptomen gleichen. Schon die Ueberzeugung, dass uns die Ursache der Katatonie unbekannt ist, dass diese Krankheit nicht infolge der sonst in der Psychiatrie bekannten Ursachen entsteht, bildet eine Bereicherung unserer Kenntnisse und hilft uns in vielen Fällen die Katatonie erkennen.

Wenn wir auch die Ursache der Katatonie noch nicht bestimmen können, müssen wir doch wenigstens bestimmen, in welcher Gruppe von Ursachen man die Ursache der Katatonie zu suchen haben. Ich glaube, wir kommen der Wahrheit nahe, wenn wir annehmen, dass die Katatonie eine Antointoxication des Organismus ist. Zu dieser Antointoxication kommt es, wenn der Kranke seine volle physische Entwicklung erreicht hat, aller

Wahrscheinlichkeit nach infolge des Ausfalls der gerade in diesem Lebensalter sehr wichtigen Geschlechtsfunktionen.

Selbstverständlich ist es mir bekannt, dass die Katatonie auch im späteren Lebensalter vorkommt bei Personen, die mit dem sexuellen Leben bereits begonnen haben, bei Verheirateten, doch hat man bisher auf die von mir hervorgehobene Ursache dieser Krankheit nicht geachtet. Wer dagegen weiss nicht, dass geschlechtliche Enthaltksamkeit in jedem Alter vorkommen kann, bei Verheirateten vielleicht noch häufiger, als bei Unverheirateten?

Bei allen unseren Patienten dauerte das Prodromalstadium relativ kurze Zeit; die längste Dauer desselben betrug mehrere Wochen. Gerechnet von dem Tage, an welchem die Krankheit bemerkt wurde, bis dahin, wo sie ihren Höhepunkt erreichte, verflossen nur wenige Tage, jedenfalls nicht mehr als ein paar Wochen.

Die Katatonie äussert sich zuerst durch Veränderungen in der Gefühlssphäre. Die Stimmung wird bei allen unseren Kranken mehr oder weniger düster; Unlustempfindungen walten vor, ohne dass dabei eine wirklich tiefe Depression bestünde. Viele Kranke klagen einfach über diese düstere Stimmung, ohne den Versuch einer Erklärung zu wagen, andere hingegen klagen über Kopfschmerzen, Kopfdruck, allgemeines Schwächegefühl und unlokalisierbare Schmerzen. Bei einigen Kranken war die düstere Gemütsstimmung von einem unmotivierten Angstgefühl begleitet.

Die pathologischen Veränderungen der Verstandesthätigkeit sind in dem Prodromalstadium der Katatonie nur unbedeutend und bestehen fast ausschliesslich in formalen Störungen. Die Kranken sprechen langsam und wenig, was auf einen analogen Zustand ihrer Denkhätigkeit zu schliessen gestattet. Nur zu Zeiten äussern sie widersinnige oder unwahrscheinliche Vorstellungen: so sagte einer beispielsweise, sein jüngerer Bruder müsse ihm gehorchen und nicht dem Vater; so sprach ein anderer von seinen Sünden, er sei zu selten zur Kirche gegangen; so äusserte ein dritter zu seinem Vater, „es wäre am besten, wenn Du mich erschossen wolltest“ u. s. w. Doch können diese von den Kranken geäusserten Vorstellungen noch nicht für den Ausdruck einer Störung seitens ihrer Verstandesthätigkeit genommen werden; möglicherweise hielt sich J. K. bereits vor seiner Krankheit für klüger als seinen Vater und hielt es aus diesem Grunde für besser, wenn der Bruder ihm und nicht dem Vater gehorche, unterliess jedoch, solange er gesund war, aus naheliegenden Gründen, dies auszusprechen. Ueberhaupt waren bei unseren Kranken im Verlaufe des Prodromalstadiums keine deutlich ausgesprochenen, unzweifelhaften Wahnideen zu beobachten, wie auch die formalen Störungen nur unbedeutend waren. Ebenso wenig kamen Sinnestäuschungen vor. W. B. sagte wohl, er empfinde den Geruch von Phosphor; doch wenn wir bedenken, dass der Vater des Kranken auch glaubte, man hätte dem Sohne

Branntwein mit irgend einem Zusatz zu trinken gegeben, so dürfen wir uns nicht über die Phosphorfurcht des Sohnes wundern.

Veränderungen im Bereich des Handelns spielten eine verhältnismässig grosse Rolle: die Kranken hörten auf zu arbeiten. Wenn man die gesellschaftliche Stellung unserer Kranken bedenkt, ferner den Umstand beachtet, dass die Störungen der Gefühlssphäre nicht sehr erheblich waren, so müssen wir das Aufgeben der Arbeit auf eine schwere Willensstörung zurückführen. Diese Willensstörung äussert sich auch in verschiedenen befremdlichen Handlungen der Kranken, welche deren Umgebung in Staunen versetzten; so sprang z. B. ein Kranker aus dem Wagen, in dem er zusammen mit seiner Mutter fuhr, und lief davon in den Wald, sprach darauf 7 Stunden ohne Aufhören — er „musste“ sprechen, wie er erklärte; ein anderer stand schon zu Beginn seiner Krankheit lange Zeit hindurch auf einem Fleck oder streifte ziellos auf den Feldern umher; W. B. stürzt völlig zwecklos und unmotiviert mit grosser Energie aus dem Zimmer u. s. f.

Der Schlaf pflegt in der Mehrzahl der Fälle unzureichend zu sein; eine einzige Krankeschlaf, nach Aussage der Verwandten, sehr viel. Wohl möglich ist, dass die Kranken deswegen wenig schliefen, weil sie einen grossen Teil des Tages im Bett zubrachten, weil sie nach schlaflosen Nächten am Tage schliefen.

Eine Verringerung des Appetits pflegt in dem Prodromalstadium der Katatonie nicht zur Beobachtung zu gelangen, wenigstens keine länger dauernde und bemerkenswerte, woraus sich natürlich auch der verhältnismässig gute Ernährungszustand der Kranken bei ihrem Eintritt in die Klinik erklärt. An solchen Tagen, wo die Gemütsstimmung bei vermehrter innerer Unruhe eine besonders schlechte war, pflegten die Kranken allerdings weniger zu essen als für gewöhnlich, doch war im Allgemeinen nicht die zu Beginn einer Melancholie so sehr in die Augen springende Herabsetzung des Appetits zu beobachten.

(Schluss im nächsten Heft.)

Die Katatonie.

Von

Professor W. v. TSCHISCH

in Dorpat.

(Schluss.)

Indem wir an die Beschreibung der einzelnen Symptome der Katatonie gehen, muss ich gestehen, dass ich es für unumgänglich notwendig halte, alle Symptome dieser Krankheit zu schildern, und nicht nur diejenigen, durch welche sich die Katatonie von andern Krankheiten unterscheidet, da, meiner Ueberzeugung nach, die Katatonie weit verschieden von dem Bilde ist, wie es von dieser Krankheit seither gegeben worden ist.

Die Störungen innerhalb der Gefühlssphäre bilden eines der Grundsymptome der Katatonie; diese Störungen der Gefühle sind so erheblich und mannigfaltig, dass es erforderlich erscheint, etwas länger bei diesen Erscheinungen zu verweilen.

Bei den Katatonikern findet sich eine Abschwächung aller Gefühle, gelegentlich aber auch eine Verstärkung der Unlust- und Lustgefühle, endlich auch eine äusserste Steigerung gewisser Gefühle.

Weitaus die grösste Bedeutung, sowohl was Dauer als Intensität betrifft, beansprucht die Abschwächung der Gefühle; natürlich ist dies Symptom wichtiger als die übrigen auch in praktischer Beziehung, denn kaum erreicht diese Abschwächung der Gefühle bei irgend einer andern Geisteskrankheit einen solchen Grad, wie bei der Katatonie. In einzelnen Fällen wenigstens kommt es zu völliger Aufhebung aller Gefühle; sämtliche Gefühlstöne sind erloschen, die Kranken fühlen weder Schmerz noch Ermüdung, noch Hunger und Durst. Plötzlich, ohne dass irgendwelche Anstalten dazu vorausgegangen wären, mit einem fröhlichen lachenden Gesicht oder einem Aussehen, das für den Mangel jeglicher Gefühle spricht, rennt der Katatoniker gegen die Wand oder wirft sich schonungslos gegen die Diele oder schlägt stundenlang Purzelbäume u. s. w. Ungeachtet aller Vorsichtsmassregeln haben sich Katatoniker bei uns doch gelegentlich derartige Verletzungen zugezogen, dass andere Kranke empfindlich zu leiden gehabt hätten, während diese Kranken niemals eine Klage äusserten. Ein Katatoniker riss sich z. B. einst vollkommen ruhig oder, besser gesagt, apathisch einen Fingernagel aus; nachdem er diese qualvolle Operation in aller Eile vollzogen hatte, blieb er mit demselben unveränderten Gesichtsausdruck im Bette liegen.

Das Gefühl der Ermüdung ist unstreitig sehr quälend, so quälend, dass wir, unter gewöhnlichen Umständen, durchaus nicht imstande sind, uns mit Erfolg dagegen zu wehren. Bei den übrigen Geisteskranken wird niemals ein völliges Ausbleiben dieses Gefühls beobachtet; Maniakalische und physisch kräftige Paralytiker bewegen sich gewiss mehr als Gesunde, doch geben sie selbst zu, Ermüdung zu spüren und ruhen häufig aus. Schon nach wenigen Tagen verstärkter Bewegung beschränkt sich der motorische Drang des Maniakus nur auf grosse Geschwätzigkeit und Singen; die sonstige Agitation beginnt erst wieder, nachdem er sich erholt hat. Die Katatoniker hingegen fühlen entschieden keine Ermüdung, natürlich nur zu gewissen Zeiten der Krankheit. Sie führen die schwersten, die ermüdendsten Bewegungen unbegreiflich lange Zeit hindurch ohne jede Pause aus. Selbst in relativ normalem Zustande arbeiteten manche Kata-

toniker wie eine Maschine, ohne die geringste Ermüdung zu verraten, auch wenn ihnen die Arbeit durch ihre Länge direkt schädlich war. Traurige Erfahrungen belehrten uns, dass man nicht sorgfältig genug darauf achten kann, dass die Katatoniker sich bei der Arbeit durch übermässige Anstrengung nicht Schaden zufügen. Die gleiche Unempfindlichkeit gegen Ermüdung wird auch bewiesen durch die lange Dauer äusserst unbequemer Posen und Stellungen, wie sie für Katatoniker so sehr charakteristisch sind. Desgleichen erreicht die Unempfindlichkeit gegenüber Hunger und Durst bei den Katatonikern einen solchen Grad, wie bei keiner anderen Krankheit, mit Ausnahme der Hysterie. Wenn ein Melancholiker oder Paranoiker unter dem Einfluss von Sinnestäuschungen, einer Wahnidee oder rein organischer Ursachen Nahrung verweigert, so leistet er bei künstlicher Fütterung Widerstand, sei es aktiv oder passiv. Nur äusserst selten ruft künstliche Fütterung bei bestehender Nahrungsverweigerung keinen Widerstand hervor, am häufigsten wohl noch dann, wenn der Kranke der Meinung ist, die Menschen, welche ihn füttern, nähmen diese Sünde auf sich, er selbst aber sei ja unschuldig daran, dass man ihn füttere; da der Hunger Qualen verursacht, suchen die Kranken, ganz ebenso wie Gesunde, mit Freuden eine Entschuldigung für sich. Das Gegentheil beobachten wir in der Regel an den Katatonikern, der Kranke selbst isst nicht, schluckt nicht einmal, wenn man ihn mit dem Löffel füttert. Greift man zur Sonde, so leistet er nicht den geringsten Widerstand, zeigt nicht einmal Behagen oder Unbehagen.

Dieselbe Unempfindlichkeit zeigen die Katatoniker gegenüber Qualität und Quantität von Speise und Trank in noch höherem Grade als andere Kranke.

Mit dieser Apathie hängt auch die Unreinlichkeit der Katatoniker zusammen. Unter sich lassen, im Zimmer harnen, Kügelchen aus Kot fabrizieren, schmieren u. s. w., alles das thun Nicht-Katatoniker aus verschiedenen Gründen: einigen Kranken gewähren solche Beschäftigungen ein gewisses Vergnügen, doch fällt es im allgemeinen ziemlich leicht, den Kranken dies abzugewöhnen und nicht schwer, sie daran zu verhindern. Zu meinem Bedauern weiss ich jedoch nicht, wie man die Katatoniker an Reinlichkeit gewöhnen könnte; sie sind nicht so schwachsinnig wie viele sehr „unreinliche“ Kranke, und daher erfüllen alle Massnahmen, welche vollständig genügen, um Nicht-Katatoniker an Reinlichkeit zu gewöhnen, bei Katatonikern ihren Zweck nur sehr mangelhaft.

Es scheint wohl kaum erforderlich, von der Abschwächung der höheren Gefühle bei den Katatonikern zu reden, da eine Abstumpfung der niedersten Gefühle nicht gut dort statthaben kann, wo nicht bereits, wenn auch nur zeitweilig, die höheren Gefühle erloschen sind.

Der Geschlechtstrieb ist meist gesteigert, wie schon aus dem mass- und schamlosen Onanieren hervorgeht. Dabei spielt natürlich die kräftige Konstitution der Kranken und ihre blühende körperliche Gesundheit eine Rolle, doch setzen die Kranken die Masturbation auch fort, wenn ein erheblicher Kräfteverfall eingetreten ist. Ich muss hinzufügen, dass kein einziger Katatoniker, trotz stärksten Onanierens, jemals einen Angriff auf eine weibliche Person machte, oder irgendwie in der Nähe von Weibern Erregung verriet. Aus den Worten der Kranken ergab sich, wie bereits erwähnt, nie ein Verlangen nach normalem sexuellen Verkehr. Steigerung des Geschlechtstriebes fand sich auch bei den weiblichen an Katatonie leidenden Kranken, nur wurde bei diesen öffentliches Masturbieren nicht beobachtet, was sich natürlich durch die grössere weibliche Schamhaftigkeit ausreichend erklären lässt.

Diese erhebliche Steigerung des Geschlechtstriebes ist für die Katatonie geradezu charakteristisch.

Schwerlich sind bei den Katatonikern diejenigen Lustgefühle erhöht, welche durch Thätigkeit überhaupt, besonders durch Muskelanspannung, hervorgerufen werden: ihre so ausgiebigen und beschwerlichen Bewegungen gewähren den Kranken, so viel man sehen kann, kein Vergnügen. In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Katatoniker scharf von dem Maniacus,

dessen gesteigerte Bewegungen von starken Lustgefühlen begleitet sind. Die Katatoniker verraten in ihren erzwungenen Stellungen nur Apathie.

Im übrigen beobachtet man Schwankungen des Stimmungsgleichgewichts nach beiden Seiten hin, d. h. krankhafte Steigerungen von Lust- und Unlustgefühlen. Bei fast allen Katatonikern kommt öfters Depression vor, besonders häufig zu Beginne der Erkrankung, doch erreicht sie niemals einen so hohen Grad, wie bei Melancholie. Ungeachtet der grossen Energie der Katatoniker ist in der Klinik doch kein einziger Selbstmord bei einem Katatoniker vorgekommen. Man hat alle möglichen Handlungen, jedoch nicht Selbstmord von Katatonikern zu erwarten. Auch der Wunsch zu sterben wird von Katatonikern nur selten geäussert und auch dann nur zu Beginn der Krankheit; Redensarten, wie: „es wäre besser, man erschösse mich“ u. s. w. beweisen noch nicht den ernstgemeinten Wunsch zu sterben.

Wenn wir die gelegentlichen Unlustgefühle des Katatonikers analysieren, so finden wir, dass ein unklares, unmotiviertes Gefühl der Unzufriedenheit mit sich selbst prävaliert: die Kranken sind sich selbst nicht klar darüber, was sie quält, doch fühlen sie sich unglücklich und sind niedergeschlagen. Die unklare Wahrnehmung des abnormen Ablaufes der Verstandesprozesse, der Veränderung ihres eigenen Ich kombiniert sich natürlich mit diesen Unlustgefühlen. Zudem haben die Katatoniker ein mehr oder weniger deutliches Krankheitsbewusstsein, ein Bewusstsein, dass ihr Seelenleben ein anderes geworden ist.

Gehobene Stimmungen entstehen und vergehen bei der Katatonie grösstenteils ohne jede sichtbare Veranlassung. Sie erreichen dabei niemals grosse Intensität und sind nicht von langer Dauer. Sehr bezeichnend ist, dass die Katatoniker selbst bei gehobener Stimmung schweigsam sind und sich nicht nur nicht auf ein Gespräch einlassen, sondern nicht einmal auf Fragen antworten. Dabei sind sie mutwillig, machen Kinderstreiche, singen, schreien, doch beobachtet man bei ihnen nicht, wie bei der Manie, einen gesteigerten Bewegungsdrang. Die gehobene Stimmung pflegt mitunter nur so wenig ausgesprochen zu sein, dass wir auf ihre Anwesenheit nur aus dem dummfröhlichen Gesichtsausdruck der Kranken schliessen können. Die gehobene Stimmung ist immer mit einem Daniederliegen der Verstandesthätigkeit verknüpft, aus welchem Grunde die Kranken zu dieser Zeit heiter-stumpf erscheinen; während die gehobene Stimmung des Maniacus mit einer Anregung der geistigen Thätigkeit verbunden ist, ist bei dem Katatoniker die gehobene Stimmung mit einem Stillstande des geistigen Lebens verknüpft.

Eine so eigenartige Kombination von gehobener Stimmung und Daniederliegen der Verstandesthätigkeit ist meiner Ansicht nach überaus charakteristisch für die Katatonie. Die vorherrschende Stimmung des Katatonikers besteht sonach in erheblicher pathologischer Apathie. Am richtigsten glaube ich wäre es, diese ihre Stimmung eine träge, welke zu nennen. Ihre sämtlichen Empfindungen sind sehr abgeschwächt, sie empfinden ebenso wenig Freude wie Kummer, Lust- und Unlustgefühle sind in gleicher Weise abgestumpft.

Die Störungen der Verstandesthätigkeit bei der Katatonie entsprechen, meinen Beobachtungen zufolge, den Angaben vieler Autoren über diese Krankheit nur wenig. Ich betone besonders nachdrücklich, dass bei den Katatonikern weder Wahnideen noch Hallucinationen vorkommen, selbst Illusionen gelangen nur äusserst selten zur Beobachtung. Alle unsere Katatoniker waren freilich Personen von geringer Bildung und wenig entwickelter Geistesthätigkeit, und kann man daher meine Behauptungen nur mit einer gewissen Vorsicht auf solche Katatoniker übertragen, die eine höhere Bildung genossen haben. Ich will daher zugeben, dass bei manchen Katatonikern Hallucinationen und Wahnideen vorkommen können, doch spielen letztere kaum eine so bedeutende Rolle, wie viele Autoren glauben. Uebrigens komme ich auf diese Frage noch zurück.

Die Katatoniker sprechen im allgemeinen wenig und ungern, doch berichten sie zu Zeiten der Besserung nicht nur über die Gegenwart, sondern auch von Vergangem. Kein einziger Patient jedoch sprach je-

mals über Hallucinationen oder Wahnideen. Derartige Erscheinungen sind dem Bewusstsein aber so fremdartig und pflegen einen jeden Kranken, besonders natürlich wenn er ungebildet ist, in solches Staunen zu versetzen, dass auch die allerverschlossensten Kranken ihre Hallucinationen und Wahnideen schliesslich mittheilen. Ungebildete Patienten, die ja nicht wissen, dass dies pathologische Erscheinungen sind, hätten keinen Grund, hartnäckig diese ihre Hallucinationen und Wahnideen zu verheimlichen. Natürlich waren alle unsere Bemühungen darauf gerichtet, in Erfahrung zu bringen, durch welche Motive das sonderbare Benehmen der Kranken hervorgerufen war, doch erklärte keiner der Kranken seine befremdlichen Handlungen mit Hilfe von Wahnideen und Hallucinationen.

Meiner Ansicht nach sind bei der Katatonie Wahnideen zum mindesten selten; dafür spricht schon die Ausdruckslosigkeit des Gesichtes, welches sich mit Wahnvorstellungen nicht verträgt. Obwohl das Benehmen der Katatoniker gewiss die Vermutung nahe legt, dass Hallucinationen vorliegen, so stösst doch die Beobachtung ihres Mienenspiels auch diese Annahme entschieden um. Je mehr Aufmerksamkeit man den Ausdrucksbewegungen der Katatoniker zuwenden wird, desto mehr wird man an dem Vorkommen von Hallucinationen bei Katatonikern zweifeln.

Jedenfalls kann man also behaupten, dass bei der Katatonie Hallucinationen und Wahnideen keine wesentliche Rolle in der Entwicklung und dem Verlaufe der Krankheit spielen, da sich fraglos alle Erscheinungen der Katatonie ohne die genannten Symptome entwickeln können. Letztere können höchstens episodisch auftreten.

Die Störungen der Verstandsthätigkeit bei der Katatonie bestehen hauptsächlich in einer mehr oder weniger ausgesprochenen Verlangsamung aller Verstandesprozesse, die zu Zeiten offenbar bis zur völligen Aufhebung derselben sich steigert. Selbst während klarer Zeiten fasst der Katatoniker langsam auf und kombiniert unzureichend; er schlummert gleichsam. Seine Umgebung interessiert ihn nur wenig, er verhält sich ihr gegenüber apathisch, ohne viele Schlüsse aus seinen Wahrnehmungen zu ziehen. Einzelheiten entgehen ihm, er beobachtet nicht aktiv, sondern begnügt sich mit dem, was ihm in die Augen fällt. Die aktive Apperzeption ist abgeschwächt, daran kann man wohl kaum zweifeln. Der Beobachter ist erstaunt, so zu sagen, über die „Kürze“ ihrer Gedanken. Sie antworten immer sehr kurz und bringen nur selten mehrere Sätze der Reihe nach hervor. Natürlich denken sie ebenso „kurz“, wie sie sprechen. Aus ihren Antworten ist ersichtlich, dass nichts ihr Interesse erregt, nichts sie wundert, dass für sie alles klar und einfach ist. Sie sprechen über alles ruhig und äusserst vernünftig, als handelte es sich nicht um ihre eigene, sondern um eine fremde Person.

Mit einer Verschlimmerung des ganzen Zustandes nehmen auch die Störungen der Verstandesthätigkeit zu und führen schliesslich zu völligem Stillstande des geistigen Lebens. Man muss jedoch immer im Auge behalten, dass pathologische Veränderungen des geistigen Lebens keineswegs immer dem Allgemeinzustande parallel gehen; man kann sich bisweilen darüber wundern, wie Kranke in verhältnismässig schwerem Zustande richtig urteilen und gut auffassen. Ein Kranker begeht die allerunsinnigsten Handlungen und antwortet nichtsdestoweniger auf viele Fragen vollkommen vernünftig.

Soviel man, den Erzählungen der Kranken zufolge, annehmen kann, besteht die Hauptveränderung ihrer geistigen Thätigkeit in dem Mangel eines willkürlichen Denkens; ihr Denken, ebenso wie ihre Auffassung, ist vollkommen passiv, und aus diesem Grunde denken die Kranken zu Zeiten der Apathie lange Zeit hindurch gar nichts, obschon sie alles empfinden.

Bei hochgradiger Entwicklung der Krankheit erlischt das geistige Leben für länger dauernde Perioden. Bisweilen kehrt das geistige Leben plötzlich wieder: eines Morgens steht der Kranke wie nach einem langen Schlafe auf, und das geistige Leben des Kranken erscheint wieder fast normal. Verhältnismässig sehr selten verfallen die Kranken mit einem Male in den Zustand äusserster Apathie, obwohl bei der Katatonie ohne Zweifel gelegentlich auch dies vorkommt.

Sehr schwer ist es, den psychischen Zustand der Katatoniker zu Zeiten der motorischen Agitation zu verstehen. Der umherspringende, tanzende, gezwungene Stellungen annehmende Katatoniker unterscheidet sich durchaus von dem Maniacus oder dem agitierten Epileptiker. Obwohl der Katatoniker die allerwiderrinnigsten Bewegungen ausführt, ist er doch bis zu einem gewissen Grade orientiert; er fasst seine Umgebung richtig auf und beurteilt sie richtig. So hat mich z. B. ein Katatoniker bei seinen Bewegungen niemals gestossen, wogegen sie sich den Wärtern gegenüber weniger beherrschen. Offenbar unterschieden sie also die in ihrem Bereich befindlichen Personen sehr wohl. Einige Kranke erinnerten sich ihres psychischen Zustandes zur Zeit der Zwangsstellungen und Zwangsbewegungen, doch hat mir kein einziger Kranker gesagt, dass seine Assoziationsfähigkeit während derselben erhöht gewesen wäre. Meines Erachtens ist es äusserst charakteristisch für die Katatonie, dass diese Kranken sehr lange und lebhaft sich ihres krankhaften Zustandes bewusst sind. Wenn der Kranke nur in der Lage ist, auf Fragen zu antworten, so erklärt er entweder von selbst, er sei krank, oder stimmt doch dem Arzte darin bei, dass er wirklich krank sei. Viele Kranken erklären selbst: „mein Kopf ist nicht in Ordnung“, „ich bin krank“, „mit mir ist etwas nicht recht“, „ich habe mich verändert“, „mit mir geht etwas vor sich“ u. s. w. Sogar in dem allerschlimmsten Zustande erklären die Kranken, sobald sie überhaupt mit dem Arzte sprechen, sie seien krank, ein Umstand, der mich anfangs sehr verwunderte. Wir sind es nicht gewohnt, amenten Kranken zu sehen, die Einsicht für ihren krankhaften Zustand haben. Bisweilen behaupten die Kranken zwar, nur wenige Minuten nach einer derartigen Erklärung, sie seien gesund, aber doch wohl fast immer nur deswegen, weil sie entlassen zu werden wünschen. Dieses Krankheitsbewusstsein verlässt die Katatoniker lange Zeit hindurch nicht; erst wenn Schwachsinn eintritt, können diese Kranken ihren Zustand nicht mehr richtig beurteilen.

Auf's höchste wunderte mich auch der Zustand des Gedächtnisses der Katatoniker: soviel man urteilen kann, ist das Gedächtnis dieser Kranken bis in die letzte Krankheitsperiode erhalten. Die Kranken behalten, soviel sie natürlich auffassen, mit einer für ihren Zustand bewundernswerten Genauigkeit. Sobald es nur gelingt, von einem Katatoniker Antworten zu bekommen, so bekunden die Kranken ihr gutes Gedächtnis und geben Antworten, die durch ihre Korrektheit in Staunen versetzen. Sogar Kranke in tiefer Apathie entsinnen sich des von ihnen Wahrgenommenen, wie man dies aus einigen Antworten ersehen kann. Ich muss es entschieden in Abrede stellen, dass sich bei der Katatonie ein typischer Schwachsinn im gewöhnlichen Sinne entwickle. Der Katatoniker vermag immer, wenn sich seine Seelenthätigkeit nicht im Zustande der Hemmung befindet, wahrzunehmen, sich zu entsinnen und das Wahrgenommene zu kombinieren, doch nimmt er wegen der häufigen Hemmungen und Apathie nur sehr wenig wahr, seine Kombinationen des Wahrgenommenen sind daher sehr beschränkt, aber doch richtig. Der Katatoniker lässt sich mit einem Menschen vergleichen, der bald schläft, bald schlummert: bald nimmt er absolut nichts wahr und denkt nicht, bald ist er für einen Augenblick halb erwacht und sieht etwas. Wie ein Mensch, der sich im Schlummer befindet, nimmt der Katatoniker abgerissen wahr, er ist daher nicht imstande, alles von ihm Aufgefasste zu kombinieren und dem Gedächtnis einzuverleiben, einiges jedoch, bruchstückweise, wird dennoch vom Gedächtnis festgehalten, aus welchem Grunde wir neben einem mehr oder weniger vollständigen psychischen Stillstand ein völlig verständiges Verhalten gegenüber Umgebung beobachten.

Bekanntlich sind die an sekundärem Schwachsinn (*Dementia secundaria*) Leidenden die allerfriedlichsten Bewohner der Irrenanstalten, es fällt sehr leicht, sie zu disziplinieren, und sie machen dem Pflegepersonal nur wenig zu schaffen. Ganz anders ist es mit den Katatonikern, welche für immer die im Sinne der Pflege am schwierigsten zu behandelnden Kranken bleiben. Nur zu Zeiten der Besserung ist ihre Pflege leicht. Sonst sind sie der Einwirkung der sie pflegenden Personen nicht zugänglich. Es ist

nicht möglich, sie zu disziplinieren, weil es in der zeitgenössischen Psychiatrie keine Massregeln giebt, mit Hilfe deren es möglich wäre, die Kranken zur Unterordnung zu zwingen. Man kann wohl kaum daran zweifeln, dass eine der Ursachen dieser Unmöglichkeit, die Kranken zu disziplinieren, der eigenartige Zustand ihres geistigen Lebens ist.

Sehr schwer ist es, das Benehmen der Katatoniker zu beschreiben, da dieses ausserordentlich eigenartig und zugleich sehr verschiedenartig ist; bei der Katatonie beobachten wir gleichzeitig neben den verständigsten ganz widersinnige Handlungen, wie sie sogar in Irrenanstalten selten beobachtet zu werden pflegen. Gewisse Handlungen und Bewegungen der Kranken sind so charakteristisch und auffällig, dass sie Gegenstand besonderer Untersuchung geworden sind und besondere Benennungen erhalten haben. Der pathologische Prozess der Katatonie ist am schärfsten in ihrem Bewegungen und Handeln ausgeprägt.

Zunächst beobachtet man alle Uebergangsstufen von einer leicht eingeschränkten Beweglichkeit bis zu völliger Unbeweglichkeit. Selbst der Katatoniker in gutem Zustande bewegt sich wenig; wenn wir auf den Gang, die Gebärden, das Mienenspiel eines Katatonikers zur Zeit einer Remission achten, so sehen wir, dass sein Mienenspiel wenig beweglich und ausdrucksvoll, dass sein Gang langsam und unbeholfen, dass seine Bewegungen langsam und ungeschickt sind. Weder in der Mimik, noch im Gange, noch in den Bewegungen liegt diejenige Lebendigkeit, Energie, Elastizität und Geschmeidigkeit, wie sie dem jugendlichen Alter der Katatoniker entspräche. Der Katatoniker hat das Aussehen eines Menschen, der schlecht ausgeschlafen hat, oder eines solchen, der übermüdet ist, oder eines Menschen, der eine schwere körperliche Krankheit durchgemacht hat, oder endlich seinen Bewegungen nach erinnert der Katatoniker an einen Greis.

Natürlich können wir die Ursache der verminderten Beweglichkeit nicht stets bestimmen oder erkennen: da ihr geistiges Leben träge, die Empfindungen abgestumpft sind, ist ihre geringe Beweglichkeit nicht nur primären, sondern auch sekundären Ursprungs. Jedoch kommen im Verlaufe dieser Krankheit Zeiten vor, wo die Bewegungen der Kranken trotz gehobener Stimmung sehr eingeschränkt sind: hier kann natürlich von einem sekundären Ursprung der motorischen Hemmung nicht die Rede sein. Wenn man auch zugeben kann, dass die verminderte Beweglichkeit auch von dem allgemeinen psychischen Stillstande abhängt, so muss ich doch bestreiten, dass dieser die einzige Ursache ist, dass also die Beweglichkeit lediglich infolge des Stillstandes des geistigen Lebens herabgesetzt wäre.

Im Verlaufe der Katatonie kommen Zustände vor, die uns zu der Ueberzeugung führen, dass das Erlahmen des Willens die primäre, hauptsächlichste Krankheitserscheinung ist, dass die Läsion des Willens nicht in direktem Verhältnis steht zu den Veränderungen im Verstandesleben und in der Gefühlssphäre. Die Erschlaffung des Willens erreicht bei der Katatonie einen so hohen Grad, dass der Kranke aus eigener Initiative keinerlei Bewegungen ausführt; er liegt völlig unbeweglich, lässt Kot und Harn unter sich, man muss ihn füttern; doch empfindet er, apperzipiert passiv, verleiht das Wahrgenommene seinem Gedächtnis ein und giebt richtige Antworten. Trägt man dem Kranken auf, diese oder jene Bewegung auszuführen, so thut er es, obwohl langsam und unbeholfen; er widersetzt sich auch nicht, wenn man ihn füttert, geht in den Abtritt, wenn man dies von ihm verlangt und verrichtet dort auf Geheiss des Wärters seine Notdurft; heisst man ihn stehen, so steht er u. s. w.; bleibt er jedoch sich selbst überlassen, so bleibt er völlig unbeweglich stehen.

Sehr bezeichnend für die Katatonie ist, dass die Bewegungsstarre sich nicht allmählich entwickelt, wie wir dies bei andern Geisteskrankheiten beobachten, sondern oft plötzlich im Verlaufe einiger Stunden oder Tage eintritt; ebenso erfolgt der Wechsel der verschiedenen Grade von Unbeweglichkeit plötzlich, ohne jede greifbare Gesetzmässigkeit. Ebenso plötzlich verschwindet auch die absolute Bewegungslosigkeit, um entweder einer geringen Beweglichkeit oder schliesslich einer verstärkten Beweglichkeit Platz zu machen.

Es ist nicht leicht, die Frage zu entscheiden, welche Periode im Verlaufe der Katatonie länger dauert, die Periode der verminderten oder die der erhöhten Beweglichkeit. Die Bewegungslosigkeit eines Kranken kann das Resultat sein sowohl eines völligen Mangels von Bewegungen als auch von vermehrten Bewegungen; da sich nun bisweilen diese Zustände sehr häufig ablösen, häufiger, als der Kranke untersucht wird, so ist es unmöglich, mit Genauigkeit auf die uns gestellte Frage zu antworten. Endlich ist sogar eine aufmerksame Untersuchung nicht immer imstande zu entscheiden, in welchem Zustande sich der Kranke befindet. Ein Katatoniker liegt z. B. völlig unbeweglich da, sein Gesichtsausdruck ist apathisch, die Gesichtsmuskeln sind schlaff, beim Palpieren der Extremitätenmuskeln erweisen sich auch diese entspannt; wenn wir jedoch die Lage des Kranken zu ändern bestrebt sind, so leistet letzterer einen intensiven passiven Widerstand. Noch schwerer ist es, auf die gestellte Frage zu antworten, wenn der Kranke nur gewissen Bewegungen sich widersetzt; so kann man z. B. den Arm ohne jeden Widerstand von Seiten des Kranken flektieren, zum Extendieren jedoch sind nicht unerhebliche Anstrengungen erforderlich. Sogar durch Palpation können wir uns davon überzeugen, dass z. B. die Flexoren der oberen Extremitäten sich im Zustande der Anspannung befinden, während die Extensoren entspannt sind. Wenn auch selten, so gelingt es doch bisweilen eine Anspannung der Muskulatur der oberen Extremitäten bei völliger Entspannung der Muskeln der untern Extremitäten zu beobachten. Soweit jedoch meine Beobachtungen reichen, dauert die Periode der verminderten Beweglichkeit längere Zeit an, als die der vermehrten Beweglichkeit.

Die Unbeweglichkeit des Kranken bei beständiger Anspannung der Muskulatur kann einige Tage oder auch Wochen dauern. Bei einigen Kranken erreicht sie den höchsten Grad; die Kranken spannen derart die Muskeln des Thorax an, dass es unmöglich ist, sie zu untersuchen; ein Kranker spannte derart den Sphincter ani an, dass er mehrere Tage keine Ausleerung hatte, darauf wurde plötzlich eine grosse Menge äusserst übelriechenden flüssigen Kots in das Bett entleert; Klystiere hatten dem Kranken nur teilweise Erleichterung gebracht, obschon wir bemüht waren, möglichst grosse Mengen von Flüssigkeit mit Hilfe derselben einzuführen. Viel häufiger noch beobachtet man bei den Katatonikern Retentio urinae. Die Anspannung der Muskulatur erreicht mitunter einen so hohen Grad, dass es positiv unmöglich ist, die Stellung irgend einer Extremität auch nur im geringsten zu verändern: der hierbei geleistete Widerstand erweist sich so stark, dass man befürchten muss, dem Kranken Schaden zuzufügen bei Versuchen, seinen Arm zu extendieren oder zu flektieren.

Bei der Katatonie beobachten wir auch alle Grade vermehrter Beweglichkeit; ein besonderes Interesse beanspruchen die Zustände äusserst vermehrter Beweglichkeit, da sie sich sowohl quantitativ als auch qualitativ von ähnlichen Zuständen bei anderen Geisteskrankheiten unterscheiden. Der Katatoniker vermag Bewegungen auszuführen, die sowohl ihrer Schwierigkeit als auch ihrer langen Dauer nach anderen Geisteskranken unmöglich sind, wenigstens, soweit ich auf Grund meiner Beobachtungen urteilen kann. Manche Katatoniker wanden sich mit einer mir ganz unbegreiflichen Gewandtheit und Kraft um die Fensterrahmen, kletterten auf Oefen, sprangen über Tische, zerbrachen Thüren und Möbel u. s. w. Hätte ich solche Bewegungen nicht selbst mit eigenen Augen gesehen, müsste ich diese Aeusserungen von Kraft und Gewandtheit einfach für unmöglich halten.

Wenn wir uns in die gewandtesten und energischsten Bewegungen der Katatoniker hineinversetzen, fällt es uns nicht schwer, den Katatoniker vom Maniakus zu unterscheiden. Der Katatoniker hat nicht die Leichtigkeit, die Grazie, wie wir sie bei dem Maniakus beobachten, dem Katatoniker fehlt die Lebhaftigkeit und die Begeisterung des Maniakus. Durchaus verschieden ist auch der Gesichtsausdruck des einen und des andern: der Katatoniker hat selbst im Zustande der höchsten motorischen Agitation einen stumpfen Gesichtsausdruck, sein Mienenspiel ist unbeweglich, sein

Blick leer. Um den bekannten Ausdruck von Malebranche zu gebrauchen, müssen wir vom Maniakus sagen: „il agit“, vom Katatoniker hingegen: „il est agi“.

Zu den Zuständen erhöhter Beweglichkeit muss man auch die Zwangstellungen rechnen, welche für die Katatonie so bezeichnend sind. Die Stellungen an sich repräsentieren bereits qualitative Aenderungen innerhalb der motorischen Sphäre, doch äussert sich zugleich in diesen Posen auch ein gesteigerter Bewegungsdrang der Kranken. Unzweifelhaft muss der Kranke, um in katatonischen Stellungen zu verbleiben, eine Energie aufwenden, wie sie dem gesunden Menschen ganz unmöglich ist. So wird ein langsam und unbeholfen sich dahinbewegender, gleichsam schlummernder Pat. vom Wärter an die Säge oder an die Wringmaschine in der Waschküche gebracht: der Kranke beginnt Holz zu sägen oder das Rad der Wringmaschine zu drehen; er thut diese Arbeit zwar langsam und unbeholfen, jedoch mit einer Kraft und Uermüdlichkeit, wie sie einem gesunden Menschen unzugänglich sind. Einem sitzenden oder unbeweglich dastehendem Kranken wird aufgetragen, zu gehen, zu springen u. s. w., langsam und plump führt er die ihm aufgetragenen Bewegungen aus, bis man ihn anhält; ich glaube, es giebt Katatoniker, die, wenn man sie nicht anhielte, fortfahren würden, die ihnen aufgetragenen Bewegungen bis zum Eintritt einer Ohnmacht auszuführen. Keinerlei Hinweise und Belehrungen jedoch vermögen den Katatoniker in diesem Zustande dahin zu bringen, die Bewegungen ebenso leicht auszuführen, wie dies einem Gesunden möglich ist. Ueberall ist ersichtlich, dass es ihnen nicht nur schwer fällt zu beginnen, sondern auch sogar mit den Bewegungen aufzuhören. Dagegen fällt es ihnen offenbar nicht schwer, die Bewegungen selbst auszuführen, sie verwenden dabei im Gegentheil mehr Kraft, als zur Erreichung des gegebenen Zwecks nötig wäre.

Ich glaube, dass das Hauptmerkmal, die Haupteigenschaft aller katatonischen Bewegungen, ihre Erzwungenheit ist. Der Kranke muss, er fühlt sich gezwungen, bestimmte Bewegungen und Handlungen auszuführen; „il est agi“, ist der allerrichtigste und prägnanteste Ausdruck für die Handlungen der Katatoniker. Hierdurch erklärt sich, glaube ich, die Plötzlichkeit, die Unmotiviertheit der Handlungen eines Katatonikers.

Ein Kranker sitzt ruhig, fast bewegungslos, auf dem Divan; plötzlich springt er auf, wirft den Tisch um, bricht an demselben einen Fuss ab, setzt sich auf seinen Platz und lässt sich darauf gutwillig in eine andere Abteilung fortführen, ohne über Motive Auskunft zu geben. Ein anderer Pat. stürzt sich plötzlich auf seinen Nachbar oder den Wärter und zerreisst ihm den Rock, darauf ist er ebenso ruhig und unbeweglich, wie vor dieser That; als man ihn befragt, warum er dies gethan habe, sagt er, er hätte nicht anders handeln können, er hätte so handeln müssen. Das ganze vorhergehende und nachfolgende Benehmen des Kranken steht in keinerlei Zusammenhang oder Beziehung zu der Handlung. Wir müssen es nach meinem Dafürhalten in der That den Kranken glauben, wenn sie versichern, sie hätten nicht anders handeln können, sie hätten die betreffende Handlung begehen müssen, sie hätten dieselbe unfreiwillig begangen.

Die Haupteigenschaft der Handlungen der Kranken, ihre Impulsivität, ihre Zwangsmässigkeit, d. h. die Motivlosigkeit, ihr Widerspruch zu der ganzen Persönlichkeit des Kranken, äussert sich auch in ihrer Ungereimtheit und Zwecklosigkeit. Selbst in der Remission begehen Kranke trotz richtigen Urteils und erhaltenen Krankheitsbewusstseins ganz unsinnige Streiche.

Es verdient auch beachtet zu werden, dass Katatoniker niemals komplizierte, Ueberlegung erfordernde Handlungen, z. B. Fluchtversuche, begehen; noch bezeichnender für die Katatonie ist, dass diese Kranken, wie erwähnt, keine Selbstmordversuche machen (abgesehen vom Prodromalstadium).

Die Impulsivität erklärt uns also die ganze Inkonsequenz ihres Benehmens, die plötzlichen Aenderungen in ihrem Benehmen, den Mangel jeglichen Zusammenhanges zwischen ihren Handlungen und Zuständen.

Viel schwerer ist es, das Auftreten lokalisierter Muskelspannungen zu erklären; wir können nicht einmal annähernd bestimmen, weshalb gerade diese und nicht andere motorische Centren der Hirnrinde in einen Zustand von Erregung geraten. Es kann auch nicht die Rede sein von einer organischen Veränderung der psychomotorischen Centren; denn bei der Katatonie lösen die Erscheinungen einander ab ohne jede Regelmässigkeit und ohne Spuren zu hinterlassen. „Dynamische“ Veränderungen annehmen, hiesse unsere Unkenntnis durch eine unverständliche, auch gar nichts erklärende Hypothese maskieren; weit besser ist, einfach zu sagen, wir kennen die Entstehung dieser Erscheinung nicht. Es bleibt jedoch noch eine recht plausible Annahme, welche die in Rede stehende Erscheinung auf eine verständliche, wenn auch bisher nicht völlig erforschte Ursache zurückführt und uns einen ganz neuen Gesichtskreis eröffnet. Es scheint mir nämlich zum mindesten wahrscheinlich, dass die Erregung oder Reizung der motorischen Centren durch eine Autointoxikation bedingt ist; wir wissen zwar nicht, welches Produkt des speziell durch Inaktivität der sexuellen Funktion veränderten Stoffwechsels die motorischen Centren zu erregen vermag, ohne Zweifel wäre jedoch ein Gift imstande, diejenigen qualitativen Veränderungen der Motilität hervorzurufen, wie wir sie bei der Katatonie beobachten. Eine derartige Annahme wird mehr als andere durch den Charakter und die Verteilung der katatonischen Motilitätsstörungen gestützt. Am häufigsten kommen bei den Katatonikern Spannung der Muskeln vor, die im alltäglichen Leben zumeist geübt werden — die Kranken stehen, sitzen oder liegen bewegungslos; es erscheint nur ganz natürlich, dass die am meisten funktionierenden, entwickeltsten, sozusagen stärksten motorischen Centren auch mehr als die übrigen auf die toxische Einwirkung reagieren.

Allerdings fällt es schwer zu erklären, weshalb der Kranke gerade die gegebene Stellung annimmt, weshalb der motorische Impuls eine so eigentümliche Richtung genommen hat; jedoch, wie wenig wissen wir von der Wirkung der Gifte auf die motorischen Centren! Unter dem Einfluss der Chloralose kommen zuweilen analoge absonderliche Bewegungen vor. So wird uns auch die Uermüdbarkeit der Kranken und ihr Widerstand gegenüber passiven Bewegungen erklärlich.

Die uns am wenigsten verständliche Erscheinung bei der Katatonie ist die Katalepsie. Alle zur Erklärung der Katalepsie vorgebrachten Hypothesen erklären gar nichts und sind so willkürlich, dass sie keine Beachtung verdienen. Ich will dem Beispiele der Autoren, welche über Katalepsie geschrieben haben, nicht folgen und nicht auch meine Hypothese zur Erklärung dieser völlig unverständlichen Erscheinung vorbringen. Ich will nur daran erinnern, dass Arndt¹⁾ Störungen innerhalb der sexuellen Sphäre grosse Bedeutung für das Entstehen der Katalepsie beimass. Von sechs Kranken Arndt's waren drei hartnäckige Onanisten: bei allen Kranken fand sich grosse Reizbarkeit der Hoden, im Zustande der Katalepsie vermehrte sich diese Reizbarkeit der Hoden deutlich.

Die Katalepsie stellt übrigens kein für Katatonie charakteristisches Symptom dar und gelangt im Verlaufe der Krankheit relativ selten zur Beobachtung; bei manchen Kranken tritt im Verlaufe der ganzen Krankheit Katalepsie überhaupt nicht auf. Charakteristisch für die Katatonie ist nur die Plötzlichkeit des Eintretens und Verschwindens der Katalepsie; sie kann wenige Minuten und auch tagelang bestehen. Am häufigsten kommt Katalepsie bei herabgesetzter Motilität, leicht gehobener Stimmung und tiefer geistiger Hemmung vor.

Die Veränderungen des Sprechens haben bei der Katatonie eine so grosse Bedeutung und sind so charakteristisch, dass eine gesonderte Beschreibung am Platze ist. Am charakteristischsten ist die Wortkargheit dieser Kranken; im Verlaufe der ganzen Krankheit bringt der Katatoniker zwar viel Worte hervor, vielleicht sogar mehr als in der gleichen Zeit ein

¹⁾ „Ueber Katalepsie und Psychosen.“ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 30.

Gesunder, aber er redet immer in den aller kürzesten Sätzen, er braucht weder Neben- noch Zwischensätze. Selten lässt er sich auf eine Unterhaltung ein; daher nimmt sich auch ein Gespräch mit einem solchen Kranken wie ein Verhör mit recht inhaltslosen Antworten aus. Selbst in relativ gutem Zustande spricht der Katatoniker langsam, träge, ausdruckslos, offenbar ohne Interesse. Selbst in gutem Zustande kann man einen Kranken nicht dazu zwingen, rasch zu sprechen. Wenn ein Kranker auch stundenlang schwatzt, so ist es doch unmöglich, sich mit ihm zu unterhalten: er antwortet entweder überhaupt nichts oder antwortet im besten Falle einsilbig und inhaltslos.

Die Wortkargheit der Kranken lässt sich vollkommen damit erklären, dass sie nichts zu sprechen haben; wer nur kurze abgerissene Gedanken hat, der kann auch nur in kurzen abgerissenen Sätzen sprechen. Aeusserste Armut und Zusammenhangslosigkeit der Gedanken zeigt sich bei den Katatonikern besonders deutlich in den Zuständen erhöhter, vermehrter Gesprächigkeit. Der Kranke bringt viele Worte im Laufe des ganzen Tages hervor, ein Sinn jedoch liegt in diesen Worten nicht; er spricht oder singt Gebete, Lieder, die ohne Bedeutung für sein augenblickliches Seelenleben sind, oder Sätze, wie: „ich bin der erste in der dritten Klasse“, oder Worte, die keinen Zusammenhang unter einander haben, oder schliesslich auch nur Silben.

Die Wortkargheit der Katatoniker geht allmählich oder plötzlich in Mutacismus über; andererseits gehen nach mehr oder weniger anhaltendem Schweigen die Kranken entweder allmählich oder plötzlich zu Gesprächigkeit über. Da der Mutacismus ein sehr auffallendes Krankheits-symptom ist — „L'homme n'est l'homme qu'en tant qu'il parle“ sagt Paul Janet¹⁾ ganz richtig —, so haben ihm die Psychiater, welche über Katatonie schrieben, eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Jedoch verdient er schwerlich ein so grosses Interesse; Mutacismus wird im Verlaufe vieler Geisteskrankheiten beobachtet und kommt als Aeusserung sehr verschiedener pathologischer Prozesse vor, er ist nicht für Katatonie charakteristisch. Der Mutacismus ist bei der Katatonie nur eine höhere Stufe der in der That für diese Krankheit charakteristischen Wortkargheit.

Sehr lehrreich in dieser Beziehung ist die Krankengeschichte von W. B. — an manchen Tagen konnte er nicht sprechen, wohl aber schreiben; seine geistige Thätigkeit war nicht soweit unterdrückt, dass er alle Erlebnisse aus der Zeit seines Mutacismus vergessen hätte. Er erklärte sogar schriftlich seinen Zustand, antwortete schriftlich auf die ihm vorgelegten Fragen. Die einzige Erklärung für seine Schweigsamkeit war: „er konnte nicht“ sprechen. Bisweilen bewegte er die Lippen und sprach etwas, jedoch so leise, dass es unmöglich war, auch nur ein Wort zu verstehen. Als sich der Zustand des Kranken zu bessern begann, wurde das Flüstern deutlicher, es war möglich, einige Worte zu verstehen, und endlich ging das Flüstern über in ein langsames leises Sprechen. Ich glaube, dieser Fall erklärt uns vollkommen die Pathogenese des Mutacismus und der Wortkargheit der Patienten: B. konnte schreiben und schrieb auch, konnte aber nicht sprechen; als die Hemmung des „ursächlichen Bewusstseins“ geringer wurde, konnte er flüstern und begann schliesslich zu sprechen. Leider war dieser Kranke nicht intelligent und gebildet und konnte seinen Seelenzustand daher nicht gut analysieren, doch dafür ist das, was er uns mitteilte, um so charakteristischer und unmittelbarer: „er konnte nicht“ sprechen.

Die erhöhte inhaltlose Gesprächigkeit des Katatonikers ist der Verbigeration so ähnlich, dass wir Verbigeration kaum von dem stereotypen katonischen Sprechen scheiden können. Reine Verbigeration beobachtet man nicht häufig; in der Regel wiederholen die Kranken einförmig monoton wenige Worte oder inhaltslose Sätze, sprechen darauf ebenso andere Worte aus, wiederholen endlich von neuem ein und dieselben Worte und Sätze. Ein solches inhaltloses Sprechen kommt häufiger vor als reine Verbigeration.

1) Principes de Metaphysique, T. II, pag. 126.

tion. Zudem habe ich bemerkt, dass reine Verbigeration häufiger vorkommt bei extremer Hemmung des psychischen Lebens; wenn die Hemmung nachlässt, zeigt sich bei dem Kranken eine grössere Mannigfaltigkeit in den Worten. Dabei will ich hervorheben, dass Verbigeration durch drei Merkmale charakterisiert ist: Unsinnigkeit, Monotonie, Einförmigkeit der Rede. Die beiden ersten Merkmale werden bei der Katatonie sehr oft beobachtet, am häufigsten das erstgenannte: fast alles, was der Katatoniker aus eigenem Antriebe, *proprio motu*, sagt, ist leeres Geschwätz. Wie ich bereits erwähnte, sprechen die Kranken häufig mit einförmigen Erhebungen und Senkungen der Stimme, als ob sie erzählten oder deklamierten. Das dritte Merkmal gesellt sich nur zu Zeiten zu den beiden ersten. Folglich erscheint als das allercharakteristischeste, beständigste Symptom der Rede-weise der Katatoniker die Sinnlosigkeit der Rede und als das bedeutungsloseste das dritte Anzeichen — wer viel und sinnlos spricht, der muss sich notwendigerweise wiederholen.

Die Hypothese Kahlbaum's können wir nicht prüfen, wir können auf grund unseres Wissens seine Erklärung der Verbigeration weder bestreiten noch bestätigen. Jedenfalls ist die Verbigeration bei der Katatonie durch eine Veränderung des motorischen Sprachcentrums bedingt. Wir können uns die Entstehung dieser Erscheinung auf folgende Weise vorstellen: Das motorische Sprachcentrum befindet sich im Zustande der Erregung, es besteht ein Impuls zum Aussprechen von Worten gleichzeitig mit einer Hemmung der geistigen Thätigkeit, mit einer „Parese“ der Centren für diese Funktionen; daher kann es nicht verwundern, dass der Kranke Gebete, Lieder etc., eingelernte Sätze und Worte hersagt, d. h., was ihm infolge Gewohnheit, d. h. Uebung, am leichtesten zu sprechen fällt, dabei wiederholt er sich natürlich und spricht mitunter ein Wort oder einen Satz, eine Strophe eine endlose Reihe von Malen aus. Wir verstehen überhaupt nicht die Pathogenese der Krämpfe, verstehen nicht, warum sich „maximale“ Erregung der motorischen Centren in Krämpfen äussert, weswegen die allerintensivsten Bewegungen in „Krämpfen“ bestehen. Wir wissen nur soviel, dass Erregung der Rindencentren sich in Krämpfen äussert, und daher erscheint es durchaus nicht unwahrscheinlich, dass Reizung des motorischen Sprachcentrums sich sozusagen in einer krampfhaften Form der Sprache äussern sollte, die Sprache eines Katatonikers hat häufiger der Form, bisweilen jedoch auch dem Inhalte nach die Form eines klonischen Krampfes. Der Kranke erhebt und senkt so regelmässig periodisch die Stimme, spricht, singt oder deklamiert mit ein und demselben, so regelmässig periodischen Veränderungen der Intonation, dass uns seine Sprache krampfhaft erscheint.

Wenn die Verbigeration an sich auch nicht ein für Katatonie charakteristisches Symptom darstellt, da sie auch bei anderen Krankheiten beobachtet wird, so sind doch alle bei der Katatonie beobachteten Sprachstörungen recht verschieden von den bei anderen Krankheiten beobachteten Sprachstörungen.

Wie eine jede körperliche Krankheit mit Veränderungen der geistigen Thätigkeit verbunden ist, so ist auch eine jede Geisteskrankheit verknüpft mit Veränderungen der übrigen Körperorgane. Die Katatonie, als eine weitgehende Alterationen des psychischen Lebens hervorrufende Krankheit, ist auch mit schweren Alterationen des gesamten Organismus verbunden. Obgleich die Beobachtung uns auch unmittelbar von einer deutlichen Veränderung des gesamten Organismus des Katatonikers überzeugt, so sind wir doch infolge der Unmöglichkeit der Untersuchung und in Anbetracht des Zustandes der Kranken sowie der Unzulänglichkeit der Methoden nicht in der Lage, diese Veränderungen näher zu analysieren. Ich bin zu dem Resultat gekommen, dass

bei der Katatonie der gesamte Stoffwechsel des Kranken schwer geschädigt ist; für mich ist die Katatonie eine Ernährungs-, eine Stoffwechselstörung. Assimilation und Dissimilation gehen bei der Katatonie anders vor sich als beim Gesunden; zur Begründung einer derartigen, nur auf unmittelbarer Beobachtung beruhenden Annahme haben wir bisher nur wenige objektive Daten. Die Gewichtskurven der Kranken zeigen, dass grosse Gewichtsschwankungen bei der Katatonie vorkommen, die Veränderungen des psychischen Zustandes fallen mit den Gewichtsschwankungen zusammen.

Die schweren Veränderungen des gesamten Stoffwechsels bei der Katatonie äussern sich auch in gewaltigen Schwankungen des Appetits. Die Kranken nehmen lange Zeit hindurch keine Nahrung zu sich, zeigen weder Hunger noch Durst. Es deutet dies auf uns unbekannte Stoffwechselveränderungen, infolge deren der Organismus weder Speise noch Trank bedarf. Ich sagte bereits, dass der Katatoniker zu Zeiten bei dem Fehlen der Nahrung nicht das geringste Unbehagen verrät und ebensowenig Behagen nach dem Füttern. Wir können natürlich nicht auf dem Wege des Experimentes untersuchen, wie lange ein Katatoniker ohne Nahrung bleiben kann; soviel man jedoch nach den Erzählungen der Verwandten über den Zustand ihrer Kranken zu der Zeit, als diese zu Hause waren, annehmen kann, ist eine Nahrungsverweigerung von 5—10 Tagen eine ganz gewöhnliche Erscheinung.

Uns ganz ebenso unverständliche Stoffwechseländerungen bedingen die Unersättlichkeit der Katatoniker. Manche Katatoniker essen sehr viel und mit grosser Gier, trinken gleichfalls sehr viel, ebenso mit grosser Gier. Eine solche Bulimie habe ich bei anderen Kranken niemals gesehen. Auch dies spricht für tiefe Schwankungen im Stoffwechsel des Katatonikers. Interessant ist, dass diese Unersättlichkeit durchaus nicht zusammenfällt mit einer Besserung des ganzen Zustandes und ebenso wenig auch mit äusserster Erschöpfung.

Tiefe Veränderungen der Assimilationsprozesse äussern sich bei den Katatonikern in vermehrter Speichelsekretion. Dieses Symptom beobachtet man nicht bei allen Kranken und nur zu Zeiten, doch wenn auch nur bei manchen Kranken bisweilen eine Veränderung in dem Prozesse der Speichelsekretion vorkommt, so können wir nicht nur, sondern müssen auch analoge Veränderungen anderer, mit der Assimilation der Nahrung zusammenhängender Prozesse annehmen, z. B. der Absonderung von Magensaft u. s. w. Jedenfalls ist es ausgeschlossen, dass eine so mächtige Speichelsekretion, wie sie bei den Katatonikern vorkommt, willkürlich hervorgerufen sein könne.

Ich glaube nicht, dass es bei unserer augenblicklichen Kenntnis des Stoffwechsels und, was die Hauptsache ist, bei den augenblicklichen Methoden der Untersuchung der Stoffwechselprozesse möglich wäre, diese Prozesse bei den Katatonikern

näher zu studieren; doch bin ich überzeugt, dass in dieser Beziehung angestellte Untersuchungen äusserst wichtige Resultate ergeben würden. Vorläufig müssen wir uns allein mit Annahmen und Voraussetzungen begnügen, von deren Wahrheit sich nur derjenige überzeugen kann, der die Katatoniker fortgesetzt selbst beobachtet.

Der Verlauf der Katatonie stellt, soweit ich auf Grund eigener Beobachtungen urteilen kann, nicht einen so abgeschlossenen Wechsel von Perioden dar, wie dies von Kahlbaum beschrieben worden ist. In der That kommen im Verlaufe der Katatonie Zustände vor, die Aehnlichkeit haben mit Melancholie, Manie, Stupor, und Verwirrtheit, doch ist die Aehnlichkeit dieser Zustände mit Melancholie und Manie nur eine sehr entfernte, mit Stupor jedoch und Verwirrtheit eine nähere. Die Hauptsache ist aber, dass diese Zustände einander so unregelmässig ablösen, dass ihre Dauer so unbestimmt ist, dass man von keiner bestimmten Reihenfolge oder Dauer in dem Wechsel der Zustände sprechen kann. Die Katatonie wird geradezu charakterisiert durch Unregelmässigkeit des Verlaufs, durch den Mangel einer gesetzmässigen Reihenfolge in dem Wechsel der Zustände, welche sich wesentlich von Melancholie und Manie unterscheiden und nicht unwesentlich von Verwirrtheit und Stupor. Bei dieser Krankheit können wir nicht von einem „cyklischen“ Verlaufe sprechen, weil es keine Reihenfolge, keine Periodizität in dem Wechsel der Zustände giebt; ein Zustand kann sehr lange dauern und hernach im Verlaufe der Krankheit mehrfach wiederkehren, ohne dass man deshalb von Cyklizität sprechen dürfte. Man kann nur im Allgemeinen den Verlauf der Katatonie in drei Perioden einteilen: Die Prodromalperiode oder die Periode der Krankheitsentwicklung, die Periode des akuten Krankheitsverlaufes, und die Ausgangsperiode oder Periode des Schwachsinn. Eine detaillirtere Untereinteilung lässt sich nicht geben. Ich erwähnte bereits, aus welchem Grunde ich das Prodromalstadium ausscheide; seine Dauer wird uns immer unbekannt bleiben, da weitaus die grösste Zahl der Kranken sich zu dieser Zeit nicht unter psychiatrischer Beobachtung befinden wird. Die Dauer der zweiten Periode ist uns nur mit Hinsicht auf die schwereren Kranken bekannt, welche infolge äusserster Schwierigkeit ihrer Pflege lange Zeit hindurch in psychiatrischen Anstalten verbleiben. Bezüglich dieser Frage kann ich mich nur dem von andern Beobachtern Gesagten anschliessen. In schweren, voll entwickelten Fällen von Katatonie, die mit Schwachsinn enden, dauert die akute Periode zwei bis drei Jahre. Der Uebergang in schliesslichen Schwachsinn erfolgt allmählich und ist es daher unmöglich, wie übrigens auch bei den meisten Psychosen, eine ganz bestimmte Grenze festzusetzen. Die Schlussperiode der Katatonie ist zumeist charakterisiert durch Unveränderlichkeit des Zustandes des Kranken; im Verlaufe ganzer Jahre ändert sich der Zustand des Kranken lediglich in Abhängigkeit von

seiner Umgebung und Pflege und auch dann nur sehr unbedeutend, da, wie ich bereits bemerkte, es unmöglich ist, auf psychischem Wege auf den Kranken einzuwirken.

Der Zustand des Kranken in der Schlussperiode der Katatonie bietet viel Eigenartiges. Für einen schwachsinnigen Katatoniker charakteristisch sind eigenartige, stereotype Gesten und Stellungen; diese Erscheinungen sind bereits sehr ausführlich beschrieben worden, und liegt daher keine Notwendigkeit vor, noch einmal davon zu reden. Natürlich sieht man bei Schwachsinn im Gefolge anderer Geisteskrankheiten auch eigenartige stereotype Gesten und Stellungen, doch wird man bei einer sorgfältigen und langdauernden Beobachtung in vielen, wenigstens typischen Fällen den Katatoniker unterscheiden können.

Seine Gesten, Handlungen und Stellungen sind unveränderlich, wiederholen sich mit einer Regelmässigkeit, wie sie willkürlicher Thätigkeit nicht eigen ist. Auf keine Weise wollte es mir gelingen, das Gebahren eines schwachsinnigen Katatonikers in etwas zu ändern, ihm seine stereotypen Bewegungen abzugewöhnen. Er gleicht einer Maschine, deren Mechanismus zu beeinflussen wir nicht in der Lage sind; Konsequenz, soweit man bei Schwachsinn von Konsequenz sprechen kann, Uermüdlichkeit und Unveränderlichkeit unterscheiden diese Kranken von andern Schwachsinnigen.

Da in der hiesigen Klinik immer nur die allerschwersten Geisteskranken längere Zeit hindurch zu bleiben pflegen, hatte ich nicht Gelegenheit, die leichten Fälle von Katatonie genügend lange zu beobachten. Wenn die Personen, welche den Kranken eingeliefert hatten, sahen, dass dieser für die Umgebung nicht mehr gefährlich war, so nahmen sie den Kranken aus der Klinik, und wurde die Beobachtung damit unterbrochen. Aus diesem Grunde konnte ich mir nicht ein sicheres Urteil über die leichteren Fälle von Katatonie bilden, doch ist mir aus Erfahrung bekannt, dass die aus der Klinik entlassenen Kranken, wenn sie zu Hause sich gefährlich erweisen, wenn ihr Zustand wieder schwerer wird, von neuem in die Klinik kommen. Daraus kann man schliessen, dass wenigstens ein Teil der Kranken, die an Katatonie leichter Form gelitten haben, geheilt wird, doch gebe ich gern zu, dass dieser Schluss nicht ganz überzeugend ist.

Wir haben vorläufig nicht und werden lange nicht genügend Material haben, um die Häufigkeit von Genesungen bei der Katatonie sicher beurteilen zu können. Vorläufig können wir nur behaupten, dass selbst schwere, vollkommen ausgebildete Krankheitsfälle mit Genesung endigen können; nach dem Wesen der Krankheit muss die Katatonie sehr verschiedene Grade haben, und Fälle mittlerer und natürlich um so mehr leichter Intensität können mit Genesung endigen. Leider wissen wir nicht, welche Symptome für die Prognose entscheidend sind; soviel ich auf grund eigener Beobachtungen sagen kann, so ist, je länger ein Kranker in ein und demselben Zustande verbleibt,

die Prognose auch um so schlechter. Kein einziges von den Symptomen der Katatonie giebt an und für sich ein Recht, eine schlechte Prognose zu stellen.

Ich hatte bloß einen Fall von periodischer Katatonie (W. B.) zu beobachten Gelegenheit; am einfachsten ist es, einen derartigen Krankheitsverlauf mit einer Disposition des Gehirns dieses Kranken zu erklären; es hat nichts Unwahrscheinliches an sich, dass die Katatonie bei neuropathisch veranlagten Individuen ebenso wie andere Geisteskrankheiten gelegentlich auch periodisch verläuft.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass bei der Katatonie der Tod ohne alle Komplikationen eintreten kann; solche Fälle sind bereits beschrieben, auch von mir ist ein solcher Fall angeführt worden. Auf welche Weise die Katatonie hier den Exitus letalis bedingt, ist uns nicht bekannt. Die Kranken sterben unter Erschöpfung, jedoch nicht infolge der Erschöpfung; wir wissen, dass die Erschöpfung, in der die Katatoniker zu grunde gehen, an sich nicht todbringend ist. Unser Kranker litt an Durchfällen, die jedoch nicht den Tod zu erklären vermochten. Ich habe es nicht für nötig gehalten, Gehirn und Rückenmark mikroskopisch zu untersuchen, da mir die Unfruchtbarkeit einer derartigen Untersuchung mit unseren gegenwärtigen Untersuchungsmethoden zur Genüge bekannt ist. Soviel mir bekannt, sind bisher in dieser Richtung keine Untersuchungen ausgeführt worden. Soviel ich schliessen kann, kommt Exitus letalis bei Katatonie nur in schweren Fällen vor; von 22 Kranken starben 2 unter gleichen Erscheinungen. Obschon bei der Katatonie also Exitus letalis äusserst selten vorkommt, so belehren uns doch diese, wenn auch seltenen Fälle, dass der der Katatonie zu grunde liegende Prozess zum Tode führen kann, d. h. bei der Katatonie verändert sich nicht nur die psychische Thätigkeit, sondern auch die Organfunktionen. Schwere Veränderungen des gesamten Stoffwechsels, wie sie das Wesen der Katatonie ausmachen, können den Exitus letalis aller Wahrscheinlichkeit nach in den schwersten Fällen bedingen.

Zum Schluss erübrigt, noch einige Worte über die Pathogenese der Katatonie zu sagen, soviel wir hierüber bei den gegenwärtigen Untersuchungsmethoden urteilen können. Die Aetiologie der Katatonie ist durchaus eigenartig, es unterliegt keinem Zweifel, dass die Ursache der Katatonie ganz spezifisch ist, dass Katatonie nur unter ein und denselben Bedingungen, durch eine Ursache entstehen kann. Uns ist es noch nicht völlig klar, auf welchem Wege diejenigen Bedingungen, unter denen sich die Katatonie entwickelt, zu einer Geisteskrankheit führen, doch wenn wir die Forschungen von Brown-Séquard, Pöhl, Tarchanoff und vielen andern Forschern berücksichtigen, können wir die Möglichkeit einer Autointoxikation infolge Ausfalls der sexuellen Funktionen nicht in Abrede stellen. Obgleich wir nicht wissen, auf welchem Wege gerade Ausfall der sexuellen

Funktionen auf das Nervensystem und überhaupt auf den ganzen Organismus wirkt, welche Veränderungen speziell des Stoffwechsels die bez. Toxine hervorrufen, so müssen wir doch zugeben, dass der Ausfall der sexuellen Funktionen unmöglich ohne Einfluss auf den Stoffwechsel bleiben kann.

Da die Autoren, welche über Katatonie geschrieben haben, der von mir gezeigten Ursache der Katatonie keine Aufmerksamkeit geschenkt haben, hatten wir bisher nur ganz unklare und widersprechende Anschauungen bezüglich der Aetiologie der Katatonie. Ich glaube, uns wird das Bild dieser Krankheit verständlich erscheinen, wenn wir, die Aetiologie der Katatonie als bekannt voraussetzend, die die Krankheit zusammensetzenden Symptome als Aeusserungen dieser Autointoxikation auffassen. Die Katatonie unterscheidet sich von den sich psychologisch entwickelnden Geisteskrankheiten, bei welchen die ganze Persönlichkeit erkrankt. Die Katatonie verhält sich analog wie die progressive Paralyse, die organischen Hirnerkrankungen, welche mit psychischen Störungen verbunden sind. Da aber kein einziger Hinweis darauf vorliegt, dass bei der Katatonie eine organische Hirnerkrankung besteht, so bleibt nur eine Annahme übrig — die Katatonie ist eine Autointoxikation. Für die Richtigkeit einer solchen Annahme spricht auch die Thatsache, dass die Kranken ihren abnormen Zustand anfangs selbst erkennen, über unangenehme, befremdliche Empfindungen im Kopfe, Kopfschmerzen, Kopfdruck etc. klagen.

Ich wies bereits als auf eine die Katatonie charakterisierende Eigentümlichkeit auf das Plötzliche des Auftretens und Verschwindens der einzelnen Symptome hin — wodurch, wenn nicht durch eine Intoxikation, wäre es möglich, diese Thatsachen zu erklären? Die Symptome der nicht-toxischen Geisteskrankheiten, entwickeln sich und verschwinden, wie überhaupt alle psychischen Erscheinungen, nach psychologischen Gesetzen; die Geistesstörung eines Typhösen hingegen erscheint und verschwindet plötzlich, ebenso wie die Bewegungsstarre, die Katalapsie u. s. w. bei der Katatonie. Wer gründlich Psychologie studiert hat, dem ist es ganz verständlich, dass alle psychischen Erscheinungen unveränderlichen Gesetzen unterworfen sind, und dass daher die einzelnen Symptome einer jeden nicht-toxischen Geisteskrankheit untereinander in Zusammenhang stehen, so dass der Kranke in jedem einzelnen Moment seiner Krankheit und im Verlaufe der ganzen Krankheit eine psychologisch zusammenhängende Persönlichkeit darstellt. Im Verlaufe seiner ganzen Krankheit bietet der Katatoniker hingegen Erscheinungen dar, welche — sowohl die gleichzeitigen wie die successiven — ausser allem Zusammenhang untereinander stehen; niemals lässt sich voraussehen, was der Katatoniker im nächsten Augenblick thun wird, in welchem Zustande er morgen sein wird. Manche Katatoniker könnte man daher fälschlich für Simulanten halten, da die Symptome ihrer Krankheit untereinander nicht zusammen-

hängen und deshalb kein einheitliches Krankheitsbild zusammensetzen. Auch die Bewegungsstörungen, wie sie bei der Katatonie vorkommen, finden so ihre Erklärung: man kann sie ihrer Intensität nach mit dem Tetanus einer Strychninvergiftung vergleichen; nur wirkt bei der Katatonie das Gift natürlich auf andere Centren, als das Strychnin. Sehr wahrscheinlich ist also, dass ein uns unbekanntes Gift die motorische Zone der Hirnrinde bald erregt bald hemmt, so dass die Katatoniker bald eine dem Gesunden unmögliche Zahl von Bewegungen ausführen, bald völlig unbeweglich sind. Die katatonischen Symptome sind also nur vom Standpunkt meiner Hypothese einer Autointoxikation erklärbar.
