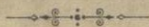


Est. A-10723

Die Frage der „Katatonie“ oder des Irreseins mit Spannung.



Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades

eines

Doctors der Medicin

verfasst und mit Bewilligung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen Universität

zu Dorpat

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

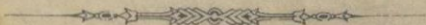
von

Albert Behr.



Ordentliche Opponenten:

Dr. E. Michelson. — Prof. Dr. W. von Tschisch. — Prof. Dr. H. Unverricht.



Riga.

Druck von W. F. Häcker.

1891.

Die Frage der „Katalonie“
oder des Urzeins mit Spannung

39546275

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.

Referent: Professor Dr. W. von Tschisch.

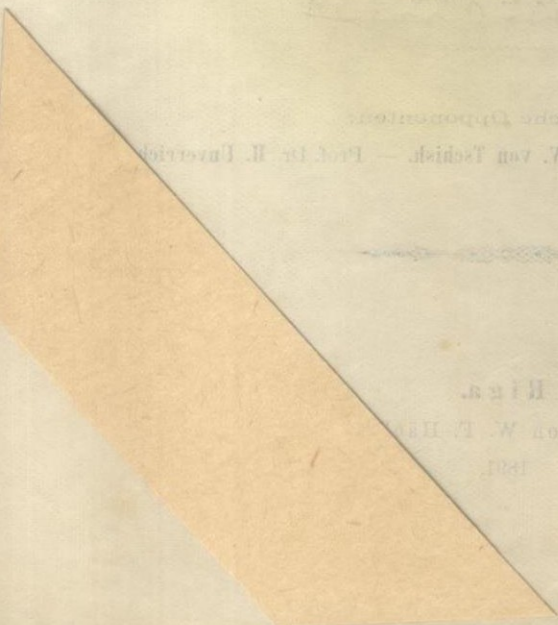
Dorpat, den 20. September 1891.

Decan: Dragendorff.

Nr. 506.

Est A

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
15793



Die Einteilung und die Gruppierung der verschiedenartigen und mannigfaltigen Seelenstörungen bildet eine der wichtigsten Aufgaben der Psychiatrie und hat seit jeher zu unzähligen Classificationenversuchen geführt. Alle Classificationenversuche versahen in dem Bestreben, wohlcharakterisierte Krankheitsgruppen

Vorliegende Arbeit entstand auf Anrathen des Herrn Prof. Dr. E. Kraepelin, zur Zeit in Heidelberg, und danke ich ihm für das freundliche Entgegenkommen, welches er mir allezeit bewies.

... auf psychologischen und physiologischen oder anatomischen oder pathologischen Grund
... ein rationelles System aufzubauen, andere suchen neue Krankheitsbilder nach dem Muster der progressiven Paralyse abzugrenzen und die „psychischen“ „emotionalen“ Erscheinungen einer Seelenstörung „gleichmäßig“ zu berücksichtigen. Kahlbaum und seine Nachfolger zielten auf diesem „klinischen“ Wege zu einer neuen Krankheitslehre der „Katamnie“ (Nicht-Abgrenzung von dem Symptomencomplex der „emotionalen“ Affekte und des „pathischen“ etc. und beabsichtigte sich zu bewegen, diesen Krankheitszustand keine künstliche Selbstständigkeit zu lassen, er wäre vielmehr ein Stadium eines einheitlichen Krankheitsprozesses von typischem Verlauf und charakteristischen emotionalen und psychischen Symptomen. — Als Symptome dieser Krankheit bezeichnet er Spannungszustände im Bereiche der willkürlichen Muskulatur von Charakter des Krampfes, eine eigentümliche Art der Exaltation, eine pathologische Extase, einen Teufel auszusprechen in der Form der Rede. Den Verlauf der Krankheit schildert er als cyclisch, in Begleit- als Melancholie, dann als

Die Eintheilung und die Gruppierung der verschiedenartigen und mannigfaltigen Seelenstörungen bildet eine der wichtigsten Aufgaben der Psychiatrie und hat seit jeher zu unzähligen Classificationsversuchen geführt¹⁾. Alle Classificationsversuche wurzeln in dem Bestreben, wohlcharakterisirte Krankheitsgruppen zu schaffen und damit eine Diagnose und Prognose zu ermöglichen. Leider sind die Bestrebungen, eine allgemein anerkannte und giltige Classification der Psychosen zu begründen, bisher erfolglos geblieben, da ein gemeinsames Eintheilungsprincip mangelt und jeder selbständige Autor nach eigenen Grundsätzen verfährt. Die einen versuchen auf psychologischen, auf physiologischen oder anatomischen oder aetiologischen Grundlagen ein rationelles System aufzubauen, andere suchen neue Krankheitsbilder nach dem Muster der progressiven Paralyse abzugrenzen und die „psychischen“ und die „somatischen“ Erscheinungen einer Seelenstörung „gleichmässig“ zu berücksichtigen. Kahlbaum und seine Nachfolger gelangten auf diesem „klinischen Wege“ zu einem neuen Krankheitsbilde, der „Katatonie“. Kahlbaum ging von dem Symptomencomplex der „*melancholia attonita*“ und des „*stupor*“ aus und bemühte sich zu beweisen, diesen Erkrankungen komme keinerlei Selbständigkeit zu, sondern es wären Theilerscheinungen eines einheitlichen Krankheitsprocesses von typischem Verlauf und charakteristischen somatischen und psychischen Symptomen. Als Symptome dieser Krankheit beschrieb er Spannungszustände im Bereiche der willkürlichen Muskulatur vom Charakter des Krampfes, eine eigenthümliche Art der Exaltation, eine pathetische Extase, einen Trieb zum Sprechen in der Form der Rede. Den Verlauf der Krankheit schilderte er als cyclisch, im Beginne als Melancholie, dann als

¹⁾ Vergl. Kahlbaum: Gruppierung der psychischen Krankheiten.

Manie, als Verwirrtheit, als stupescenz und schliesslich als Blödsinn. Die Spannungszustände, die das in die Augen springendste Symptom der Krankheit darbieten, führten ihn zur Namensgebung „Katatonie“, d. h. Irresein mit Spannung. Brosius, Jensen, und viele Andere bauten dies Krankheitsbild weiter aus und brachten casuistisches Material. Die Principien, welche Kahlbaum zur Aufstellung der Gruppe der Katatonie geführt hatten, betonte in neuerer Zeit besonders Neisser und hob dieselben als fruchtbar für die Gruppierung der Seelenstörungen hervor. Auch diese Bestrebungen, eine neue Methode psychiatrisch-klinischer Forschung zu begründen, hatten nicht den gewünschten Erfolg. Die Mehrzahl der Autoren belobte die Meisterschaft und die Feinheit der klinischen Schilderung einzelner Symptome, wie des „stupor“, der „Verbigeration“ etc., erklärte sich aber mit der Aufstellung der „Katatonie“ als eigener Krankheitsform nicht einverstanden. Nur amerikanische Forscher anerkannten rückhaltslos dieses Krankheitsbild und nahmen die Katatonie als Krankheitseinheit in ihre Irrenstatistik auf. (v. Ersch und Gruber — Jensen „Katatonie“). Westphal beobachtete katatonische Erscheinungen bei der Verrücktheit und erklärte in seiner bekannten Hamburger Rede die Katatoniker Kahlbaums als „Verrückte“ mit „verschiedener Art der Entwicklung und des Ablaufes der psychischen Erscheinung der Verrücktheit“. Meynert sah in der Katatonie eine „Verlaufs- und Ausgangsweise der hallucinatorischen Verwirrtheit“. Tigges zeigte an der Hand seiner Statistik das Auftreten katatoner Symptome bei der Epilepsie, bei der Manie und der Paralyse. Knecht beschrieb später die katatonen Erscheinungen in der Paralyse gesondert. Wille traf diesen Symptomencomplex im Verlaufe cyclischer Psychosen und bei Geistesstörungen auf hysterischer und epileptischer Basis. Kraft-Ebing rechnet in seinem Lehrbuche einen Theil der Katatonen in die Gruppe des „circulären Irreseins“. Séglas und Chaslin sehen in der Katatonie degenerative oder hysterische Symptome und zählen alle Seelenstörungen mit katatonen Erscheinungen in die Klasse der hysterischen resp. der degenerativen Psychosen. Schüle handelt

von der Katatonie gesondert als einer Unterform seines „acuten hallucinatorischen Wahnsinns“. Kraepelin unterschied sowohl einen katatonischen Wahnsinn, als eine katatonische Verrücktheit. Dornblüth reiht die Katatoniker in die Melancholie mit *stupor*, in die periodischen Psychosen und in die „*Amentia*“ Meynert's. Arndt hob mit Entschiedenheit die verschiedenen Ursachen, die zur Katatonie führen, hervor und sprach aus aetiologischen Gründen gegen das neue Krankheitsbild. J. A. Koch hält einen vermittelnden Standpunkt. Einmal ist er der Ueberzeugung, dass „katatonische Erscheinungen“ bei den verschiedensten Psychosen episodisch auftreten, zweitens glaubt er für eine Reihe von Fällen der Katatonie den Charakter eines Krankheitsbildes *sui generis* zusprechen zu müssen.

Aus dieser Darlegung geht hervor, dass sich in Bezug auf die Auffassung der Katatonie zwei Ansichten gegenüber stehen. Die eine spricht von der Katatonie als einer Krankheitseinheit, die andere sieht in derselben Theilerscheinungen und Complicationen der verschiedenartigsten Seelenstörungen. In der That lehrt eine aufmerksame Sichtung und Durchmusterung des casuistischen Materials, dass der Name der Katatonie ein Sammelplatz der verschiedenartigsten und differentesten Krankheitsbilder ist. Ohne Rücksicht auf ihre innere Einheit und Zusammengehörigkeit sind die nach Aetiologie, nach Beginn, nach Ausgang und Ablauf verschiedenen Formen der Seelenstörungen, die während ihres Verlaufes das Bild der Starre, der Redesucht, der Spannung, der pathetischen Exaltation darbieten, zusammengefasst und gemeinschaftlich abgehandelt. Wie die älteren Autoren jede Störung, die in ihrem Verlaufe das Bild einer Depression oder des *stupor* aufwies, als *Melancholia* bezeichneten, so wurde nunmehr jede unter dem Bilde der Spannung einhergehende Psychose als Katatonie angesprochen und damit in beiden Fällen nur das Formale der Störung betont. Den besten Beweis, dass mit der Schilderung der Katatonie nur die formale Seite der Störung, nicht das Wesen derselben getroffen, liefert die proteusartige Auffassung und Classification dieses Krankheitsbildes bei den verschiedenen Autoren.

Mehr oder weniger leiden alle Gruppen der Seelenstörungen an dem Fehler, die formale Seite der Krankheiten zu schildern, und mit Recht nennt Neisser unsere Nomenclatur missverständlich, vag und dehnbar. Es erscheint daher wohl geboten, bei der Beschreibung von Seelenstörungen jede Nomenclatur und jedes System ausser Acht zu lassen und rein descriptiv, naiv-empirisch vorzugehen. Nur die vorurtheilslose Beobachtung und die nüchterne Aufzählung von Thatsachen kann zu einem System, zu einer scharfen Diagnostik, zu einer „Klinik der Geistesstörungen“ führen. „Der Weg zu diesem Ziele muss ohne Zweifel zunächst zu einer möglichst weitgehenden Differenzirung der Einzelbeobachtungen, zu einer monographischen Behandlung aller jener kleinen Varianten und Zwischenformen führen, welche heute dem Praktiker bekannt in den übergrossen und bedeutungsleeren verschwommenen Kategorien der landläufigen Nomenclatur unterschiedslos zusammengefasst werden.“ (Kraepelin.)

Wie die klinische Beobachtung lehrt, kann die Mehrzahl der bekannten Seelenstörungen in ihrem Verlaufe das Bild einer Exaltation oder das Bild einer Depression darbieten, ohne dass sich die Umstände angeben lassen, welche in dem einen Falle die eine, in dem anderen die andere Verlaufsart bedingen. In gleicher Weise scheint auch ein bestimmter Symptomencomplex „der Hemmung“ sich der Mehrzahl der Seelenstörungen hinzugesellen zu können und es ist die Aufgabe dieser Arbeit, an der Hand von Krankengeschichten zu zeigen, dass die Erscheinungen der Hemmung „der Katatonie“ im Verlaufe der nach Entstehung, Ablauf und Ausgang verschiedenartigsten Seelenstörungen beobachtet werden.

Der Symptomencomplex der „Katatonie“, man könnte ihn als „Kahlbaumschen Complex“ bezeichnen, ist ein einheitlicher und in sich geschlossener. Er ist der Ausdruck des inneren Zwanges, der inneren Hemmung auf den verschiedensten Gebieten des Körpers und der Seele. Die Katatonie verläuft nicht in Phasen oder in einem bestimmten Cyclus, sondern alle scheinbar verschiedenartigen Symptome und Stadien sind nur der wechselnde Ausdruck des inneren Zwanges resp. der inneren Hemmung.

Zwangsgedanken oder Zwangsvorstellungen beherrschen diese Zustandsform und machen sich ihrerseits in Zwangsstellungen, Zwangshandlungen und Zwangsbewegungen Luft. Die Entstehung dieser Erscheinungen lässt sich wahrscheinlich mit Cramer auf Hallucinationen und Illusionen der verschiedenen centripetalen Bahnen, insbesondere der Muskelsinnbahn zurückführen, wobei mehr oder weniger die Voraussetzung einer Bewusstseinsstörung gemacht wird. Der Kranke ist nicht im Stande, die sich ihm imperativ aufdrängenden Vorstellungen abzuweisen und er wird das willenlose Spiel innerer hallucinatorischer und illusionärer Vorgänge. Die hypnotischen Zustände sind das physiologische Analogon dieser Erscheinungen. Hier wie dort ist es das Zwangsmässige, die psychomotorische Gebundenheit, welche diese Zustände charakterisirt. Hier wird der Zwang durch sinnliche Wahrnehmungen, durch Gehörseindrücke, durch „Suggestionen“ hervorgerufen, dort sind es „Autosuggestionen“, ähnliche Empfindungen, die durch Hallucinationen und Illusionen centripetaler Bahnen entstehen. Hier ist es der Experimentator, der mit mehr oder weniger Geschick sein Object lenkt, dort ist es die Krankheit, die mehr oder weniger das Bewusstsein trübt und den Kranken zu zwangsmässigem Denken und Handeln treibt. Auch bei der Idiotie kommen ähnliche Erscheinungen zur Beobachtung und zeigen, welche Rolle das veränderte Bewusstsein bei der Entstehung von Zwangshandlungen, Zwangsstellungen und Zwangsbewegungen („rhythmische Bewegungen“) spielt. Wie schon erwähnt, war Kahlbaum der Ansicht, die Katatonie sei eine cyclische Geistesstörung, und er suchte auf's Neue die Guislain-Zellersche Lehre von dem cyclischen Verlaufe aller Seelenstörungen zur Geltung zu bringen. Tamburini, Hammond und Andere schlossen sich hierin Kahlbaum an und anerkannten für die Katatonie einen cyclischen Verlauf. Kraft-Ebing huldigt, so weit er die Katatonie in Betracht zieht, derselben Anschauung; Neisser, der sich in der Auffassung der Katatonie auf die theoretischen Auseinandersetzungen von Roller und Rieger über die Thätigkeit der Antagonisten der willkürlichen Muskulatur stützt, neigt schon mehr und mehr einer einheitlichen Auf-

fassung der katatonen Symptome zu, ohne jedoch völlig mit dem Kahlbaumschen Schema zu brechen.

Die sogenannten Phasen der Katatonie zeigen bei einer genaueren Betrachtung, dass die einzelnen, anscheinend einander widersprechenden und unregelmässig wechselnden Symptome aus einer gemeinsamen Wurzel entspringen, und innig zusammengehören. Die manische Phase der Katatonie, „die katatone Manie,“ ist von der Manie im gewöhnlichen Sinne (Tiling, Radecki, Mendel) grundverschieden. Die Manie ist mehr oder weniger der Gegensatz der Katatonie. Bei den Katatonen sehen wir eine völlige Abstumpfung der sinnlichen Wahrnehmung, eine Verlangsamung des Vorstellungsverlaufs, ein theilnahmloses Verhalten gegenüber der Aussenwelt; bei den Maniakalischen sehen wir die „lebhafteste Function der Sinnesthore“ und eine Erleichterung der Apperception. Dort sinkt der Kranke zum Automaten herab, Zwangsstellungen, zwangsmässiges Reden und ein gespreitztes Wesen charakterisiren ihn, hier fehlt jede Hemmung und mit Leichtigkeit werden innere Erregungszustände in Handlungen umgesetzt. Der „Katatoniker“, sagt Brosius, „derangirt und zerstört aber nur in gewissen Grenzen, er ist nicht erfinderisch in Form und Veränderungen wie der Maniacus. Er ist kein Künstler, ihm mangelt decoratives Talent. Es fehlt die Reichhaltigkeit und Abundanz des rasch und sprungweise sich ändernden Vorstellens u. s. w.“ Daher ist es nicht angezeigt und durchaus missverständlich, die Erregungszustände, wie sie bei der Katatonie vorkommen, als Manie (maniakalisch) zu bezeichnen. Den katatonen Erregungszuständen haftet unter allen Umständen das Zwangsmässige an und es fehlt die Leichtigkeit des Handelns. Man streiche daher Ausdrücke wie „katatone Manie“ und benenne die zwangsmässigen Erregungszustände nur so oder bediene sich des Brosius'schen Ausdruckes „katatone Agitation“. Dieses manische Stadium ist ein Zwangssymptom und gehört zu der Katatonie, wie der motorische Drang zur Manie. Die *stupor*-Phase, das Stadium der Attonität, hier und da noch als *Melancholia Att.* (Fritsch) bezeichnet, ist in gleicher Weise nur der Ausdruck der Hemmung, des Zwanges auf motorischem Gebiete, wie die Agitation. Diesen Zustand

schilderte ein Kranker Esquirol's mit den Worten: „meine Intelligenz ist null und nichtig, ich denke nicht, sehe und höre nichts; wenn ich sehe und die Dinge abschätze, dann schweige ich, da ich nicht den Muth habe zu antworten. Dieser Mangel an Activität kommt daher, weil meine Empfindungen zu schwach sind, um auf meinen Willen einen Einfluss auszuüben.“ In Bezug auf das Anfangsstadium der Melancholie und das Endstadium der Demenz ist zu bemerken, dass jede Geistesstörung in ihrem Beginne depressive Züge, jede an ihrem Ende demente Züge aufweisen kann. Die Depression ist gewissermaßen eine objective Reaction des Gehirns auf die beginnende Störung, die Demenz ist der Ausdruck des geistigen Stillstandes, des seelischen Verfalles. Es erscheint durchaus willkürlich, solchen allgemeinen Symptomen den Charakter von Krankheitsstadien zuzusprechen. Alle besprochenen Stadien sind nicht charakteristisch für eine bestimmte Krankheit, sondern nur der wechselnde Ausdruck des inneren Zwanges und der Hemmung „einer Katatonie“. Im Hinblick auf die einheitliche Entstehung und die Zusammengehörigkeit der katatonen Symptome wäre es wünschens- und empfehlenswerth, den Ausdruck „kataton“ überall da zu gebrauchen, wo im Verlaufe von Seelenstörungen der Kahlbaumsche Complex auftritt. Dieser Ausdruck soll nichts präjudiciren, sondern soll die formale Seite der Störung hervorheben, in derselben Weise wie es auch sonst üblich, die Seelenstörungen nach ihren formalen Elementen zu benennen. Es soll noch betont werden, den Ausdruck „kataton“ nur in dem Umfange zu gebrauchen, wie ihn Kahlbaum fixirte, und sollen ja nicht diejenigen Seelenstörungen, die einzelne Zwangssymptome resp. Hemmungssymptome aufweisen, als „katatone“ Störungen bezeichnet werden. Die biegsame Spannung findet sich bei der Paralyse, der Epilepsie, der Manie, der Paranoia, den acuten Erschöpfungszuständen und den organischen Hirnerkrankungen (vide Anhang). Circa 8–10% sämmtlicher der in der Dorpater Irrenanstalt in den Jahren 1888 und 1889 behandelten Kranken zeigten kataleptische Symptome. Für die Dorpater Klinik gilt dasselbe, was Savage in seinem Lehrbuche von der Anstalt Bethlem angiebt, wenn er sagt,

man sieht kataleptische Zustände selten in voller Entwicklung, andererseits ist es doch selten, dass die Anstalt gar keinen Fall von zeitweiser Katalepsie aufweist. Nach Meynert sind Individuen mit hydrocephalischem Schädelbau besonders zu kataleptischen Symptomen disponirt und ich verweise auf eine diesbezügliche Beobachtung im Anhang. („Hydrocephalus mit halbseitiger Katalepsie.“) Die Verbigeration kommt bei Epileptikern, bei den acuten Erschöpfungszuständen, beim Wahnsinn, bei der Paralyse und wohl auch bei der Paranoia vor. Neisser stellt das Vorkommen der Verbigeration bei der Paranoia in Abrede, und trennt zwischen zwangsmässigem Sprechen (Vociferiren) und dem echten Verbigeriren. Nur das Vociferiren soll der Paranoia zukommen. Die Verbigeration sei eine Art Ideenflucht mit Hemmungen, und von dem Vociferiren verschieden. Beide Erscheinungen sind Zwangssymptome. Die eine weist auf einen continuirlichen Redezwang, die andere zeigt einen mehr periodisch auftretenden Zwang zum Sprechen. Da die eine Zwangshandlung, das „Vociferiren“, der Paranoia unzweifelhaft zukommt, so ist a priori nicht einzusehen, warum das „Verbigeriren“, welches auch eine Zwangshandlung vorstellt, derselben nicht zukommen soll. Ob daher eine so feine Distinction glücklich ist, wird die Zeit lehren. Der Mutacismus, der Negativismus, die Stereotypen der Haltung und Bewegung, die gelegentlich beobachteten Krämpfe kommen desgleichen bei den verschiedensten Formen der Seelenstörungen vor und bilden keine für eine bestimmte Krankheit charakteristischen Symptome.

Wenn also schon hier die Auffassung der Katatonie als Krankheitseinheit aufgegeben ist und darunter nur eine bestimmte Symptomengruppe verstanden wird, so muss doch andererseits auf das grosse Verdienst Kahlbaum's aufmerksam gemacht werden, der so verschiedenartige Symptome zuerst klinisch prüfte und den Versuch wagte, dieselben einheitlich zu beurtheilen.

Die nun folgenden Beobachtungen dürften wohl geeignet sein, die oben angeführten Anschauungen zu stützen.

Julius Bojar, 23 Jahre alt, Tischlerbursche aus Lettland, stammt aus einer Familie, die als boshaft und heimtückisch gilt. Sein Vater starb geisteskrank. Eine Schwester ist geisteskrank.

In August des Jahres 1884 wurde der Kranke, der bis dahin still und in sich gekehrt gelebt hatte, sehr „lebhaft“, sprach viel, sang geistliche Lieder, führte den Namen Gottes beständig im Munde und benahm sich auffallend. Er entlief auf's Weideland und spielte dort mit dem Vieh. Als die Hirten ihn hier vertrieben, stürzte er sich in den benachbarten See, um eine „blaue Blume“ zu suchen. Im Hause war er so gewalthätig und so zerstörungssüchtig, dass die Gemeinde ihn am 26. August desselben Jahres in der Psychiatrischen Klinik unterbrachte.

Der Kranke ist mittelgross und hat ein schwach entwickeltes Fettpolster. Sein Kopf zeigt im Verlaufe der Sagittalnaht eine keilförmige Erhöhung. Die Pupillen sind gleich weit und reagiren. Die Patellarreflexe sind schwach. Die Sensibilität ist überall wohl erhalten. Er schwatzt ununterbrochen und hat so viel mitzuthemen, dass er keine Zeit findet, einen Satz zu beenden. Tag und Nacht singt er Kirchenlieder und ist schlaflos. In den ersten Tagen des September beruhigt er sich. Gegen Ende September wird er von Neuem erregt, sein Blick wird „stier“, er wird gewalthätig, er pfeift, er schreit und schmiert. Auf Fragen antwortet er lachenden Mundes die stereotypen Worte: „was, was“, oder „wie es ging, so wird es gehen“. Am 2. November desselben Jahres wird er der Anstalt entnommen, leider ohne dass vermerkt wäre, in welchem Zustande er sich bei seiner Entlassung befand.

Am 21. Juli 1888 wird der Kranke zum zweiten Male der Anstalt übergeben. Als Grund seiner Ablieferung wird Gemeingefährlichkeit angegeben. Er stand im Verdachte der Brandstiftung und hatte gelegentlich geäussert, er werde und er wolle Brandschäden verursachen. Bei dem Verhör, das in dieser Angelegenheit stattfand, ging er auf das die Untersuchung leitende Gemeindeglied mit einem Beile los. In gleicher Weise bedrohte er seinen Schwager und den Gemeindeglied. Während der Zeit, die der Kranke zu Hause zugebracht hatte, war er in beständiger sexueller Erregung gewesen, hatte immerfort geistliche Schriften gelesen, und seinen Gesprächen einen religiösen Anstrich gegeben.

Mit vorgebeugtem Kopfe und stumpfem Gesichtsausdruck steht er meistens da. Wird er angeredet, so verzieht sich sein Gesicht

zu einem freundlichen Grinsen und mühsam erfolgt eine Antwort. Er ist völlig besonnen und orientirt und giebt über sich gute Auskunft. Seit frühester Jugend, seit seinem sechsten Lebensjahre, leide er an Anfällen „von Starre“. Er fühle während der Anfälle sich unfähig, ein Glied zu biegen und zu bewegen, und er fühle eine Behinderung seiner Sprache. Oft könne er nicht sprechen, obgleich die Zunge gut beweglich und die nöthigen Worte ihm sämmtlich bekannt seien. Diese Zufälle treten ohne Vorgefühl plötzlich auf und schwinden oder sie setzen sich in Handlungen um, z. B. Trillern. Er empfinde einen Zwang zu trillern, er müsse immer fort trillern, tirr, lirr, lirr . . . Seit jeher leide er an „fremdartigen Gedanken“. Sie steigen in ihm auf, ohne dass er sich darüber Rechenschaft geben kann, wie sie entstehen. Von der Krankhaftigkeit derselben ist er völlig überzeugt. Die „Gedanken“ sind zum Theil religiös gefärbt und treten in Form von Fragen und Zweifeln an ihn heran, Christus sei der Sohn einer Jüdin, nicht Gottessohn, es gäbe keinen Gott, was würde geschehen, wenn Gott uns die Macht verliehe zu fliegen und dergl., was würde eintreten, wenn wir grosse Herren wären, was wäre wohl der Fall, wenn ein Student in „meinem Hirne“ sässe. Ferner berichtet er über allerlei traumartige Erlebnisse, die sich vor seinen Augen gewissermaassen abspielen, und denen er eine Bedeutung beimisst. Idyllische Landschaften zogen vorüber, er sah Menschen und Thiere, Räuber und Wölfe, Krieg und Kampf, er sah einen grossen Dom, der die christliche Kirche bedeutete, er sah einen Greis mit einer Tiara, er sah ein Buch vor sich und konnte in demselben lesen, wenn es aufgeschlagen, oder wenn es geschlossen dalag, und er las darin geschrieben go, bo, borro . . .

Je angestrongter die Arbeit und je mehr die Aufmerksamkeit abgelenkt wird, um so seltener treten die „fremdartigen Gedanken“ auf. Bisweilen klagt der Kranke über eine innere Unruhe oder er macht sich durch auffallendes „läppisches“ Wesen bemerkbar. Nachdem er mehrere Nächte unruhig geschlafen, mit den Händen geklatscht und vor sich hingemurmelt, steht er am 15. October regungslos stumm und starr in einer Ecke, oder er

klatscht in die Hände und bewegt die rechtwinkelig gebeugten Arme am Rumpf rasch auf und ab. Am Abend desselben Tages und im Verlaufe der nächsten Tage zeigen seine Glieder eine ausgesprochene wächserne Biegsamkeit. Am 31. October giebt er an, ihm sei schrecklich zu Muth, seine Zunge sei fest und er könne nicht arbeiten. Die Monate November und December verlaufen ohne besondere Aenderung des Zustandes, bald arbeitet der Kranke oder er wird kataleptisch oder mutacistisch. Gegen Ende des Jahres (20. December) tritt eine starke Erregung ein, er zerreisst seine Kleider, er schmiert, er masturbirt, er füllt seine Kopfbedeckung mit Wasser und stülpt sie sich über, und ist so ungehalten, als er nach der Ursache dieses sonderbaren Gebahrens gefragt wird, dass er den Arzt thätlich angreift. Während der folgenden Monate wiederholen sich an einzelnen Tagen ähnliche Erregungszustände, an anderen Tagen ist er deutlich kataleptisch oder er verweigert die Nahrung; wieder an anderen Tagen klagt er über „unangenehme Dinge“, die sich vor seinen Augen abspielen (cf. oben Beschreibung). Am 21. März 1889 wird der Kranke plötzlich sehr erregt und gewaltthätig, verletzt sich den Finger und will auf keinen Fall sich verbinden lassen, er müsse Blut haben, es sei hier ein Blutzimmer, er wolle „seinen Arzt“, der Arzt, der ihn behandle, sei nicht „sein“ Arzt. Im Verlaufe weniger Stunden beruhigt er sich und sagt, er wisse Alles, was er gethan, eine „Kraft“ sei über ihn gekommen, Gedanken seien ihm durch den Kopf gezogen und er habe sich nicht halten können. Während des Monats April ist der Kranke häufig unfähig zu arbeiten, weil er sich „läppisch“ benimmt. Am 10. Mai wird er Vormittags völlig stuporös und mutacistisch, Nachmittags erregt, „brutal dreinschlagend und demolirend“. Den Juni über verlangt er fortwährend ein „Weibchen“, verweigert häufig die Nahrung und masturbirt. Nach einigen Monaten, die ähnlich wie die geschilderten verlaufen, wird er der Klinik entnommen.

Ueberblicken wir den Fall: ein hereditär belasteter Mensch leidet seit frühester Jugend an kataleptischen Zufällen. Er hat traumartige visionäre Erlebnisse, ihn quälen Zwangsgedanken,

und er handelt impulsiv. Von Zeit zu Zeit versinkt er in völliges Schweigen, verweigert die Nahrung oder er wird erregt und gewalthätig, oder albern und läppisch. Dabei ist er völlig klar und orientirt, er weiss, dass er kataleptisch ist, er weiss, dass er sich sonderbar benimmt, und ist doch nicht im Stande, seinen Zustand zu ändern. Er steht diesen Vorgängen passiv, gleichsam als Zuschauer gegenüber. Ohne Frage ist dies der Kahlbaumsche Complex mit seinen Zwangsstellungen, Zwangshandlungen, Zwangsbewegungen, mit seinem zwangsmässigen Reden und gespreizten läppischen Wesen. Das Bemerkenswerthe dieses Falles liegt einmal in dem originären Ursprung und zweitens in der völligen Klarheit und Besonnenheit des Kranken während der ganzen Zeit der Beobachtung. Wie kein anderer Fall, ist dieser geeignet, die oben ausgeführte Anschauung von der Einheitlichkeit und Zusammengehörigkeit und von der gemeinsamen zwangsmässigen Entstehung der katatonen Symptome zu stützen. Der Kranke giebt ausdrücklich an, dass „sonderbare Gedanken“ sein Hirn durchziehen, und dass er deutlich den Zwang spüre, Verkehrtes zu thun, wie z. B. zu trillern. Man erkennt, dass es sich nicht um einen cyclischen Ablauf verschiedener Krankheitsphasen handelt, sondern um den Uebergang einer Zwangsstellung in eine Zwangshandlung, um den Uebergang der „Attonität“ in die „Agitation“. Das Zwangsmässige äussert sich auf allen Gebieten des psychischen und somatischen Lebens. Auch die traumartigen hallucinatorischen Zustände werden als „Zwangshallucinationen“, als Pseudohallucinationen im Sinne Kandinsky's aufzufassen sein. Die Definition, die dieser Autor von den Pseudohallucinationen giebt, stimmt auf unseren Fall: „die Pseudohallucinationen unterscheiden sich von den echten Hallucinationen durch den Charakter der Objectivität, sie werden als etwas Anormales, Neues, von den gewöhnlichen sinnlichen Vorstellungen und Phantasiebildern Verschiedenes wahrgenommen.“

Fälle, wie der vorliegende, verlangen eine Sonderstellung und man kann sie als „originäre katatone Zustände“ bezeichnen. Diese Zustände entwickeln sich auf degenerativer Grundlage und gehören in die grössere Gruppe des impulsiven Schwachsinn.

Die Schwäche tritt deutlich zu Tage in der geringen Widerstandsfähigkeit gegenüber plötzlichen Impulsen und in dem völligen Mangel einer Erklärung und Motivirung des krankhaften Handelns. Der Kranke handelt ohne jede Ueberlegung, nur nach augenblicklicher Eingebung, weil er so muss oder weil eine „Kraft“ über ihn kommt. Mit der Verrücktheit „der Paranoia“ hat dieser Fall nichts gemein, denn ihm fehlt das Hauptmerkmal dieser Gruppe, Systematisirung und Fixirung von Wahnideen, und er beweist auf's schlagendste, dass durchaus nicht alle „Katatonen“ als „Verrückte“ aufzufassen, wie Westphal und neuerdings Cramer wollen.

In dieselbe Gruppe gehört ferner der Fall aus hiesiger Klinik, den Dr. Sperlingk unter der Diagnose „*sitophobia vera*“ beschrieben hat. Ein Knabe im Alter von 13 Jahren erkrankt angeblich plötzlich. Er wird still, schweigsam, hernach verwirrt, arbeitsscheu, apathisch und unreinlich. Die Nahrungsaufnahme geht nur mit Mühe vor sich, da der Kranke durch eine von unten nach oben gehende (in der Richtung des *sternum*) Bewegung am Schlucken verhindert wird. In der Klinik werden 3 Jahre später eigenthümliche unzweckmässige störende Mitbewegungen, stuporöses Verhalten, die erwähnte Deglutinationsstörung, aber keinerlei Wahnideen oder Aeusserungen der Angst beobachtet. Die Antworten des Kranken waren immer „klar“. Zeit- und Ortsbewusstsein waren immer vorhanden und ein Krankheitsgefühl wurde ausgesprochen. So weit die Beschreibung, die vor Allem die Deglutinationsbeschwerden berücksichtigte, ein Urtheil zulässt, handelt es sich auch hier um einen katatonen Zustand. Sicher beobachtet sind zwangsmässige Bewegungen und Zwangstellungen. Wahrscheinlich war auch in diesem Falle Katalepsie vorhanden, wenn nur die Untersuchung diesen Punkt berücksichtigt hätte. Das Deglutinationshinderniss ist wohl nur als Theilerscheinung eines allgemeinen Negativismus anzusehen und erklärt sich vielleicht aus hallucinatorischen oder illusionären Empfindungen im Oesophagus (cf. früher). Der Kranke verliess nach neunzehnwöchentlichem Aufenthalt die Klinik, so dass die Beobachtung in vieler Beziehung lückenhaft blieb und eine

Reihe von Symptomen, wie das zwangsmässige Sprechen etc., nicht beobachtet werden konnte. Trotz alledem erscheint der Fall so charakteristisch, dass man ihn ruhig in diese Gruppe der originären katatonen Zustände stellen kann. Gemeinsam sind beiden Fällen die völlige Besonnenheit während der ganzen Krankheitsdauer, der frühzeitige Beginn der Störung vor der Pubertät und die Reihe von Zwangssymptomen.

Man könnte derartige Zustände leicht als „hysterisch“ deuten, da bei der Hysterie analoge Erscheinungen auftreten. Die Hysterie ist aber durch den Wechsel und die Vielseitigkeit der Symptome ausgezeichnet: bald treten Lähmungen, bald Krämpfe, bald katatone Symptome, bald Dämmerzustände etc. auf, während in den beschriebenen Fällen durch Jahre hindurch immer nur derselbe Symptomencomplex vorherrscht.

Sollen solche Fälle schlechtweg als „degeneratives Irresein“ (Séglas und Chaslin) bezeichnet werden, so wird ihre Eigenart verwischt. Die verschiedenen Formen der Degeneration sind unter sich völlig verschieden und entsprechen verschiedenen, heute noch unbekanntem Ursachen und Veränderungen des Gehirnes. Daher ist es eine billige Forderung, die degenerativen Zustände mit solchen Namen zu belegen, durch die sowohl die formale Seite der Störung als auch der ursächliche Zusammenhang derselben angedeutet werden. In diesem Sinne sind obige Fälle als „originäre katatone Zustände“ auf degenerativ-schwachsinniger Grundlage zusammengefasst und beschrieben worden.

Albert H., 48 Jahre alt, verheirathet, Provisor aus Kurland. Er entstammt einer Familie, in deren directer Folge weder Nerven-, noch Geisteskrankheiten vorgekommen sein sollen. In der Seitenlinie der Mutter war eine Tante epileptisch. Er war gut veranlagt und von heiterem fröhlichem Gemüthe. Er absolvirte 1862 das Examen eines mag. pharm. und lebte hierauf an verschiedenen Orten des Russischen Reiches, zuletzt im Kaukasus. Dasselbst erkrankte er an der Intermittens und erlitt durch einen Sturz aus dem Wagen eine Kopfverletzung. Im Jahre 1876 wurde er erregt, schlug um sich und wollte entfliehen. Als er davon hörte, dass sein Bruder ihn besuchen wollte, scheuerte und säuberte

er eigenhändig die Dielen aller Zimmer, um ihn „würdevoll“ zu empfangen. Nach acht Tagen beruhigte er sich und nahm seine gewohnte Beschäftigung wieder auf. Alljährlich wiederholten sich ähnliche Zufälle und zeigten denselben Verlauf. Im Mai 1881 wurde der Kranke in die Anstalt Rothenberg (bei Riga) gebracht und verblieb hier 2½ Monate. Dasselbst heisst es nach einem Berichte des Dr. Merklin vom 15. August 1881: „Der Kranke wurde unter dem Einfluss sich erneuernder Sinnestäuschungen unruhig, schlief die Nächte wenig, duldete keine Kleidung, lachte viel, konnte in der Beschäftigung mit Zimmergymnastik keine Grenze finden und zeigte bei mangelndem Krankheitsgefühl eine excessiv heitere Stimmung. Ueber den Inhalt der Sinnestäuschungen machte er wenig Angaben, behauptete aber, unter „elektrischen Einflüssen“ zu stehen und dadurch aufgeregt zu werden. Da seine Unruhe sich steigerte, wurde er in die Isolirabtheilung übergeführt. Hier trat am 25. Juli Beruhigung und Klarheit ein und es folgte eine ruhigere Zeit, in der sich äusserlich keine wesentlichen Störungen zeigten. Auffallend blieb nur, dass der Kranke vollständige Befriedigung an der täglich ohne jede Abwechselung vorgenommenen Gymnastik fand, stets dieselben Uebungen wiederholte, die Anleitung dazu aus dem Deutschen in's Russische übersetzte und sonst keine Beschäftigung vornahm. Auch blieb es auffallend, dass er keinen Wunsch aussprach, die Isolirabtheilung zu verlassen, und überhaupt wieder aus der Anstalt auszutreten, sich vielmehr mit seinem Aufenthalt und Zustand ganz zufrieden erklärte und in diesen Fragen mehr Indifferenz, als Interesse an den Tag legte. Am 10. August tritt unter begleitenden Kopfcongestionen eine neue Erregung auf. Der Kranke entkleidete sich und begann viel von Gott, Himmel und religiösen Gegenständen zu sprechen, sang und predigte und schlief wenig. Auch verweigerte er jede Nahrung unter dem Vorgeben, sich auf den Genuss des heiligen Abendmahls vorbereiten zu müssen. Erst nach viertägigem Fasten nahm er wieder Speise zu sich.“ Nach einer scheinbaren Beruhigung wurde er in seine neue Heimath Libau (in Kurland) entlassen. Kaum war er zu Hause angelangt, so wurde er von Neuem erregt und ver-

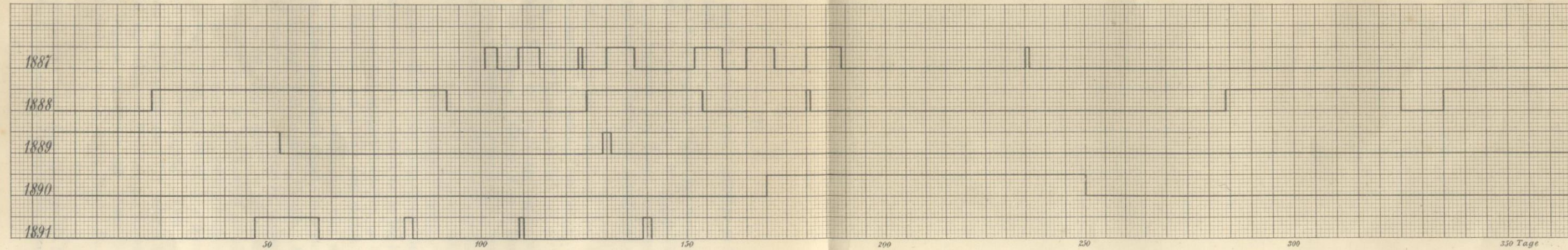
wirrt. Er verschenkte seine im Dienst erworbenen Orden an Kinder; er entnahm der Kasse seiner Frau 200 Rbl., kaufte eine Masse Theaterbillete und vertheilte dieselben beliebig an fremde Menschen. Man isolirte ihn in seiner Wohnung und liess ihn „streng“ überwachen. In einigen Tagen kam es wiederum zu einer Beruhigung und er lebte zehn Tage still in seiner Familie, dann entlief er Nachts plötzlich zum Hafen und warf sich in's Meer. Er wurde glücklich gerettet und sofort in die Dorpater Psychiatrische Klinik übergeführt. Er kam heiter und vergnügt an (15. October 1881), lachte, sprach viel und meinte, er leide hin und wieder an „Anfällen von Erregung“. Sein Aussehen war gut und die körperliche Untersuchung ergab ausser einer „Knochenaufreibung“ auf dem Scheitel in der Mitte des Kopfes, nichts Auffallendes. Die Nacht schlief er ruhig. Am nächsten Tage (16. October) begann er mit seinen gymnastischen Uebungen und machte in seinen Gesprächen einen „verwirrten“ Eindruck. Dabei war das Gedächtniss völlig erhalten und die Erinnerung an alles Geschehene ungetrübt. Am 20. October hört er mit der Nahrungsaufnahme auf, denn die Aerzte hätten ihm gerathen, wenig Nahrung wäre seiner Krankheit zuträglich. Am 4. November wird er scheinbar „bewusstlos“ aus dem Bade getragen. Der Puls ist kaum fühlbar und die Respiration oberflächlich. Das Gesicht ist in der Gegend der Nase und Lippen bläulich verfärbt. Die Sensibilität ist dem Anschein nach erloschen und seine Glieder zeigen wächserne Biagsamkeit. Nach 36 Stunden löst sich dieser Zustand und der Kranke erzählt „haarklein“, was in dieser Zeit um ihn her vorgegangen. Auf die Frage, warum er regungslos dagelegen, antwortet er: „ich wollte keinen Willen haben“. Am 20. November wird er nach einer mit einem Mitpatienten etwas lebhaft geführten Unterhaltung unruhig, lacht viel und spricht mit sich allein, da er gewohnt sei, laut zu denken. Nach zwei Tagen beruhigt er sich und macht einen durchaus besonnenen und vernünftigen Eindruck. Die folgenden Jahre, 1882—1891, verlaufen im Allgemeinen wie die geschilderten 1876—1882. In gewissen Zeiträumen wird der Kranke erregt, unruhig, verweigert die Nahrung, wird schweigsam, versinkt völlig

in sich selbst, hat die Neigung, sich sonderbar zu betragen, und wird kataleptisch.

Beifolgende Curve zeigt den Verlauf der Krankheits-Perioden vom Jahre 1887 ab¹⁾, und ist in der Weise gezeichnet, dass die Abscissenaxe Tage bedeutet. Die Zeiten der Krankheit wurden über der Normallinie, die Zeiten der Gesundheit auf derselben eingetragen.

Im Nachfolgenden sollen noch einige den Krankheitsfall besonders bezeichnende Perioden beschrieben werden. Am 24. Januar 1888 hört der Kranke plötzlich mit der Nahrungsaufnahme auf. In der Nacht auf den 27. verlangt er um 3 Uhr eine „Wanne“ und ein „Klystier“. Gegen Morgen bittet er um ein „Milchklystier“, er sei matt und könne wegen „Appetitlosigkeit“ nicht essen. Als ihm die Nutzlosigkeit eines derartigen Klystieres vorgehalten wird, bricht er mitten im Satz ab und bleibt stumm. Am 3. Februar äussert er nach längerem Zureden, er werde nicht essen, weil er nicht wolle, er habe gesprochen. In ein Wasserglas, das ihm gereicht wird, schnauft er heftig hinein, nimmt einen Schluck Wasser und entleert denselben im Strahle gegen die Decke des Zimmers. Am Abend sitzt er mit geschlossenen Augen, im Hemde, auf einem Stuhl, hält eine durchbrochene Semmel vor der Nase und athmet daran, denn sie sei ein „Respirator“ und habe einen wohlthuenden Geruch. Man versucht, ihn auf das Widersinnige seines Betragens aufmerksam zu machen, er aber erwidert, er sei „Gottes Sohn“, er wisse, was er thue, er erwarte seine eigene Geburt, da vor Kurzem „Mariä Reinigung“ gewesen. Er bittet, ihn durch die „Schlundsonde“ zu ernähren, und erzählt, er hätte nach der künstlichen Fütterung immer ein angenehmes Gefühl der Sättigung. Vom 4. Februar ab wird er zweimal täglich gefüttert. Vor jeder Fütterung betet er und legt sich mit sichtbarem Wohlbehagen zurecht. Während der Fütterung liegt er regungslos still. Nach der Fütterung dankt er und riecht an einem Stück Brod. Da das Warte-

1) Die Curve beginnt mit dem Jahre 1887, weil die Zeitangaben aus den früheren Jahren in dem Krankenjournale nicht genau genug vermerkt sind.



Dauer der kranken und gesunden Zeiten in Tagen. Die kranken Zeiten sind über der Linie eingetragen.

personal auf sein Klopfen nicht sofort erscheint, wirft er das Speisegeschirr an die Thür, und um einen „Ohrenschmerz“ zu heilen, verklebt er sich die Gehörgänge mit Wasser, Butter und Glycerin. Die Augen hält er während der ganzen Zeit geschlossen. Am 5. Februar kaut er an seiner Bettdecke, dreht und knotet sie zusammen, entblösst sich, turnt und klettert im Bett auf und ab. Die Augen, Ohren und Füße bestreicht er mit Butter, und singt in vielfachen Variationen und Modulationen: „Du nur allein“. Die Glieder zeigen Andeutung von Katalepsie. Am 12. u. 13. Februar zieht er seine Milch durch die Nase ein und trinkt auf diesem Wege am 14. ca. einen Liter. Vom 29. Febr. bis zum 6. März genießt der Kranke nichts, schweigt völlig und wird von da ab täglich durch die Schlundsonde ernährt. Am 28. März beginnt er zu essen, verlässt sein Bett und spricht, er habe so lange gelegen um durch „Leichterwerden“ zu gesunden, um einmal nach Hause zu können. Am 1. April verfasst er einen Brief an seine Familie, schildert ausführlich sein Verhalten in der Abstinenzperiode, die Sondenfütterung, und empfiehlt ihnen zu Hause seine eigene Diät. — Nach einiger Zeit erholt sich der Kranke und wird munter und guter Dinge. Er erscheint zufrieden in der Anstalt, er drängt nicht fort und lebt harmlos und gesellig. Den Tag über arbeitet er mit peinlichster Sauberkeit und Zuverlässigkeit in der Anstaltsapothek, sorgt für die kleineren Bedürfnisse des Haushalts und ist ein unentbehrliches Glied in dem Getriebe der Anstalt. Den Abend verbringt er auf der Abtheilung mit Kartenspiel, Patiencelegen und Zeitungslesen. Einem Gespräch über seinen Seelenzustand geht er aus dem Wege, oder giebt auf alle Fragen die stereotype Antwort: „ich muss doch einmal gesund werden“.

Am 5. Mai bleibt er, ohne zu essen, ohne zu sprechen oder die Augen zu öffnen, bis zum Nachmittage im Bett; dann erhebt er sich, weil es ihm zu „heiss“ geworden.

Den Juli, August, September verlebt er in gewohnter Weise in Arbeit und Geselligkeit. Eine im Juli vorgenommene opthalmoscopische Untersuchung ergiebt beiderseits alte Blutflexe auf der *macula lutea*.

Am 11. October liegt der Kranke regungslos da, verweigert die Nahrung und hält die Augen krampfhaft geschlossen. Weder sein Geburtstag (16. October), noch die Geschenke und die Briefe seiner Familie rütteln ihn auf. Die Briefe tastet er ab und nickt mit dem Kopfe. Am Abend des 18. October wird er fröhlich ausgelassen, bittet, seiner Frau und seinen Kindern für Briefe und Geschenke zu danken und erzählt Erlebnisse aus seinem Leben, den Beginn seiner Erkrankung, allerlei Schabernackstreiche, die er seinen Aerzten gespielt, seine Reisen und dergleichen, er liege mit geschlossenen Augen und verweigere die Nahrung aus einem „geheimnissvollen Grunde“, den er Niemandem anvertrauen wolle; Gott müsse schon helfen. In den folgenden Tagen wird er deutlich kataleptisch, widerstrebend, verweigert die Nahrung, hält die Augen geschlossen und schweigt. Mit dem Arzte und seinen Mitpatienten verkehrt er mit Hilfe einer Schiefertafel. Ohne die Augen zu öffnen, schreibt er ganz „flott“ Antworten und Wünsche etc. Am 28. Octbr. geht er lachend im Zimmer umher, kramt in seinen Effecten, gestikulirt lebhaft und „sieht nach der Uhr“. Am 29. October verlässt er mit geschlossenen Augen sein Bett und unterhält sich sehr lebhaft. Im Verlaufe des November ist er voller Wünsche und Pläne, will alle möglichen Prospective anfertigen lassen und dieselben versenden. Während der gemeinsamen Mahlzeiten präsidirt er mit geschlossenen Augen, verweigert die Nahrung und nimmt nur etwas Wasser zu sich. In einigen Tagen öffnet er seine Augen und beginnt seine Mitpatienten zu bevormunden. Er legt ihnen die Speisen zu recht, er versammelt sie um sich, er füttert sie, er lässt sich von ihnen vorlesen, er dictirt Stösse von Briefen an alle möglichen Menschen, bald russisch, bald deutsch; er dictirt eine Art Tagebuch in russischer Sprache, in welchem bunt durcheinander die Wichtigkeit der russischen Sprache, eine Reise durch Kurland, ein Ballet im Circus Ciniselli u. s. w. besprochen werden. Einige Kranke „terrorisirt“ er förmlich und redet zu ihnen pomphaft russisch und deutsch. Den grössten Theil des December und Januar verbringt der Kranke im Bett, schweigend, widerstrebend, kataleptisch und wird durch die Sonde ernährt.

Am 1. Februar 1889 verlässt er sein Bett, öffnet die Augen, plaudert und legt seine gewohnte Patience. Vom 2. Februar ab findet man ihn bei der Visite immer zu Bett in der bekannten Weise, während er in der Zwischenzeit umhergeht, Patience legt und ein wenig spricht. Am 22. Februar nimmt er in etwas gedrückter Stimmung seine Arbeit auf und lebt von nun ab nach alter Art.

Juni 1890. Der Kranke veranlasste seine Frau aus Libau nach Dorpat zu kommen, und plante mit ihr in der Stadt eine Wohnung zu miethen und nur während der Zeit der Anfälle in der Anstalt zu leben. Sie kam, und sie unternahmen gemeinsame Besuche, Spaziergänge und Einkäufe. Er war auffallend „lebhaft“ und munter. Auf einem Spaziergange sah er eine Droschke ohne Kutscher vor einem Wirthshause halten, und gerieth darüber in Erregung, und wollte den Schuldigen durchaus belangen, da daraus ein Unglück entstehen könne. Mit Mühe gelang es, ihn zum Weitergehen zu bewegen. Nach einigen hundert Schritten schloss er seine Augen, verstummte und wurde völlig kataleptisch in die Anstalt gebracht. Um 4 Uhr in der Frühe singt er laut, improvisirt französische Verse zum Lobe seiner Frau, „philosophirt“ über Leben, Liebe und Vaterland und schwört dem Kaiser Treue. Er wird isolirt. In der Isolirzelle zerbricht er einen Stuhl, verstopft die Oeffnungen des Fensters mit Brod, begiesst das Personal mit Milch, spritzt Milch an die Lage und trinkt durch die Nase. Am 14. Juli wird er kataleptisch, stumm, und antwortet nur durch Kopfbewegungen. Bis zum September hütete er das Bett und war abwechselnd kataleptisch oder mutacistisch negativistisch und verweigerte die Nahrung.

Es handelt sich in diesem Fall um eine periodische Störung bei einem anscheinend gering belasteten Individuum. Diese Störung gelangt im Mannesalter zur Entwicklung und es bleibt ungewiss, ob die überstandene Malaria oder die Kopfverletzung als Krankheitsursachen anzusprechen sind. In unregelmässigen Zeiträumen, häufig im Anschluss an seelische Erregungen, wird der Kranke unruhig, benimmt sich sonderbar und kindisch, springt in's

Wasser, verschenkt seine Orden, redet mit lauter Stimme, predigt, schwört seinem Kaiser Treue, lässt Stösse von Briefen schreiben und macht geheimnissvolle Andeutungen, er sei Gottes Sohn und dergleichen mehr, oder er versinkt in Schweigen, liegt tage- und wochenlang stumm und regungslos zu Bett, ist kataleptisch, zeigt *flexibilitas cerea*, negativistisches Verhalten und verweigert die Nahrung. Dabei ist der Kranke unausgesetzt klar und orientirt und sein Gedächtniss bis in's Kleinste treu. Klingt die Periode ab, so macht er einen durchaus geordneten und besonnenen Eindruck, er äussert nie eine Wahnidee, noch eine Sinnestäuschung, sondern urtheilt und spricht, wie es seiner Stellung und seiner Bildung entspricht. Der Kranke hat keine klare Krankheitsansicht, aber ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl und sehnt sich nach völliger Genesung.

Diese periodische Erkrankung zeigt in typischer Weise alle Züge des „Kahlbaumschen Complexes“, Zwangszustände aller Art, Zwangstellungen, Zwangshandlungen, zwangsmässiges Gebahren und zwangsmässige Agitation. Die Krankheitsperioden verlaufen unregelmässig und sind von wechselnder Dauer. Die kürzeren Perioden zeigen meistens die einförmigen Symptome des Mutacismus, der Katalepsie und des Negativismus. Im Verlaufe der längeren Perioden kommt der ganze vielgestaltige katalone Complex zum Ausdruck. Es ist bemerkenswerth, dass einzelne Züge und Handlungen der kranken Perioden im Verlaufe der vielen Jahre sich mit photographischer Treue wiederholen, so das Einziehen von Flüssigkeiten durch die Nase, das Schreiben auf der Schiefertafel und der Gebrauch der russischen Sprache statt der gewohnten deutschen. Alle die Symptome des geschilderten Zustandes sind einheitlich aufzufassen und tragen durchweg den Charakter des Zwanges. Wie diese Zwangszustände entstehen, ist nicht klar, da der Kranke keine Angaben über die Vorgänge in seinem Innern macht, es ist aber nicht unwahrscheinlich, dass er unter dem Einflusse von Zwangsgedanken handelt, die ihrerseits ihre Ursache in abnormen Empfindungen centripetaler Bahnen haben (cf. früher). Es handelt sich hier nicht um eine Seelenstörung, die im circulären Verlauf stuporöse

und agitirte Zustandsbilder und freie Zwischenzeiten aufweist¹⁾, sondern um eine periodische Erkrankung, die unter katatonen Symptomen verläuft. Die Agitation und der Stupor sind keine verschiedenen Zustandsbilder, sondern gehören eng zusammen und bilden gerade in ihrer Zusammengehörigkeit den Kahlbaumschen Complex (cf. Einleitung). Die Zerlegung und Trennung dieser Zustände ist eine künstliche. Es giebt hier keine scharfe Grenze zwischen Stupor und Agitation, wie man nach Analogie der Manie und Melancholie beim circulären Irresein erwarten sollte. Die agitirte Zeit weist Züge auf, die der stuporösen angehören, und während des Stupor kommt es zu agitirten Zügen. Der stete unregelmässige Wechsel zwischen zwangsmässiger Erregung und erzwungener Starre kennzeichnet den katatonen Zustand.

Der Grund, dass einzelne Autoren immer wieder die zusammengehörenden katatonen Symptome trennen (Kraft-Ebing, Tamburini) und in verschiedene Phasen zerlegen, liegt in der Auffassung der Katatonie nicht als einer Zustandsform, als einer Summe von Einzelsymptomen, sondern als eines Krankheitsbildes, das sich aus verschiedenen Zustandsformen (Melancholie, Manie etc.) zusammensetzt. Sobald die Anschauung von der Einheitlichkeit und Zusammengehörigkeit der katatonen Symptome angenommen wird, sobald der willkürliche Gebrauch der Begriffe Manie, Melancholie verschwinden wird, sobald die zwangsmässigen Erregungszustände auch als solche aufgefasst werden, wird die Vorstellung der Katatonie als „circuläre Störung“ in sich zerfallen.

Da der Kranke während der Erregung wiederholentlich Wahnideen äussert, so ist die Frage berechtigt, ob der vorliegende Fall als Paranoia aufgefasst werden darf oder nicht. Die Bildung von Wahnideen ist nicht nur der Paranoia eigenthümlich, sondern kommt auch anderen Formen der Seelenstörungen zu (periodische Psychosen etc.). Eine Paranoia darf nur dann diagnosticirt werden, wenn die Wahnideen systematisirt und fixirt und die Vorgänge der Aussen- und Innenwelt dauernd in krankhafter Weise verarbeitet werden. Während der 10jährigen

¹⁾ Kraft-Ebing: Circuläres Irresein im Wechsel maniakalisch-stuporöser Zustände. — Tamburini: Circuläres katatonisches Irresein.

Beobachtungsdauer dieses Falles sind nur flüchtige expansive Ideen aufgefallen, es ist nie eine Systematisirung derselben oder eine phantastische Combination beobachtet worden. Ferner spricht gegen die Auffassung dieses Falles als Verrücktheit die Periodicität der Krankheit. Eine Paranoia, die unter katatonen Symptomen verläuft, zeigt neben den katatonen Symptomen, oder nach dem Schwinden derselben, auf's deutlichste die Grundstörung, während hier auf die Krankheitsperiode eine Zeit völligen Normalverhaltens und geistiger Gesundheit folgt (v. Fall Retzo später).

Im Hinblick auf den eigenartigen Verlauf des Fall H. erscheint es daher nicht ungerechtfertigt, denselben einstweilen als „periodische katatonische Seelenstörung“ zu bezeichnen und darauf hinzuweisen, dass er in der zugänglichen Casuistik ohne Analogon dasteht¹⁾.

Johann Retzo, 30 Jahre alt, Heilgehilfe aus Dorpat, hat die übliche Vorbildung genossen und erfüllte seinen Dienst zur Zufriedenheit. Seine hereditären Verhältnisse sind unbekannt. Er galt als nachtragend, verschlossen und war bei seiner Umgebung unbeliebt. Im Frühling 1886 beklagte er sich bei seinem Oberarzte, man verfolge ihn, man spüre ihm nach, man suche ihn aus dem Dienste zu drängen und wolle ihn vergiften. Er habe deutlich eine männliche Stimme gehört, die ihm zurief, in seine Milch sei „Strychnin“ geschüttet. Im December 1886 wurde er in die Psychiatrische Klinik aufgenommen.

Er war sehr erregt, ängstlich, zitterte am ganzen Leibe und war mit Mühe zum Sprechen zu bewegen. Er sprach von „Stimmen“, die ihn seit Jahresfrist, laut schimpfend, verfolgten, und wahrscheinlich von den Gefangenen herrührten, deren Pflege ihm im städtischen Krankenhause anvertraut war. Die Untersuchung seines körperlichen Zustandes ergab nichts Bemerkenswerthes.

2. December. Eine Stunde nach dem Schlafengehen springt der Kranke mit entsetzlichem Geschrei aus dem Bett, schießt fortwährend auf einen seiner Mitkranken, klammert sich voller

¹⁾ Kurz erwähnen katatonische Symptome bei periodischen Psychosen Wille und Dornbluth (cf. früher).

Angst an die Thür des Schlafzimmers und bittet den herbeigerufenen Arzt, ihn sofort auf die Polizeiwache zu führen. Keine Ueberredung vermag ihn zum Schlafengehen zu bewegen und erst die Injection von 0,001 Hyosc. mur. schafft die so nöthige Ruhe.

3. December. Den ganzen Tag steht er in eine Ecke gelehnt, ist sehr ängstlich und bittet inständigst, ihn doch gleich in den Polizeigewahrsam zu bringen, da er doch einmal dahin müsse. Gegen Abend beruhigt er sich und erzählt, sein Stubenkamerad habe in der vorigen Nacht ein Besteck mit Scalpellen hervorgeholt, um ihn zu ermorden, und darum sei er so ängstlich und erregt gewesen. Das Besteck mit den Scalpellen war in Wirklichkeit eine Kammtasche.

Gegen Ende des Monats wurde er täglich theilnahmloser, sprach immer leiser und weniger und versank völlig in sich selbst. Die Nahrungsaufnahme wurde ganz unregelmässig, seine Gesichtszüge wurden schlaff und maskenartig, seine Haltung war „stereotyp“, der Rücken gekrümmt, der Kopf gesenkt, die Hände gefaltet, der Blick zu Boden gerichtet. Es entwickelte sich Katalepsie und ausgeprägte *flexibilitas cerea*. Im Laufe der nächsten Monate versank der Kranke noch mehr. Auf Fragen reagierte er gar nicht, aber er reichte unaufgefordert dem Arzt täglich die Hand. Suchte man ihn zum Sprechen zu bewegen, so trat ihm der Schweiss auf die Stirn. Bei Berührung des Kopfes fühlte man eine starke Anspannung der Nackenmuskulatur. Während des Monats März bestand *flexibilitas cerea* und andauernder *mutacismus*. Während einer Demonstration schrieb er auf Aufforderung des Professors nach Dictat seinen Namen und ein falsches Datum. Am 20. März werden ein Nachlass der *flexibilitas cerea* und am 23. „verzwickte Bewegungen“ des Kranken beobachtet. Am 27. März begann er zu sprechen, alles was er früher erzählt habe, wäre die Wahrheit gewesen, jetzt höre er keine Stimmen, er hätte unbeweglich dagestanden laut Befehl des Professors, dem „man müsse unterthänig sein“. Nach einigen Tagen wird er lebhafter und „leicht verwirrt“. „Seine Bewegungen werden grotesk, seine Ausdrucksweise eigenthümlich verschroben.“ Ein Papier, auf dem er seine

Erlebnisse während der Zeit der Starre beschreiben soll, verarbeitet er zu Recepten, „die er zum Ueberfluss mit Kreuzen“ bezeichnet. In diesem Zustande verharrt der Kranke bis in den April. Zur Arbeit war er nicht zu bewegen und von seinen Mitkranken hielt er sich gesondert. Diese sprächen über ihn und es wäre ihm zugerufen worden: „Syphilitischer Hund“, und er solle sich „den Hals abschneiden“. Die Aerzte sprächen zu ihm vermittelt ihrer „Wissenschaft“, die einen „Verkehr in die Ferne“ gestatte. Er erkenne deutlich die Stimmen der Aerzte, es rede von ihnen, wer gerade Zeit habe. Alle Gegenstände, Decke, Kissen etc., riefen ihm „was“ zu. Eine Telephonluft steige von unten auf und „verdrehe seinen Kopf“. — Der Kranke hat keine Krankheitseinsicht und drängt nach Hause, da er „dem Gerichte durch seinen halbjährigen Aufenthalt in der Klinik“ Genüge geleistet habe. Im Uebrigen verhält er sich ruhig und geordnet und wurde am 19. Mai der Anstalt entnommen. — Nach seiner Entlassung besuchte er wiederholt die Anstalt und bat Prof K., ihn „loszulassen“, da er ihn „fortwährend beeinflusse“.

In therapeutischer Beziehung war es von einem gewissen Interesse, dass der Kranke während der Zeit der Starre Injectionen von Cytisin nitric. 0,003 und 0,004 p. d. erhielt und späterhin angab, nach den Injectionen werde ihm auf $\frac{1}{2}$ Stunde c. klarer. Ob die „Suggestion“ des Stiches diese Wirkung hervorgerufen, oder dem Cytisin selbst „lösende Wirkungen“ zukommen, müsste weiter geprüft werden.

Obwohl dieser Fall nur verhältnissmässig kurze Zeit in Behandlung war, ist derselbe doch völlig durchsichtig und seine Deutung klar. Ein Mann im mittleren Lebensalter erkrankt ganz allmähig. Er hört Stimmen, die ihn ängstigen und beleidigen, er wähnt sich verfolgt, er glaubt an Nachstellungen von Seiten seiner Neider, er glaubt an die Möglichkeit der Vergiftung seiner Nahrung und an eine Beeinflussung aus der Ferne. Diese Ideen werden so verarbeitet und systematisirt, dass sich eine tiefgreifende Umwandlung der ganzen Persönlichkeit vollzieht und der Kranke arbeitsunfähig und unbrauchbar für die menschliche Gesellschaft wird. In wenig Tagen entwickelt sich im

Anschluss an eine stärkere angebliche Erregung ein Zustand „reactionsloser Versunkenheit“. In stereotyper Haltung steht er da, stumm und regungslos, biegsam wie aus Wachs, oder er widersetzt sich passiven Bewegungen mit starrem Widerstande. Bisweilen gerathen seine Glieder in die verwickeltesten Stellungen und vollführen die sonderbarsten Bewegungen. Dieser Zustand löst sich, der Kranke beginnt zu sprechen, aber seine Ausdrucksweise ist verschroben und verwirrt. Dabei ist er anscheinend besonnen, er erinnert sich genau an Alles, was mit ihm vorging, und motivirt sein eigenthümliches Verhalten mit dem Befehl des Professors, dem „er gehorchen müsse“. Hernach treten die alten Wahnideen mit massenhaften neuen Sinnestäuschungen hervor und der Kranke verlässt in diesem Zustande die Anstalt.

Wir sehen einen typischen physikalischen Verfolgungs- und Beeinflussungswahn, der eine Zeit lang unter dem Bilde des „Kahlbaumschen Complexes“ verläuft. Es kommt zu mutacismus, negativismus, flexibilitas cerea, zu Bewegungs- und Haltungstereotypen, zu einer eigenen verschrobenen Ausdrucksweise und zu Verwirrtheit. Die katatone Agitation verläuft in diesem Falle, so weit die Beobachtung reicht, milde und ist nicht in die Augen springend, wie in den beiden ersten Fällen. Der Kranke wird nur lebhafter und verwirrter, er zerreisst ihm übergebenes Papier in Stücke und versieht die einzelnen Stücke „stereotyp“ mit Kreuzen. Der Beeinflussungswahn und die katatonen Symptome stehen hier in engster Beziehung. Die Wahnvorstellungen rufen dieselben hervor und drücken dem Krankheitsbilde den Stempel des Zwangsmässigen auf. Während in dem ersten Falle Zwangsgedanken diesen Complex hervorriefen, und im zweiten Falle als wahrscheinlich angenommen wurde, dass Zwangsgedanken diesen Zustand hervorrufen, sind es hier Wahnideen, die den Zwang bedingen. Die Entstehung von Wahnideen und Zwangsgedanken liegt nahe beieinander und leicht bildet sich ein Zwangsgedanke zur Wahnidee um. So lange der Kranke im Stande ist, bestimmte Gedanken und Vorstellungen als etwas seinem eigenen Wesen Fremdes anzusehen, spricht man von Zwangsgedanken. Sobald

aber das „Ich“ solche Gedanken als zu seinem innern Wesen gehörend ansieht und dieselben krankhaft verarbeitet, handelt es sich um Wahnideen. In den ersten Fällen betrachten beide Kranke ihre Zustände als krankhaft und gehorchen nur dem räthselhaften inneren Drange. In diesem Falle ist der Kranke keineswegs von der Krankhaftigkeit seiner Gedanken und den dadurch bedingten Zuständen überzeugt, er begründet dieselben durch „äussere Beeinflussung“, durch „Telephonluft“, mit einem Wort, durch eine krankhafte Verarbeitung äusserer und innerer Vorgänge. Nach dem Vorgange von Kraepelin empfiehlt es sich, eine solche Form der Seelenstörung als „katatonische Verrücktheit“ zu bezeichnen. Damit wird einerseits der constitutionelle Charakter der Krankheit, die ungünstige Prognose, zweitens die eigene und charakteristische formale Seite der Störung bezeichnet.

Da früher bemerkt wurde, dass nur diejenigen Formen der Seelenstörungen das Beiwort „kataton“ verdienen, die mehr oder weniger den Kahlbaumschen Gesamtcomplex aufweisen, so werden auch nur diejenigen Formen der Verrücktheit als „katatonische“ bezeichnet werden, die in dem hier geschilderten Rahmen verlaufen. Alle anderen Formen der Paranoia, in deren Verlauf Zwangssymptome, Zwangsreden, Mutacismus etc. auftreten, werden nicht als „katatonische Verrücktheit“ bezeichnet werden.

Typische Fälle von „katatonischer Verrücktheit“ in diesem Sinne sind Fall 3 und 14 bei Kahlbaum, der Fall des Dr. X. und der Fall Arold bei Neisser; in der älteren Literatur der Fall von Esquirol. Den Fall Zelaschi¹⁾ (Prag. Vierteljahrsschrift 1855) möchte ich nicht als katatonen resp. katatonisch verrückten (cf. Neisser: „die Katatonie“) auffassen, sondern als einen einfach physikalisch verrückten mit ausgeprägten Zwangssymptomen.

Der Begriff der Verrücktheit, wie er in dieser Arbeit gebraucht wird, ist der einer chronischen constitutionellen Geisteskrankheit mit absolut ungünstiger Prognose (Kraft-Ebing,

1) Der Kranke wähnt sich magnetisch beeinflusst, hegt gegen seine Umgebung ein tiefes Misstrauen, verweigert die Nahrung und schweigt 2 volle Jahre und 50 Tage. Zur „Katatonie“ gehören aber zwangsmässige Agitation, Pathos und das eigenthümlich barocke und gespreizte Wesen.

Kraepelin). Diejenigen Störungen, die mit der Verrücktheit die Bildung von Wahnideen und die Sinnestäuschungen gemein haben, die sich aber von derselben durch den acuten resp. subacuten Beginn, durch die tiefere traumartige Benommenheit, durch die begleitenden Affecte und einen relativ günstigeren Verlauf unterscheiden, hat Kraepelin unter dem Namen „Wahnsinn“ aus der Gruppe der Paranoia ausgeschieden. Die Begriffe der acuten Verrücktheit und der primären Verrücktheit sind aufgegeben, und schon durch die Namen der chronisch constitutionelle Charakter der einen und der mehr acut accidentelle der anderen Störung ausgedrückt. Die Seelenstörungen dieser letzteren Gruppe verlaufen bisweilen unter „katatonen“ Erscheinungen und Kraepelin hat nach Analogie der katatonischen Verrücktheit einen „katatonischen“ Wahnsinn von anderen Wahnsinnsformen abgegrenzt. Der katatonische Wahnsinn Kraepelin's ist von dem „attonischen Wahnsinn“ Schüle's verschieden, da Schüle den Begriff des „Wahnsinn“ weiter fasst und unter diesem Namen alle diejenigen Formen der Seelenstörungen versteht, die K. als „Verrücktheit“ und „Wahnsinn“ auseinanderhält.

Der „katatonische Wahnsinn“ hat aller Wahrscheinlichkeit nach, Kahlbaum und seine Nachfolger zur Aufstellung der Gruppe der „Katatonie“ geführt. Mit Recht sträubten sich diese Autoren, Fälle von der Verlaufsart des katatonischen Wahnsinn als „Verrücktheit“ oder als „melancholia attonita“ anzusehen, da sich Züge dieser beiden Zustandsformen zu einem Krankheitsbilde gemeinschaftlich vereinigt vorfinden. Wollte man nicht alle ähnlich verlaufenden Krankheiten nach dem Beispiele älterer Autoren als Melancholie, oder nach dem Vorgange neuerer als Verrücktheit auffassen, so war man zur Aufstellung einer besonderen Gruppe der „Katatonie“ gezwungen. Die Anerkennung der Gruppe des katatonischen Wahnsinn (resp. des Wahnsinns) erklärt aber in so befriedigender Weise eine grosse Zahl der in der Casuistik als „Katatonie“ beschriebenen Fälle, dass es sich mit Sicherheit vorhersagen lässt, in dem Maasse diese Gruppe Eingang in unsere Nomenclatur findet, die „Katatonie“ als eine eigene Krankheit verschwinden wird.

Frl. B., 32 Jahre alt, ledige Lehrerin, stammt aus einer Familie, deren Verhältnisse nicht näher bekannt sind. Sie war angeblich körperlich und geistig gut veranlagt und lebte einfürmig und in steter Anspannung. Im Jahre 1876 war sie 4 Monate lang geisteskrank.

In den ersten Tagen des November 1887 wurde Frl. B. schlaflos, ängstlich und verweigerte die Nahrung. Am 4. Novbr. wurde sie nach einer häuslichen Scene mit ihrer Pflegemutter ganz „schwach“, sank um und legte sich zu Bett. Sie klagte über Beschwerden in der Herzgegend und im Kopfe (es gehe „etwas im Kopfe herum“) und äussert Furcht, ihre „Stelle“ zu verlieren.

Am 15. November wird die Kranke in die Anstalt gebracht. Auf dem Wege dahin sträubt sie sich und wird „steif und starr“. Bei der Aufnahme widerstrebt sie heftig und wird mit „starr flectirten Knien und Ellenbogen“ auf eine Matratze gebettet. Ihre Augen sind weit aufgerissen und starren, ohne zu fixiren, in die Ferne, ihre Finger sind mit Menstrualblut besudelt, ihre Wangen sind geröthet, ihre Lippen mit einem fuliginösen Belage versehen. Foetor ex ore. Sie ist völlig stumm und verweigert die Nahrung. Eine energische faradische Pinselung scheint die Starre zu steigern (!). Am nächsten Tage (16. November) liegt die Kranke „starr“, mit gebeugten Armen und Beinen.

17. November. Sie sitzt den Tag über zusammengekauert auf ihrer Matratze und widerstrebt. Als der Arzt ihr seine Hand reicht, antwortet sie mit zusammengekniffenen Lippen „ich kann nicht, ich darf nicht“. Gegen Abend wird sie unruhig und zertrümmert eine Fensterscheibe.

18. November. Sie erscheint verwirrt und hat einen ängstlichen Gesichtsausdruck.

19. November. Nach vielem Zureden öffnet sie endlich den Mund, um Milch zu sich zu nehmen. Sie setzt die Lippen an und bleibt in dieser Stellung, als ob sie vergessen, was zu thun sei. Dazwischen murmelt sie: „ich muss heraus,“ „Maria spricht dort,“ und wird unruhig. Da sie keine Nahrung zu sich nimmt, wird sie mit der Schlundsonde ernährt. Nach der Fütterung schreit sie und redet wirr durcheinander.

20. November. Ihre Stimmung ist gedrückt und sie weint oft. In den nächsten Tagen widerstrebt sie, verweigert die Nahrung oder spricht kein Wort, ist leicht zu Thränen gerührt und verharret in „stereotyper Stellung“ (die Zeigefinger beider Hände hält sie mit den Spitzen aneinander und betrachtet dieselben aufmerksam).

27. November. Die Kranke spricht den ganzen Tag völlig verwirrt und stösst die Worte „hastig“ heraus, im Nebenhause sei ihre Stiefmutter und wäre ihr böse, da sie mit ihrer Schwester gezankt habe, sie höre deutlich, wie (zeigt in die Richtung des Nebenhauses) dort gesprochen werde. Den Arzt redet sie mit dem Namen der Oberin, die Wärterin mit dem Namen der Schwester an. Ihre Hände sind in beständiger Bewegung, deren gespreizter Charakter auffällt.

2. December. Die Kranke ist deutlich kataleptisch.

3. December. Sie ist ängstlich und in Erregung. Sobald Jemand ihr Zimmer betritt, schreit sie: „wo ist das Kind, das hier umgebracht ist!“

15. December. Sie ist in grösster Unruhe und zerbricht eine Fensterscheibe.

16. December. Sie redet ununterbrochen: „treten Sie nicht näher, treten Sie nicht darauf“ u. s. fort.

22. December. Sie erklärt, alle ihre Mitpatientinnen gingen ohne Nasen, man möge ihr doch eine Scheere geben, um sich die eigene Nase abzuschneiden.

9.—20. Januar 1888. Die Kranke ist andauernd „starr“, sprachlos und verweigert die Nahrung.

Am 20. Januar Abends wird sie regsamer und stösst folgende Bruchstücke aus: „ein ganz klein bischen, ach ich war, ein klein bischen, ein klein bischen dammlich, guten Tag, Herzens-Juda, ich weiss ganz bestimmt nicht, hören sie, hören sie, hören sie, hören sie, ganz klein bischen, schlechtes, Liebe, hören sie, hören sie, ach ich weiss nicht, was ich klein bischen haben, ach bitte, bitte, bitte, hören sie, hören sie, klein bischen in allem Ernst, bitte, bitte, bitte, hören sie, hören sie, ach hören sie, hören sie, hören sie, klein Spass oder nicht, bitte hören sie ach ganz klein

nur“ u. s. fort. Dazwischen singt sie Liedermelodien und wiederholt unaufhörlich dasselbe Textwort.

15. Februar. Mit Heisshunger stürzt sie sich auf die Speisen ihrer Mitkranken und schmiert in der Nacht mit Koth.

22. Februar. Die Kranke ist unrein, zerreisst ihre Kleider und wird isolirt.

24. Februar. Sie ist völlig ruhig und wird in die Abtheilung zurückversetzt.

3.—16. April. Die Kranke schweigt andauernd und die Nahrungsaufnahme ist unregelmässig. Tags über ist sie ruhig und still, Nachts dagegen schleicht sie sich häufig aus dem Bett und legt sich zu ihren Nachbarinnen.

16. April. Die Kranke klammert sich voller Angst an die Wärterin und bittet, man möge sie ja nicht allein lassen, sie werde in der Nacht sterben. Ganz bald jedoch verfällt sie in ihr gewöhnliches „starres“ Wesen.

Während der nächsten Monate bleibt der Zustand der Kranken ziemlich gleichmässig. Ist sie sich selbst überlassen, so liegt sie zusammengekauert, ohne sich zu regen, im Bett. Tritt der Arzt zu ihr und redet sie an, so küsst sie seine Hände, klammert sich an ihn und vergiesst Thränen. Sie spricht kein Wort und bewegt höchstens ihre Lippen. An einzelnen Tagen wird sie trotz ihres Widerstrebens angekleidet, in den Wachsaal gebracht und zur Arbeit angehalten. Doch vergebens, sie sieht starr zur Erde, hält ihre Hände im Schooss, oder sie versucht, in unbewachten Augenblicken durch die Thür zu entschlüpfen, oder sich zum Fenster hinauszustürzen. Den 15. August wird sie (von ihren Angehörigen) der Anstalt entnommen. Am 15. December wird sie auf's Neue der Anstalt übergeben. Die Angehörigen berichten, die Kranke hätte sich zu Hause ein wenig beschäftigt, sei aber immer „störend“ gewesen. Sie ist völlig verwirrt und alle ihre Bewegungen haben etwas „gespreiztes — theatralisches“. Ihre Reden begleitet sie mit Lachen und Weinen und einem „ausdrucksvollen Mienenspiel“. Gegen den Arzt ist sie nach wie vor zärtlich und küsst seine Hand. Am 29. December ruft sie ihm zu: „Du musst mich morden“. Bis zum April 1889 verläuft die Krankheit

ohne wesentliche Veränderung. Im Laufe des April wird sie unruhig, singt beständig einförmige Melodien, hüpfte und tanzte. Im Mai steigerte sich die Unruhe derart, dass sie isolirt werden muss. Sie hält keinen Augenblick still, sondern ist in beständiger Bewegung, sie kriecht auf der Diele, unter Tisch und Bänke, sie sinkt vor dem Arzt auf die Kniee, damit er sie „zertrete“, sie fährt mit ihren Händen am Rücken des Arztes auf und ab, sie entwindet sein Taschentuch und schnäuzt sich, und dergl. Alle Worte werden singend oder lebhaft declamirend vorgetragen. Erst im Juli schwindet die Erregung und die Kranke bleibt bis in den November ruhig und einigermaassen geordnet. Im November wird sie wieder unruhig, ist völlig verwirrt, irrt umher und macht in ihrem Gebahren einen gespreizten, affectirten Eindruck. In diesem Zustande wird sie der Anstalt entnommen.

Dieser Fall hätte wörtlich aus der Abhandlung Kahlbaum's oder Neisser's hinübergenommen sein können, so trifft auf ihn die Schilderung der „Katatonie“ zu. Eine zweiunddreissigjährige Lehrerin, die schon früher einmal 4 Monate geisteskrank gewesen, erkrankte innerhalb wenig Tagen. Sie wird schlaflos, verweigert die Nahrung und ist ängstlich. Sie klagt über ungewohnte Empfindungen in der Herzgegend und im Kopfe. Sie wird unruhig, erregt, begeht triebartige Handlungen und wird „starr“. Hernach hört sie auf zu sprechen, wird widerstrebend und liegt zusammengekauert mit starren Armen und Beinen. Dieser Zustand der „Starre“ wechselt mit einer verwirrten ängstlichen Erregung. Sie schwatzt wirt durcheinander, verweigert völlig die Nahrung und ist leicht zu Thränen gerührt. Sie hört im Verlauf der Krankheit Stimmen und zeigt eine ausgesprochene Neigung zu stereotypen Haltungen und zu gespreizten barocken Bewegungen. Sie wird kataleptisch, sie verkennt ihre Umgebung, sie vertauscht deren Namen, sie äussert wahnhafte Beobachtungen, sie wiederholt einförmige Worte und Melodien und sie „verbigerirt“. Die Unruhe steigerte sich an einzelnen Tagen in dem Grade, dass sie isolirt werden muss, an anderen Tagen hat sie ein eigenthümliches, gespreiztes, theatralisches Betragen und begleitet ihre Worte

mit „ausdrucksvollem Mienenspiel“. Die Beobachtung dieses Falles wurde nicht abgeschlossen und der Ausgang der Krankheit ist unbekannt. Die Kranke wurde während einer lebhaften Erregung nach Hause entnommen und es ist wahrscheinlich eine körperliche Erholung und Beruhigung, aber keine psychische Besserung eingetreten.

Alle Symptome des Kahlbaumschen Complexes sind in diesem Krankheitsbilde in grösster Vollständigkeit vereinigt, das Pathos, die Erregung, die Stereotypen der Haltung und Bewegung, die starre und biegsame Spannung, das Verweigern der Nahrung, das Schweigen und das Widerstreben. Diese Symptome stehen in stetem Wechsel, bald herrscht die Spannung, bald die Erregung, bald das pathetisch geschraubte Wesen. Die Kranke scheint völlig erfüllt von Sinnestäuschungen, von Wahn- und Zwangsvorstellungen aller Art. Dieselben versetzen die Kranke in eine ängstliche Erregung, sie zwingen sie in die absonderlichsten Stellungen, sie treiben sie zu unzweckmässigen Handlungen, und drängen sie in ein unnatürliches Pathos.

Was diesen Fall vor den beschriebenen auszeichnet, ist die tiefe traumhafte Benommenheit und das Vorwalten lebhafter Affecte. Die Kranke dämmert dahin wie eine Traumwandlerin und verwebt ihre Vorstellungen zu Traumbildern. Wie ein Träumender Personen seiner Bekanntschaft, deren Beruf und Stellung er richtig auffasst, doch mit falschen Namen belegt, so bezeichnet die Kranke den ihr wohlbekanntesten Arzt mit dem Namen der Oberin; wie im Traume bekannte Personen in die abenteuerlichsten Situationen gerathen und das absonderlichste Aussehen annehmen, so sieht auch die Kranke ihre Mitpatientinnen „nasenlos“ umhergehen und bildet sich aus eigener Eingebung die Vorstellung, es ihnen gleich zu thun. In diesem Zustande werden die Kranken sich sehr gefährlich und greifen zu den schrecklichsten Selbstverstümmelungen (cf. Jensen und Arndt). Je mehr die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen überhandnehmen, um so verwirrter und traumhafter erscheint die Kranke. Treten diese Erscheinungen in den Hintergrund, so wird die Kranke klarer und giebt einen, wenn auch geringen Aufschluss über die

Vorgänge in ihrem Innern. In einem solchen Augenblicke giebt sie es ausdrücklich an, sie stände unter dem Einfluss eines Zwanges, der ihr das Sprechen verbiete (cf. früher: „ich kann nicht, ich darf nicht“). Die Affecte, die diesen Fall begleiten, sind wesentlich von dem Affect, wie er bei der Melancholie, insbesondere bei der Melancholie attonit. vorkommt, verschieden. Bei der Melancholie attonit. herrscht während der ganzen Krankheitsdauer eine ängstliche verzweifelte Spannung, die der Krankheit ihren Stempel aufdrückt und sich in allen Bewegungen, in der Körperhaltung und in der Physiognomie ausspricht. In diesem Falle trägt der Affect nicht den Charakter der Angst oder der Verzweiflung, sondern er wechselt ununterbrochen zwischen heiterem Pathos und Rührseligkeit. Die katatonen Symptome geben der Krankheit das Gepräge. Die Benommenheit, die Sinnestäuschungen und der Affect deuten auf die Tiefe der Bewusstseinsstörung und die „Acuität“ der Erkrankung. Ein solches Krankheitsbild wird man zweckmässig als Wahnsinn resp. als katatonischen Wahnsinn bezeichnen, da alle Charaktere dieser Gruppe: der acute Beginn, die Bildung von Wahnideen, das Auftreten von Sinnestäuschungen und der Affect vorhanden sind. Dazu gesellt sich der typische Kahlbaumsche Complex, der weiterhin den Beinamen des katatonischen Wahnsinns rechtfertigen dürfte. Die Dauer des katatonischen Wahnsinns erstreckt sich über eine längere Reihe von Monaten und Jahren. Die Vorhersage scheint in solchen Fällen durchaus nicht ungünstig zu sein und diese Störungen können in Genesung übergehen¹⁾. In den meisten Fällen allerdings verblöden die Kranken und gehen dann leicht an der Phtise zu Grunde, da die Neigung zu stereotypen Stellungen und Haltungen die Infection begünstigt.

Der katatonische Wahnsinn mit seiner tiefen Benommenheit und seinen vielgestaltigen Symptomen erinnert an gewisse Dämmerzustände, die auf hysterischer Grundlage beobachtet werden. Die Zwangsstellungen, Zwangsbewegungen und Zwangshandlungen

¹⁾ Vergl. Kahlbaum: Siegmund und Julius T.; Brosius: Marie G. Neisser: Eduard M.

haben beide Zustände gemein, so sehr, dass man im Anfange diese Störungen mit einander verwechseln kann. Die hysterischen Dämmerzustände unterscheiden sich jedoch von dem katatonischen Wahnsinn durch ihr episodisches Auftreten neben sonstigen hysterischen Symptomen. Der katatonische Wahnsinn dagegen ist immer eine selbstständige langdauernde Erkrankung, die unter Umständen in Genesung, unter Umständen in unheilbaren Schwachsinn übergeht.

Der katatonische Wahnsinn mit seiner Aehnlichkeit und seinen Anklängen an hysterische Zustände haben einzelne Schriftsteller (Séglas und Chaslin) dazu geführt, die katatonen Symptome als solche, überhaupt in Abrede zu stellen — *n'ayant rien de special* — und den ganzen Kahlbaumschen Complex als „hysterische Symptome“ zu bezeichnen. Der Begriff Hysterie ist schon ohnehin so verschwommen, dass er durch die Einreihung dieser Zustände noch verworrener wird. Die Hysterie ist wie die Paranoia ein gewissermaassen constitutioneller Zustand, während der katatonische Wahnsinn eine accidentelle, *acut* resp. *subacut* auftretende Seelenstörung ist. Die Hysterie und der katatonische Wahnsinn wurzeln beide in einer Degeneration des Individuums und befallen Belastete. Ihre Aehnlichkeit ist eine äusserliche, wie ein maniakalischer Zustand einer paralytischen Aufregung gleicht, während der Beginn, der Verlauf und der Ausgang der Krankheitsformen sich wesentlich anders gestalten.

In die Gruppe des katatonischen Wahnsinns gehören aus der Arbeit Kahlbaum's: Adolf L., Paul M. (?), Julius T. und Siegmund X.; aus der Arbeit von Brosius: Marie G.; aus der Arbeit von Hecker: der Fall K.; aus der Arbeit Neisser's: Fall I, II, IV, IX, X, XI u. s. w. Der Fall IX war von Kraepelin anfangs als hysterischer Dämmerzustand begutachtet worden, während er ihn heute als „exquisiten“ katatonischen Wahnsinn auffasst (mündliche Mittheilung)¹⁾. Ferner gehören in diese Gruppe der S. M., den Rust beschrieben, Fall II und III bei Fritsch; die Tochter der Fischerfrau K. bei Jensen; Fall IV in der

¹⁾ cf. Séglas und Chaslin: Arch. de Neurol. 1888, Nr. 46, p. 56.

Abhandlung von Séglas und Chaslin; Fall II bei Dornblüth; der Fall I in Hammond's: treatise on insanity, und wahrscheinlich auch die Gal. Annita bei Tamburini.

Es sei gestattet, noch einen zweiten Fall zu skizziren, der erst kürzlich zur Beobachtung kam und in vorzüglicher Weise das Bild des katatonischen Wahnsinns darbietet.

Anna Skuin, 22 Jahre alt, ledige Dienstmagd aus Livland, entstammt einer Familie, in der keine Geisteskrankheiten vorgekommen sein sollen. Sie lebte regelmässig und thätig und galt stets als gesund. Ende Juni des Jahres 1890 erschrak sie heftig über eine Feuersbrunst. Am 2. Juli desselben Jahres starb ihre Mutter. Beide Ereignisse machten auf die Kranke einen grossen Eindruck. Sie wurde still, gedrückt und in sich gekehrt, sprach wenig, lag viel zu Bett und schlief bis zu 24 Stunden. Ihr Zustand verschlimmerte sich mehr und mehr und sie versank völlig in sich selbst. Ende August versuchte die Kranke sich zu erhängen, und wurde noch lebend, aber schon bewusstlos aus der Schlinge gezogen. Nach diesem Selbstmordversuch war sie schlaflos, ängstlich, rührselig, und hegte nach wie vor Selbstmordgedanken. Ueber ihre Empfindungen und Gefühle gab sie nur selten Auskunft und gestand, sie sei schlecht, Menschen und Thiere wüssten, wie schlecht sie sei, ihr scheine, eine Stimme dränge sie zum Selbstmorde, Alles sei am Orte ihretwegen geschaffen, die landwirthschaftliche Ausstellung und das Friedensgericht. Zur Arbeit war sie ganz unbrauchbar und stand oft „in Gedanken“. Am 13. October 1890 wurde sie in die Psychiatrische Klinik aufgenommen.

Die Kranke ist robust gebaut und gut ernährt. Ihr Schädel zeigt in der linken Parietalgegend eine tiefe Knochendepression. Die Depression ist circa 5 cm. lang und verläuft von unten nach hinten oben. Die Haut ist über der Depression mit dem Knochen narbig verwachsen. Auf der rechten Schädelhälfte, etwas aufwärts von der Schläfenschuppe, eine fingerkuppengrosse Knochendepression. Der Puls ist klein und gespannt. Die Herztöne sind rein. Die rechte Gesichtshälfte erscheint schlaffer als die linke. Die Pupillen sind mittelweit und reagiren. Die Zunge weicht

beim Vorstrecken ein wenig nach rechts ab. Bei der Auscultation der Lungen hört man weitverbreitetes trockenes Rasseln. Die Kranke macht einen stark benommenen Eindruck und antwortet auf Fragen leise „hauchend“. Den Vorgängen in ihrer Umgebung folgt sie mit gespannten, ängstlichen und fragenden Mienen. Die Nahrungsaufnahme ist unregelmässig und der Schlaf trotz grosser Opiumdosen schlecht. Ihre Glieder zeigen eine ausgesprochene wächserne Biegsamkeit. Ihre Hände und Füsse sind cyanotisch.

Im Laufe des November und December versinkt die Kranke vollständig in sich. Zuweilen sieht man sie lächeln, oder an ihrem Laken so lange „nesteln“, bis sie dasselbe in Stücke zerrissen hat, und man sie auf Stroh betten muss. Im Stroh sammelt sie die einzelnen Halme zu Bündeln, oder sie gräbt sich tief hinein und liegt ruhig und apathisch. Alle Bewegungen der Kranken machen einen erzwungenen Eindruck und geschehen so langsam, als hätten die Glieder einen grossen Widerstand zu überwinden. Sie schweigt während dieser Zeit und wird mit der Schlundsonde ernährt. Ihre Glieder sind andauernd biegsam wie aus Wachs und zeigen die Erscheinungen der Befehls- und Nachahmungsautomatie. Mit dem Beginn des Januar 1891 kommt die Kranke in den Wachsaal unter beständige Aufsicht. An einzelnen Tagen ist sie unruhig und erregt, drängt blindlings davon und schaut halb ängstlich, halb rathlos im Zimmer umher. An anderen Tagen widerstrebt sie und bewegt den Kopf, den Rumpf und die Extremitäten in „bizarresten“ Weise hin und her. In den ersten Tagen des Februar entwickeln sich auf dem ganzen Körper der Kranken Furunkel und am linken Vorderarm ein grösserer Abscess. Während der Operation des Abscesses fordert sie mit lauter Stimme den Beischlaf, und während des Verbandwechsels küsst sie die Hände des Arztes, leise wimmernd: „Herr Doctor, Herr Doctor.“

17. Februar. Die Kranke schreit laut und unartikulirt und springt gegen die Wände des Zimmers, ohne jede Rücksicht auf ihren Körper. Mit Mühe ist sie im Bett zurückzuhalten und bewegt ihren Oberkörper „unregelmässig zuckend, schlangenartig“ hin und her. Sie wird in's Epileptiker-Bett gelegt und kann nur durch ständige Ueberwachung und Injectionen von

Morph. 0,015 + 0,005 Hyosc. in Ruhe erhalten werden. Bis zum 20. Februar bleibt sie Tag und Nacht zu Bett und trotzdem ist ihr Körper voll blauer Flecke. Sie war nie ängstlich, sondern lächelte und weinte in schnellem Wechsel. Sprach man zu ihr, so öffnete sie nach und suchte gleichzeitig die Hand des Arztes zu küssen oder in dieselbe zu beissen. Beruhigt sie sich auf einige Augenblicke, so redet sie schmeichelnd, flüsternd: „Brüderchen, quält mich nicht, Brüderchen, warum quält ihr mich; Brüderchen, ich werde für euch arbeiten, ich werde für euch stricken, oder wir wollen alle arbeiten, dann wollen wir alle essen, dann wollen wir tanzen und dann wollen wir zu Bett gehen“. Nach einer relativen Ruheperiode wird die Kranke am 4. März wieder erregt. Es gelingt diesmal, durch methodische Anwendung von Sulfonal die Erregung zu unterdrücken und die Kranke längere Zeit in Ruhe zu erhalten. Sie liegt oder sitzt träumend auf ihrem Lager oder „nestelt“ an ihrem Bettzeug, oder wandelt gebückt im Zimmer umher, und sammelt Brodkrümel vom Boden. Ihre Gesichtszüge haben etwas maskenartiges. Ihre Glieder zeigen stets Andeutungen von Katalepsie. Ihr Schaf ist gut und die Nahrungsaufnahme macht keine Schwierigkeiten.

Die Kranke wurde nach sechsmonatlicher Beobachtung ohne wesentliche Besserung nach Hause entlassen und es lässt sich nicht vorhersagen, ob ihr Zustand in dauernden Schwachsinn oder in Genesung übergehen wird. Die Prognose quoad vitam ist auf jeden Fall ungünstig, da der Verdacht auf Phtise besteht.

So weit der Krankheitsbericht reicht, sehen wir in dem vorstehenden Falle den Beginn einer plötzlichen Geistesstörung bei einem angeblich unbelasteten, jugendlichen Individuum. Die Kranke versinkt in starre Benommenheit und äussert depressive Wahnideen. Es entwickeln sich im Verlauf der Krankheit episodische Aufregungszustände und alle Erscheinungen der psychomotorischen Gebundenheit. Weiterhin beobachten wir ein auffallendes träumerisches Hindämmern und einen lebhaften Wechsel der Affecte. Die auslösenden Krankheitsursachen waren Schreck und Kummer, während die Krankheitsdisposition

möglicherweise in der Kopfverletzung gegeben war, deren Spuren sich deutlich nachweisen lassen.

Die depressiven Züge, die diese Erkrankung einleiten, tragen den Charakter einer Melancholie und entsprechen dem Zustande den Kahlbaum als „Initialmelancholie“ beschrieben. Kahlbaum's Auffassung der „Initialmelancholie“ als Krankheitsstadium ist schon in der Einleitung zurückgewiesen und es wird hier noch einmal darauf hingewiesen. Vor der Verwechslung dieses Krankheitszustandes mit der Melancholie schützt der weitere Verlauf, in welchem die depressiven Elemente ganz in den Hintergrund treten und den Erscheinungen der psychischen Hemmung und der traumhaften Benommenheit Platz machen. Der depressive Zustand führt unmerklich in eine starre Versunkenheit, die ihrerseits unvermittelt mit einer lebhaften Agitation abwechselt. Während der ganzen Zeit der Beobachtung geht die Kranke wenig aus sich heraus und scheint von Traumvorstellungen aller Art erfüllt, die sich in ihren Mienen und in ihrem Gesichtsausdruck widerspiegeln. Gleichzeitig besteht eine tiefe Bewusstseinsstörung, worauf die Erscheinungen der Befehls- und Nachahmungsautomatie hinweisen. Die Kranke bildet sich aus eigener und fremder Eingebung Bewegungsvorstellungen, und setzt dieselben unter dem Einfluss eines inneren Zwanges in Handlungen um. In derselben Weise sahen wir schon früher die Kranke B. phantastische Vorstellungen von sinnlicher Lebhaftigkeit bilden und in sich die Eingebung erzeugen, diese Phantasiebilder nachzuahmen („nasenlos umherzugehen“).

Wie soll dieses Krankheitsbild aufgefasst werden? Nach dem an anderen Orten ausgeführten kann es sich nicht um eine Paranoia handeln, sondern unzweifelhaft um eine „acute Seelenstörung“. Dieselbe trägt weder den Charakter der Melancholie, noch entspricht sie dem Krankheitsbilde der scharf charakterisirten Erschöpfungszustände. Wird eine solche Erkrankung nach der Kahlbaum-Neisser'schen Nomenclatur als Katatonie bezeichnet, so werden die Symptome der Hemmung und des Zwanges berücksichtigt, nicht aber der Boden, auf dem sich dieselben Symptome aufbauen. Die katatonen Symptome sind in dem

vorliegenden Falle vergesellschaftet mit tiefer traumhafter Benommenheit und mit lebhaftem Affecte und bilden in dieser Zusammensetzung diejenige Krankheitsgruppe, die im vorigen Kapitel als „katatonischer Wahnsinn“ bezeichnet wurde (cf. früher). Die Ausbildung der intellectuellen Störungen ist in letzterem Falle scheinbar geringer, als in dem Falle B., doch ist die Ursache dafür wohl nur in der relativ kurzen Beobachtungszeit zu suchen.

Johannes W., 22 Jahre alt, entstammt einer alten livländischen Familie, in der nachweislich in „anderthalb Jahrhunderten“ kein Fall von Geistesstörung bekannt geworden ist. Im Alter von zwei Jahren machte er, laut ärztlicher Aussage, eine „Gehirnentzündung“ durch, die in einen „Abscess“ überging. Im Anschluss an die Gehirnentzündung entwickelte sich eine zunehmende Harthörigkeit und die Neigung zu „Congestionen“ nach dem Kopfe. Beide Umstände erschwerten ihm das Fortkommen in der Schule und zwangen seinen Vater, ihn einem Apotheker in die Lehre zu geben. Im Alter von 17 Jahren stürzte er bei einem Sprunge auf den Hinterkopf und verletzte sich den Schädel. Während seiner Lehrlingszeit trank der Kranke stark, oft reinen Spiritus aus den Apotheker-Vorräthen. In der Trunkenheit benahm er sich sonderbar, lief unruhig im Hause umher, drang in fremde Wohnzimmer und benutzte gelegentlich „eine Ziehharmonika“ als Nachtgeschirr u. dergl. mehr.

Im December 1886 bestand er in Dorpat sein Gehilfenexamen. Er trank nach wie vor und erregte die Aufmerksamkeit durch kindische Reden und thörichte Streiche; so unterbrach er einen Docenten während der Vorlesung durch laute Bemerkungen. Im October 1887 kehrte er in seinen Dienst zurück und unterzog sich, in Folge der Neueinrichtung der Apotheke, starken körperlichen Anstrengungen. Gleichzeitig arbeitete er angestrengt „Chemie“, die ihm grosse Schwierigkeiten bereitete. Am 8. November 1887 wurde er plötzlich verwirrt und erregt, griff Alles „verkehrt“ an, wurde schlaflos und war nur mit Mühe zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Im Laufe der nächsten Tage steigerte sich die Verwirrtheit und der Kranke verkannte seine Umgebung. Am 15. November 1887 wurde er der Anstalt übergeben.

Nach der Aufnahme war der Kranke unruhig, „er ging rastlos“ auf und ab und stieß abgebrochene Sätze und einzelne Worte aus, und betonte dieselben mit einem gewissen Nachdruck. Dazwischen stand er in „theatralischer Haltung“ vor dem Arzt, starrte ihn lange fragend an, um schliesslich etwas nicht Hingehörendes zu sagen. Den Arzt nannte er „Freund Hertel“ und währte sich bald in Südrussland, bald in Nordrussland. Am Schädel sieht man vorn, rechts an der Haargrenze, eine lineare Narbe. Die Pupillen sind mittelweit und reagiren träge. Auf Nadelstiche reagirt er nicht, denn er wolle sie „aushalten“.

18. November. Er bittet um einen Revolver, um einen Mitpatienten zu erschliessen, der sei kein Mensch, der sei ein Thier, er wolle nicht allein in seinem Zimmer schlafen.

27. November. Er bittet den Wärter, ihn mit einer „Axt“ auf den Kopf zu schlagen. Alles, was er spricht, macht den Eindruck, als ob er „gezwungen“ spräche.

7. December. Seine Glieder zeigen ausgesprochene Katalepsie und eine geringe starre Spannung.

13. December. Der Kranke wird stumm und widerstrebend, lacht oft laut und sieht mit Verwunderung auf seine Umgebung. Dieser Zustand dauert bis in den Januar 1888; bald schweigt der Kranke, bald spricht er verwirrt, bald langsam und gezwungen.

6. Februar 1888. Er meint, er wäre ein neuer Mensch geworden, bis jetzt wäre er ein Thier gewesen.

9. Februar. Ununterbrochen schreit er „bravo, da capo“; er habe einen „Sarazenen“ im „claque“ gesehen und gesprochen, es werde über ihm gepoltert.

Oft weint er grundlos und betheuert seine Gesundheit, er wolle nach Hause, er sei ganz gesund, er sei hier gefangen und werde erhängt werden.

21. Februar. Er erzählt kurz und bündig, er sei mit „Martha Müller“ verlobt. Den Frauen im allgemeinen zürne er, da sie falsch seien; er wisse es genau, denn er sei klug. Am 24. Februar berichtet er, er habe Frau Venus im Venusberge gesehen und daselbst einen „Hund“ angetroffen.

In den Nächten ist er oft unruhig und lacht laut. Sich selbst nennt er „Hertel“, einen seiner Mitpatienten „Uffelmann“. Jedes Papier, das in seine Hände fällt, beschreibt er mit Buchstaben von A bis E. (Man vergleiche die beifolgende Tafel.) In der Längsrichtung des Papiere schreibt er die Buchstaben in ihrer natürlichen Reihenfolge, in der Querrichtung dagegen in umgekehrter Reihenfolge (E—A). Die Buchstaben in der Längsrichtung sind in Abständen von je drei Reihen „hingezirkelt“, und zwar enthält die erste Reihe das grosse lateinische Alphabet, die zweite Reihe das kleine lateinische, und die dritte Reihe das kleine deutsche Alphabet. — Soll er das Alphabet hersagen, so hört er genau wie beim Schreiben mit dem Buchstaben E auf.

Am 5. März wird er 23 Jahre. Er weiss, dass an dem Tage sein Geburtstag, dass er 1865 geboren, und dass er Geschenke erhalten hat.

30. März. In folgender Stellung trippelt er mit kleinen Schritten im Zimmer und Corridor auf und ab: der Kopf ist gesenkt, die Augen sind zu Boden gerichtet, die Beine sind leicht geknickt und werden stark nach auswärts gesetzt, die Schultern sind gehoben, die Arme in halber Flexion an den Rumpf gedrückt.

9. April. Er lacht häufig auf und stösst absonderlich grunzende Töne aus. Seine Glieder sind häufig kataleptisch. Seine Sprechweise ist „geschraubt“, laut, langsam und mit Nachdruck werden sinnlose Worte und Redensarten vorgebracht.

27. April. Er schreit, pfeift, tanzt und hüpf in allen möglichen Stellungen und schneidet Gesichter.

29. April. Jede Frage, die man an ihn richtet, spricht er echoartig nach.

1. Mai. Er zerreisst seine Kleider.

Die Monate Juni, Juli und August ist er andauernd kataleptisch und seine Glieder zeigen oft wächserne Biagsamkeit.

Es entwickelt sich bei dem Kranken die ausgesprochene Neigung, immer denselben Platz an der Zimmerthür in der gleichen Stellung einzuhalten, im Garten immer denselben Weg auf und ab zu gehen und alle Fragen mit dem Worte „ausgezeichnet“ zu

A B C D E
a b c d e
u b i v w

A B C D E
a b c d e
u b i v w

A B C D E
a b c d e
u b i v w

A B C D E
a b c d e
u b i v w

A B C D E
a b c d e
u b i v w

E C D B A
r e d f k a
u i v w

A B C D E
a b c d e
x b i v z

E

A B C D E
a b c d e
x b i v z

e
C
D

A B C D E
a b c d e
x b i v z

e
B
F

A B C D E
a b c d e
x b i v z

A B C D E
a b c d e
x b i v z

beantworten. Dazwischen kommen Tage, an denen er umherläuft, ununterbrochen umherspringt, wie ein Ziegenbock meckert, und die Worte wiederholt: „es interessirt, es interessirt“. Der Gesichtsausdruck ist während dieser Monate blödsinnig vergnügt.

29. August. Ziemlich unvermittelt knüpft er mit dem Arzt ein Gespräch an, erkundigt sich bei ihm, wer er sei, woher etc., bittet um Schreibpapier und verfasst folgenden Brief: „Meiner in Folge des Austrittes neuen Personals aufgegebenen Stelle in W.ber, bin ich gegenwärtig wieder ohne Stelle. Ich bin ganz gesund, vollkommen gesund, wie nur je. Ich habe es hier in der Irrenanstalt schauerhaft langweilig, ohne jede Beschäftigung, ohne Lectüre und ohne Tabak verbringe ich die Zeit hinter diesen eisernen Fensterstangen. Ich bitte darum, ob ich nicht nach Hause abgeholt werden könne, wenn nicht jetzt, so doch vielleicht zu Weihnachten. Es hatte mir der Doctor vor einigen Wochen schon gesagt, dass ich nach Hause fahren könnte, und dass ich ganz gesund sei. Ich danke Euch sehr für den Anzug; der hiesige Preis ist 22 Rbl., das Zeug sehr schön. Ausser einigen subcutanen Einspritzungen, die jedoch absolut nichts bewirken, bin ich ausser Behandlung. . . . Zu Hause habe ich doch Lectüre (Zeitungen etc.), hier aber gar nichts, und es ist höchst unersprießlich für einen jungen Mann wie ich, nutzlos hinter Eisen schmachten zu müssen. Die Psychiatrische Klinik wird zur Hälfte von weiblichen, zur Hälfte von männlichen Irren eingenommen, und wird der hinter dem Hause liegende, mit hohen Gittern versehene Garten täglich von ihnen —.“

Am 5. September bittet er um Beschäftigung, besser als jetzt werde es nie werden. Er ist äusserst verwundert über ein ihm vorgelegtes Schriftstück, auf welchem seine sinnlosen Reden zu Beginn seiner Krankheit aufgeschrieben waren; und meint das sei Alles Schwindel. Am 11. wird er wieder verwirrt, lacht oft vor sich hin und hört am 14. mit dem Sprechen ganz auf. Am 15. September erscheint er etwas geordneter und klarer. Gelegentlich wird ein „Trampeln, Trippeln und Tänzeln“ notirt. Am 29. und 30. September tritt wieder die alte Neigung hervor, ein und denselben Platz beizubehalten. — Im Laufe des October erholt der

Kranke sich so weit, dass die ihn besuchenden Geschwister meinen, er sei fast „derselbe“ wie in gesunden Tagen. — Den Nov. über beschäftigt er sich ein wenig, schreibt Briefe etc. Sein ganzes Betragen hat aber etwas „läppisches“, seine Bewegungen haben etwas manierirtes und sind steif und eckig. Seine Worte begleitet er mit Grimassen.

Im December verlässt der Kranke die Anstalt als geheilt mit „Defect“. Zu Hause entwickelt sich laut Nachricht des Vaters vom 19. September 1890 sehr bald eine völlige Arbeitsunfähigkeit und ein zunehmender Schwachsinn.

Nach seinem Verlaufe und seiner Entstehung gehört der vorstehende Fall in die Gruppe der acuten Seelenstörungen. Ein junger Mann, dessen Entwicklungsjahre eben abgeschlossen sind, erkrankt plötzlich. Er wird verwirrt, erregt und schlaflos. In kurzer Zeit entwickelt sich eine eigenthümliche geschraubte Ausdrucksweise und ein gespreiztes manierirtes Wesen. Er verkennt seine Umgebung, er ist ungewiss darüber, wo er sich befindet, er wird kataleptisch. Seine Glieder zeigen eine starre und biegsame Spannung. Häufig wird er widerstrebend oder schweigsam und stumm, oder verwirrt und geschwätzig. Er wiederholt ununterbrochen einzelne Worte, oder erzählt in buntem Durcheinander feierlich pathetisch-nachdrücklich das absurdeste Zeug. Oft wieder behauptet er seine Gesundheit und bittet um seine Entlassung nach Hause. Er hat die ausgesprochene Neigung, eine einmal angenommene Stellung beizubehalten, einen einmal eingeschlagenen Weg Tag aus, Tag ein breitzutreten, ein einmal gebrauchtes Wort Wochen hindurch immer und immer zur Antwort zu geben, eine einmal aufgenommene Schreiberei bis zum Ueberdruss fortzusetzen und ganze Bogen Papier mit denselben einförmigen Schriftzeichen von A—E oder E—A zu bedecken. Dazwischen schieben sich leichte Erregungszustände, er pfeift, schreit und zerreisst seine Kleider. Nach und nach kommt es zu einer Abstumpfung aller psychischen Functionen, und der Kranke bietet durch Wochen das Bild des tiefsten Blödsinns. Sein Gesicht ist breit verzogen und beständig von einem Lächeln umspielt (vergl. Kieser, Psychiatr. Tab. VII). Seine Haltung ist stereotyp; wie aus Wachs geformt steht er da, willenlos lässt

er sich kneten und biegen, schieben und stellen, und befriedigt instinctiv die einfachen Bedürfnisse des täglichen Lebens. Unerwartet und schnell löst sich dieser Zustand, er wird wieder regsamer und aufmerksam, und scheint orientirt. Er stellt Fragen, er bittet um Beschäftigung, und verfasst einen Brief (weiter oben citirt). Er erholt sich so weit, dass seine Angehörigen ihn wieder finden „wie in gesunden Tagen“, und er wird nach Hause entlassen. Gleichwohl besteht eine starke Einsichtslosigkeit und Beschränktheit. Er hat weder Krankheitsgefühl, noch Krankheitseinsicht, sondern hält sich für gesund und leistungsfähig. Sein Betragen ist unausgesetzt läppisch, albern, kindisch und seinen Jahren wenig entsprechend. Im Laufe der nächsten Zeit nimmt der Schwachsinn rasch zu und der Kranke verblödet völlig.

Allen Anscheine nach handelt es sich um ein hereditär unbelastetes, sonst zweifellos minderwerthiges Individuum, dessen Hirn seit frühester Jugend vielfachen Schädigungen ausgesetzt war. Im Alter von zwei Jahren machte er eine Gehirnentzündung durch, im Alter von 17 Jahren erlitt er eine Kopfverletzung. In der Folge gab er sich maasslosem Alkoholgenuss hin und musste sich körperlichen und geistigen Anstrengungen unterziehen, denen er in keiner Weise gewachsen war. Anstrengungen, die unter anderen Verhältnissen höchstens zu einer Abspannung geführt hätten, genügten diesem „invaliden“ Gehirn, um einen schnellen Verfall seiner seelischen Functionen einzuleiten und den Kranken einem zunehmenden Blödsinn entgegenzuführen. Im Verlauf der Krankheit kommt es einmal zu einem Nachlasse der Erscheinungen, zu einer „Remission“. Diese erweist sich jedoch als trügerisch, denn der Kranke bleibt dauernd geistig geschwächt.

Die geistige Schwäche steht im Vordergrunde des Krankheitsbildes und kennzeichnet das Thun und Lassen und das ganze Gebahren des Kranken. Er hat keine Empfindung für die Tiefe der Störung oder für die geistige Einbusse, die er erlitten. Er ist durchaus zufrieden und hält es „nutzlos“ für „einen jungen Mann“, hinter „Eisen“ zu schmachten. Hand in Hand mit der geistigen Schwäche verläuft der Kahlbaumsche Complex, und

die geistige Schwäche bildet den Rahmen, in dem sich die beschriebenen Seelenstörungen abspielen. Die katatonen Symptome sind alle mehr oder weniger deutlich vertreten: die Zwangsstellungen, das zwangsmässige gespreizte Gebahren, das zwangsmässige mechanische Aussprechen einzelner Worte und die zwangsmässige Erregung. Die katatonen Erscheinungen sind hier wohl durch Zwangsgedanken und nicht durch Wahnideen bedingt. Die hingeworfenen wahnhaften Aeusserungen des Kranken über Frau Venus, den Sarazenen etc., tragen den Charakter des „confabulatorischen“ Geschwätzes und haben nichts Systematisirtes, nichts Paranoisches an sich.

Neben der geistigen Schwäche besteht eine tiefe Bewusstseinsstörung, und der Kranke ist weder im Stande, die in ihm auftauchenden Vorstellungen und Impulse zurückzuweisen, oder dieselben als krankhafte (Fall I, II) und fremdartige (Fall I) anzusehen, noch ist er dazu fähig, dieselben phantastisch und im Hinblick auf die eigene Person zu verarbeiten (Fall III), sondern wird (cf. früher) das willenlose Spiel seiner inneren Vorgänge, und sinkt auf die Stufe eines Automaten. — Die geistige Schwäche, die Neigung des Kranken zum „Confabuliren“, seine mannigfachen bizarren und sonderbaren Gewohnheiten, seine Rührseligkeit, der plötzliche Beginn, der rasche Ablauf und die „Remission“ erinnern an eine Form der Seelenstörung, die Hecker als „Hebephrenie“ beschrieb. Die Hebephrenie und die geschilderte Störung gehören zu den acuten Erschöpfungszuständen. In beiden Formen sind es minderwerthige Individuen, die unmittelbar nach oder während der Pubertät von erschöpfenden und schwächenden Einflüssen betroffen werden. In beiden Formen handelt es sich um acut einsetzende und rasch ablaufende Störungen (Fink, Hammond). Beide unterscheiden sich aber durch den typischen Kahlbaumschen Symptomencomplex, der dem oben beschriebenen Falle ein spezifisches Gepräge aufdrückt.

Eine solche Erkrankung wird nach dem in dieser Arbeit durchgeführten Grundsätze als „acuter katatoner Erschöpfungszustand“ bezeichnet und damit sowohl die ursächliche, als auch die formale Seite der Störung berücksichtigt.

Sollen die acuten Erschöpfungszustände mit katatonen Symptomen in die primär acute, resp. acute Demenz eingereiht werden (Kraft-Ebing, Schüle), so wird der formalen Seite der Störung keine Rechnung getragen, oder man ist nach Schüle's Vorgang gezwungen, die acute primäre Demenz in entsprechende Nebenarten zu theilen und zu zerlegen. Die acute Demenz ist eine der vielen Formen, unter deren Bilde die acuten Erschöpfungszustände verlaufen, und dieser Name bezeichnet die völlige Vernichtung und den Verfall „der intellectuellen Fähigkeiten“. „Die stärkste äussere und innere Anregung ist nicht im Stande, eine complicirtere Geistesarbeit wachzurufen, die Elemente derselben sind zu Grunde gegangen“ (Binswanger: Charité-Annalen, VI). Die Kranken werden schwach und hilflos, sie besitzen nicht das geringste Verständniss für die Aussenwelt und müssen gepflegt und gewartet werden wie die Kinder. In dem beschriebenen Falle besteht während der ganzen Zeit der Beobachtung nur ein hoher Grad von geistiger Schwäche und eine tiefe Bewusstseinsstörung, kein völliger Zerfall und Vernichtung der intellectuellen Sphäre. Der Kranke hat ein gewisses Maass von Auffassungskraft, er hat noch Neigungen und befriedigt seine Bedürfnisse. Dort ist es die hilflose Schwäche, hier das Willenlose, das Erzwungene, was den Kranken kennzeichnet.

Der Ausgang der acuten Demenz ist entweder die völlige Wiederherstellung, oder ein dauernder Blödsinn. Die Vorhersage bei der acuten katatonen Erschöpfung ist wohl dieselbe: Wiederherstellung oder dauernder „katatonischer Blödsinn“. Ob sich etwa die katatone Erschöpfung prognostisch ungünstiger gestaltet, als die acute Demenz, muss dahingestellt werden, da ich nur über diesen einen Fall verfüge, und es mir nicht gelungen ist, in der zugänglichen Casuistik einen wirklich gleichen Fall wiederzufinden. Auf alle Fälle ist hier „die acute katatone Erschöpfung“ aus der grossen Gruppe der Erschöpfungspsychosen gesondert herausgehoben und behandelt worden, und damit der Weg eingehalten, den das Lehrbuch von Kraepelin vorzeichnet, in welchem am schärfsten die Erschöpfungszustände nach ihrer

formalen Seite, als Verwirrtheit, als Collaps, Delirium, als acute Demenz etc. begrenzt und behandelt worden sind. Der Begriff „*dementia acuta*“ ist enger gefasst, als es sonst üblich, und verweise ich deshalb auf Binswanger (Charité-Annalen, VI).

Es muss hier der Einwand zurückgewiesen werden, als handle es sich in diesem Falle um einen katatonischen Wahnsinn. Vom katatonischen Wahnsinn unterscheidet sich dieser Kranke durch das Fehlen von Hallucinationen und Wahnideen und durch die Abwesenheit lebhafter Affecte. Der Kranke wirft gelegentlich einzelne expansive Ideen hin, die durchaus den Eindruck erwecken, als ob sie einem inneren Zwange, „Absurdes“ zu produciren, ihren Ursprung verdanken. In derselben Weise sehen wir auch bei der Hebephrenie die Sucht, auffallend und barock zu erscheinen (cf. Hecker). Die Affecte sind in diesem Falle gar nicht entwickelt und es fehlt der lebhafte Wechsel, wie wir ihn in den vorhergehenden Fällen von katatonischem Wahnsinn beobachtet haben. Die Rührseligkeit, an der der Kranke im Beginn der Erkrankung hin und wieder leidet, ist wohl nur der Ausdruck der psychischen Schwäche, die ja in hohem Maasse das vorstehende Krankheitsbild charakterisirt.

Nicolai Holst, ehemaliger Gärtnerbursche und Telegraphenbeamter aus Dorpat, wurde 1885, 26 Jahr alt, zum zweiten Male in der Dorpater Klinik für Geisteskranke untergebracht. Er verblieb hierselbst bis Ende 1890 und bot während dieser Zeit unausgesetzt folgendes Bild: den Tag über sitzt er in der Ecke einer Bank. Der Kopf ist leicht seitlich nach unten geneigt. Die Augen sind halb geschlossen. Die Lider nicken beständig. Die Hände ruhen auf den Oberschenkeln. Er spricht kein Wort. Wird er angeredet, so verzieht er das Gesicht zu dem gleichen stereotypen Lächeln, und reicht seine Hand. Seine Glieder zeigen wächserne Biegsamkeit. Die Nahrungsaufnahme geht ohne Schwierigkeit vor sich. Er hat Schmerzempfindung und antwortet auf Kitzeln mit Lächeln. Bei den Spaziergängen im Garten läuft er Tag aus, Tag ein mit kleinen trippelnden Schritten in der nächsten Nähe der Einfriedigung immer denselben Weg. Abends, um die Zeit des Schlafens trippelt er, wenn er aufgefordert

wird, in das ihm bestimmte Schlafgemach und versinkt sofort in tiefen Schlaf.

Fünf Jahre hindurch besteht derselbe einförmige Zustand, der auf einen völligen seelischen Stillstand, eine dauernde Abschwächung aller psychischen Functionen, „einen Schwachsinn“ hinweist. Dieser Schwachsinn unterscheidet sich von den anderen Formen des Schwachsinnns durch die Neigung zu stereotypen Bewegungen, stereotypen Haltungen und durch die *flexibilitas cerea*. Alle Symptome deuten auf eine abgelaufene katatonische Seelenstörung, deren Reste dem Kranken noch etwas Specificisches geben. Diese Kranken bilden die Figuren, die so häufig in Irrenanstalten angetroffen werden, und die sich durch ihre sonderbaren Neigungen, ihre bizarren Gewohnheiten, ihre stereotypen Haltungen und Bewegungen, ihre Redesucht u. s. w. auszeichnen (Binder, Guislain). In den Fällen, in denen es sich um schnell verlaufende katatonische Störungen handelt (etwa wie Fall V), kommen die Kranken erst in die Beobachtung, wenn sie bereits schwachsinnig geworden, und es lassen sich die „katatonen Reste“, nicht aber die katatone Grundstörung erkennen. Es empfiehlt sich, diese Form des Schwachsinnnes neben dem apathischen etc. als „katatonischen“ zu benennen. Die Benennung „katatonischer Schwachsinn“ soll einmal den Ablauf einer Seelenstörung unter katatonen Symptomen ganz allgemein bezeichnen, und zweitens diese Schwachsinnnsformen als etwas *sui generis* den anderen gegenüberstellen (*secundäre katatone Dementia Schüle's*).

Der letztbeschriebene Kranke H. hat, soweit es sich aus den Angaben, die bei der ersten Anstaltsaufnahme (1881) gemacht wurden als auch aus späteren Angaben ersehen lässt, anscheinend einen katatonischen Wahnsinn durchgemacht. Der Kranke war von Hause aus gering veranlagt und erlitt im 10. Lebensjahre eine Kopfverletzung durch einen Steinwurf. Seit jener Zeit klagte er über ständige Schmerzen im Hinterkopfe. In seinem 18. Lebensjahre schloß er während eines Gottesdienstes in einer „lutherischen“ Kirche ein und wurde in derselben eingeschlossen. Als er erwachte, war es Nacht und er erschrak heftig. Am folgenden Tage kam er nach Hause und war auffallend still. In der Nacht aber sprang

er plötzlich aus dem Bett und schrie um Hilfe, böse Geister kämen, um ihn zu verfolgen, weil er, ein „Grieche“, in die lutherische Kirche gegangen wäre; er habe in der Kirche gehört, wie der „Pfaffe“ mit den Geistern gesprochen, ob er dahin gehöre oder nicht, und ein alter Mann habe ihn vom Chor hinuntergetragen. Er betete laut und viel und bat den Herrn, seine Feinde zu züchtigen. Drei bis vier Tage war er bettlägerig und erzählte wirr durcheinander, er wäre auf der Jagd, er schiesse Enten, und wiederholte ununterbrochen puff, puff, puff . . . Er war so unruhig, dass er in das städtische Hospital geschafft wurde, da es am Ort damals keine Irrenanstalt gab. Im Hospital verblieb er einen Monat, doch fehlen die Angaben aus dieser Zeit. Als er nach Hause entlassen wurde, war „er in Gedanken“, und stand, „wie man ihn stellte“. Bis zu seinem 20. Lebensjahre fehlen die Angaben. Dann befiel ihn die Diphtheritis und er wurde tracheotomirt.

Im Juli 1881 wurde er sehr erregt in die Psychiatrische Klinik gebracht. In einigen Tagen schwand die Erregung und der Kranke verfiel bald in den oben geschilderten Zustand. Er wurde entlassen und 1885 zum zweiten Mal aufgenommen, weil er durch Unreinlichkeit zu Hause störte. Bis zum Jahre 1885 sprach er noch gelegentlich einige Worte, seitdem aber schweigt er völlig. — Die Krankheit war, als der Kranke zum ersten Mal in die psychiatrische Behandlung kam, unzweifelhaft abgelaufen, und es handelte sich wahrscheinlich um einen gelegentlichen Erregungszustand, wie er auch sonst bei Schwachsinnigen beobachtet wird. —

In dieser Arbeit sind eine Reihe von Krankheitsbildern vorgeführt worden, denen ein gewisser Symptomencomplex, der „Kahlbaumsche Complex“, gemeinsam zukommt, die sich aber durch ihren Verlauf, ihren Beginn, ihren Ausgang und den ganzen Charakter der Störung wesentlich von einander unterscheiden. Im ersten Falle handelt es sich um einen originären (angeborenen) Zustand. Der zweite Fall betrifft eine periodische Seelenstörung. Der dritte Kranke leidet an einer chronisch-constitu-

tionellen Geisteskrankheit. Die Fälle IV, V, VI und VII zeigen einen acuten Beginn und verlaufen zweimal ungewiss (IV, V), während zwei Fälle ((VI u. VII) in Schwachsinn ausklingen. Der erste Kranke ist orientirt und besonnen und zeigt eine gewisse Einsicht in seinen Zustand. Der zweite Kranke hat Krankheitsbewusstsein und macht in der Zwischenzeit einen durchaus geordneten, vernünftigen Eindruck. Der dritte Kranke hat kein Krankheitsgefühl oder Krankheitsbewusstsein, ihn leiten und beeinflussen Wahnideen. Im 4. und 5. Falle sind es die traumhafte Benommenheit, im 6. Falle ist es die Benommenheit und der hohe Grad geistiger Schwäche, welche die Kranken kennzeichnen.

Alle in dieser Arbeit geschilderten Krankheitsbilder bilden keine gemeinsame Gruppe, „keine Paradigmata eines besonderen Krankheitsprocesses“, sondern verlaufen als acute, als periodische, als constitutionelle, als originäre Seelenstörungen. Die katatonen Symptome, die allen beschriebenen Störungen ein gewisses gemeinsames Gepräge aufdrücken, wurden durch das Beiwort „katatonisch“ hervorgehoben und die Seelenstörung in gewisse „katatonische Unterarten“ zerlegt: originäre katatonische Zustände, periodische katatonische Zustände u. s. fort. Da bei der Gruppierung und Classificirung der Seelenstörung vor Allem die klinischen Charaktere der Entstehung, des Verlaufes, der Dauer, des Ausganges und erst in zweiter Reihe die formalen Elemente, die Zustandsbilder, berücksichtigt werden sollen, so sind auch die Krankheitsbilder in dieser Arbeit nach Verlauf, Ausgang, Ursachen und Beginn gesondert behandelt und beschrieben worden. Mit der Bezeichnung „katatonisch“ soll ein bestimmtes Zustandsbild, eine besondere Art des Verlaufes der Störung im Gegensatz zu anderen Zustandsformen hervorgehoben werden. Ob die Prognose durch diese Zustandsform berührt wird, ist unbekannt. Einstweilen richtet sich die Vorhersage nach der Grundstörung und ist auf dieselbe in den einzelnen Abschnitten hingewiesen worden.

Da es nach dem Gesagten und aus der Betrachtung der einzelnen Krankengeschichten hervorgeht, dass verschiedenartige Seelenstörungen unter katatonen Symptomen verlaufen, so nehmen wir für dieselben weder eine gemeinsame Krankheit „Kata-

tonie“ (Kahlbaum) an, noch glauben wir, dass die Katatonie bestimmten Psychosen einzureihen ist (Westphal und andere), sondern sind der Ansicht, dass die Mehrzahl der Seelenstörungen unter katatonen Symptomen verlaufen können, dass es katatonische Psychosen, aber keine Katatonie giebt.

Im Anschluss an das Gesagte sei noch darauf hingewiesen, dass die Dementia paralytica gar nicht selten unter katatonen Symptomen verläuft und dass es daher zweckmässig wäre, nach der Art der agitirten Paralyse, der expansiven Paralyse etc. eine katatonische Paralyse zu unterscheiden. (Knecht: 4 Fälle von katatonischer Paralyse.) Katatonische Paralysen sind ferner in der Abhandlung Kahlbaum's, der Fall 17, und bei Neisser, der Fall XII.

Nach Abschluss meiner Arbeit fiel mir das Aprilheft des Erlenmeyerschen Centralblattes für Nerv. und Psych. 1891 in die Hände, welches einen Aufsatz von Dr. Serbsky über die unter dem Namen der Katatonie geschilderten Psychosen enthielt. Einerseits freue ich mich, constatiren zu können, dass wir in vielen Punkten völlig übereinstimmen; einmal darin, die Katatonie sei keine cyclische Krankheit und verlaufe nicht in Phasen, und zweitens, dass die katatonen Einzelsymptome allen bekannten Seelenstörungen zukommen. Andererseits kann aber dem nicht beigestimmt werden, dass der Kahlbaumsche Complex nur eine „zufällige Verbindung“ darstellt, sondern wir halten an der Auffassung eines „katatonen Zustandsbildes“ fest und verweisen noch einmal auf das schon früher Gesagte.

Anhangsweise sollen noch zwei Fälle beschrieben werden, die schon Kraepelin¹⁾ in seinem Lehrbuche kurz erwähnt hatte.

I. Eduard Kallamees, Sattler, 22 Jahre alt, stammt von einem trunksüchtigen Vater. Vor 5 Jahren hatte er sich luetisch inficirt. Am 12. Februar 1889 gerieth er in einem öffentlichen Locale in Streit und wurde mit Bierflaschen am Kopfe so stark verletzt, dass er bewusstlos nach Hause gebracht wurde. Am

¹⁾ pag. 335.

folgenden Tage klagte er über Kopfschmerzen, die sich am 14. steigerten. Am 15. Februar trat eine Sprachstörung auf und der Kranke wurde verwirrt. Vom 15.—18. Februar bestanden Gesichtshallucinationen (Geister etc.) und er war in steter Erregung. Am 21. Februar wurde er in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Auf der Höhe des Scheitels, ein wenig links von der Medianlinie (entsprechend der coronarsutur), befinden sich 2 lineare Narben von ca. 1 cm Länge. An der linken Seitenfläche des Kopfes, nach hinten oben vom Ohr, 3 ähnliche Narben. Eine dieser Narben granulirte. Strabismus divergens. Geringe Parese des rechten facialis. „Andeutung von Katalepsie.“ Patellarreflexe kaum nachweisbar. Sprachstörung (verkehrt die Silben und benennt die Dinge mit falschem Namen). Am 22. Februar ist der Kranke stark benommen. Am 23. bessert sich die Sprache und die Kopfschmerzen schwinden. Am 24. Februar besteht ausgebildete „*flexibilitas cerea*“. Eine der Verletzungen an der Seitenfläche secernirt und zeigt eine infiltrirte Umgebung. Schmerzen in der linken Schädelhälfte. Am 6. März fühlt der Kranke sich wohl und geht umher. Am 12. März heftige Kopfschmerzen in der Gegend des linken Ohres. Perineuritis optica. Am 23. März werden die Kopfschmerzen so unerträglich, dass der Kranke laut schreit. Die Sprache verschlimmert sich von Neuem und der Schlaf fehlt völlig. Entsprechend der Narbe über dem linken Ohre am tuber parietale eine fünf Kop. grosse, fluctuirende Vorwölbung. „*Flexibilitas cerea*.“ Um die fluctuirende Stelle hat sich am 27. März eine Infiltration der normalen Schädeldecken gebildet. Beiderseits Stauungspapille. Am 28. März wird der Kranke in die Chirurgische Klinik übergeführt, trepanirt und stirbt am 11. April 1889.

II. Andrus Urbanik, 22 Jahre alt, stammt von einem geisteskranken, trunksüchtigen Vater. Er hatte von Geburt an einen Hydrocephalus, der bei der klinischen Aufnahme folgende Maasse aufwies: Kopfumfang, horizontal über den *tubera frontalia* gemessen, 71,0 cm, naso-occipetaler Durchmesser 23,5 cm, mento-occipetaler Durchmesser 30,0 cm, biparietaler Durchmesser 19,0 cm, bitemporaler Durchmesser 15,0 cm. Vor 5 Jahren stürzte er auf

dem Eise und war seither blind. Sein Gang ist atactisch, die Schmerzempfindlichkeit und die Reflexe sind erhöht. Beiderseitige Opticusatrophie. Seinen Oberkörper bewegt er „rhythmisch“ hin und her. Auf Anreden reagirt er nicht, höchstens antwortet er: ich „sitze“, oder: „es ist nichts“. Im Uebrigen stösst er nur unarticulirte Laute aus. Nach zweimonatlichem Aufenthalt in der Klinik wird der Kranke in seine Heimath entlassen, wird aber behufs Demonstration am 12. März 1889 wiederum in die Psychiatrische Klinik aufgenommen. Auf dem Wege zur Klinik war dem Kranken in einem Wirthshause aus Gutmüthigkeit Schnaps beigebracht worden und er kommt total betrunken in der Klinik an. Im Herbst 1888 soll er zwei Mal Krampfanfälle gehabt haben, die je eine Stunde dauerten, und wobei er das Bewusstsein verlor. Am 13. März liegt er völlig somnolent und kann sich nicht aufrecht halten. Am 15. März kommt er so weit zu sich, dass er zu essen beginnt. Am 17. Erbrechen. Am 18. März dauert das Erbrechen fort und die körperliche Schwäche nimmt zu. Am 24. März wird ein leichter Krampfanfall beobachtet. Während des Monats April erholt sich der Kranke einigermaassen. Am 20. April fällt er aus dem Bett und erhält eine Kopfwunde (rechts am Scheitel).

Am 2. Mai. Erneuter Krampfanfall. Halbseitige klonische Zuckungen in der facialis Musculatur und in den Extremitäten linkerseits. Déviation conjugée nach links. Respiration unregelmässig. Puls klein. Incontinentia urinae. Temperatursteigerung (38,0). Am 5. Mai starke Spasmen und Zuckungen linkerseits, „rechterseits Katalepsie“. Am 13. Mai linksseitige Krämpfe und ausgesprochene „rechtsseitige Katalepsie“. Während des Monats Juni erholt sich der Kranke, aber es bleibt die Neigung zu rechtsseitiger Katalepsie. Am 3. August erhält er in einem unbewachten Augenblick von einem Mitpatienten einen Fusstritt, so dass er stürzt, und sich am Kopfe und im Gesicht Hautabschürfungen zuzieht. Der Puls wird schnell (120) und kaum fühlbar. Tonische Krämpfe des ganzen Körpers. Zunehmende Schwäche und Entwicklung von *Decubitus*. *Exitus letalis* am 24. August 1889.

27. Kraepelin: Ueber die Nüchternen der psychischen Forschung, Leipzig, 1887.
 28. Kraepelin: Ueber Kataplexie, Centralblatt für Nervenkrankeheiten von Meusel, 1889, p. 477.
 29. Kraft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., 1888.
 30. Meusel: Die Manie, Monographie, 1881.
 31. Meynert: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, Wien, 1890.
 32. Morel: Trait6 clinique des maladies mentales, 1860.
 33. **Verzeichniss der in dieser Arbeit benutzten Literatur.**
 34. Neisser, C.: Ueber das Symptom der Verdrängung, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1896.

1. Arndt: Katalepsie und Psychose, Allgem. Zeitschrift f. Psych., 1874.
2. Arndt: Tetanie und Psychose, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1874.
3. Binder: Ueber motorische Störungen stereotypen Charakters etc., Arch. f. Psych., XX.
4. Binswanger: Dementia acuta, Charité-Annalen, VI.
5. Brosius: Die Katatonie, Allgem. Zeitschr. f. Psych., Band XXXIII.
6. Chiarugi: Abhandlung über den Wahnsinn, Leipzig, 1795.
7. Dornblüth: Klinische Beobachtungen aus der Prov.-Irren-Anstalt zu Kreuzburg, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1890.
8. Emminghaus: Allgemeine Psychopathologie, Leipzig, 1878.
9. Esquirol: Die Geisteskrankheiten, übers. von Bernhardt, 1838.
10. Fink: Beitrag zur Kenntniss des Jugendirreseins, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXVII.
11. Freusberg: Ueber motor. Symptome bei einfach. Psychosen, Arch. f. Psych., XVII.
12. Fritsch: Zur Kenntniss der Melanch. attonit., Wiener med. Presse 1878, Nr. 47, 48, 50.
13. Guislain: Klinische Vorträge, deutsch von Lähr, 1854.
14. Hammond: Treatise on insanity, London, 1833.
15. Hecker: Die Hebephrenie, Virchow's Archiv LII.
16. Hecker: Zur Begründung des klinischen Standpunktes in der Psychiatrie, Virchow's Arch., Band 52.
17. Jensen: Katatonie, Allgem. Encycl. d. Wissensch. u. Künste von Ersch und Gruber, 2. Sect., XXXIV.
18. Jensen: Was heisst „geisteskrank?“ Irrenfreund 1884.
19. Kahlbaum: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten, 1863.
20. Kahlbaum: Die Katatonie, klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I, 1874.
21. Kandinsky: Zur Lehre von den Hallucinationen, Arch. f. Psych., XI.
22. Kieser: Elemente der Psychiatrik.
23. Kirn: Periodische Psychosen, Monogr., 1878.
24. Knecht: Ueber die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1888.
25. Koch, J. A.: Specielle Diagnostik der Psychosen, 1890.
26. Kraepelin: Psychiatrie-Lehrbuch, 3. Aufl., 1889.

27. Kraepelin: Ueber die Richtungen der psychiatr. Forschung, Leipzig, 1887.
28. Kraepelin: Ueber Katalepsie, Centralblatt für Nervenkrankheiten von Mendel, 1890, p. 477.
29. Kraft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., 1888.
30. Mendel: Die Manie, Monographie, 1881.
31. Meynert: Klinische Vorlesungen über Psychiatrie, Wien, 1890.
32. Morel: Traité clinique des maladies mentales, 1860.
33. Neisser, C.: Die Katatonie, Monographie, 1887.
34. Neisser, C.: Ueber das Symptom der Verbigeration, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 1890.
35. Neisser, C.: Ueber die Gruppierung der psychischen Krankheiten, Wiener Jahrbücher f. Psych., 1889.
36. Radecki: Ein Beitrag zur näheren Begriffsbestimmung der Manie. Diss., Dorp., 1886.
37. Rebs: Ein Fall von Katatonie. Diss., Erlangen, 1877.
38. v. Rinecker: Ueber die Bedeutung der Hebephrenie, Allg. Zeitschr. f. Psych., Band 37.
39. Rieger: Ueber normale und katalept. Bewegungen, Arch. f. Psych., XIII.
40. Roller: Ueber motorische Störungen bei einfachem Irresein, Allgem. Zeitschrift f. Psych., 1885.
41. Rust: Ein Fall von Katatonie. Diss., Berlin, 1879.
42. Savage: Geisteskrankheiten, deutsch von Knecht, 1887.
43. Schüle: Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., 1886.
44. Schüle: Dementia acuta und stupor, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Band 38.
45. Séglas und Chaslin: La Catatonie, Arch. de Neurolog. 1888, Nr. 44, 45, 46.
46. Serbsky: Ueber die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen, Centralblatt f. Nerv. u. Psych. 1891.
47. Sperling: Sitophobia vera. Diss., Dorp., 1883.
48. Tamburini: Sulla Catatonia (Riv. sp. difren. 1886), deutsch im Irrenfreund.
49. Tigges: Kahlbaum's Katatonie, Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., XXXIV.
50. Tiling: Kommt Manie als selbständige Krankheit vor? Wiener Jahrbücher f. Psych. 1884.
51. Vogelsang u. Jastrowitz etc.: Discussion über Katatonie, Allgem. Zeitschr. f. Psych., Band 42.
52. Westphal: Ueber die Verrücktheit, Allg. Zeitschr. f. Psych., XXXIV.
53. Wille: Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie.
54. Zelaschi: Prager Vierteljahrsschrift, 1885.

Thesen.

1. Beim Manne kommen der Menstruation analoge periodische Vorgänge vor.
 2. Die Psoriasis ist eine Erkrankung des Nervensystems und sind daher alle localen Heilmittel a priori zu verwerfen.
 3. Das beste Suggestivmittel ist die faradische Hand.
 4. Die sogenannte Chirurgische Therapie der Psychosen ist eine Verirrung.
 5. Die Annahme, dass die hypnotische Behandlungsweise den Willen schwäche, ist irrthümlich.
 6. Es ist für die gedeihliche Entwicklung des Irrenwesens von grösster Bedeutung, dass die Irrenanstalten communale Institutionen sind.
-