

Über die Katatonie : ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie / von Clemens Neisser.

Contributors

Neisser, Clemens.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Stuttgart : Ferdinand Enke, 1887.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/dxx5uqpc>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

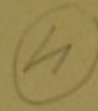
This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

ÜBER DIE



K A T A T O N I E.

EIN BEITRAG

ZUR

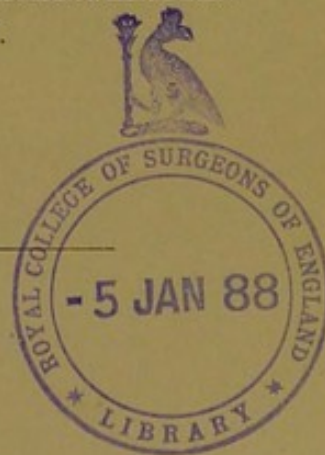
KLINISCHEN PSYCHIATRIE

VON

DR. CLEMENS NEISSER,

DRITTEM ARZTE AN DER PROVINZIAL-IRREN-HEIL-ANSTALT ZU LEUBUS.

MIT IN DEN TEXT GEDRUCKTEN HOLZSCHNITTEN
UND VIER TAFELN.



C STUTTGART.

VERLAG VON FERDINAND ENKE.

1887.

1847

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1847

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1847

Seinem hochverehrten Chef

Herrn Director Dr. Alter,

in Ehrerbietung und Dankbarkeit

sowie

Revised Edition of 1908

Human Microbiology

by H. W. Henshaw and J. H. Henshaw

1908

seinen geliebten Eltern

zugeeignet

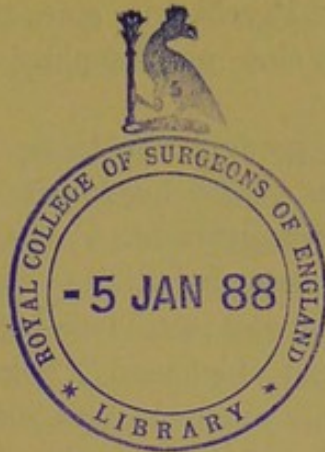
vom Verfasser.

THE HISTORY OF

THE UNITED STATES OF AMERICA

BY

W. H. CHAPMAN



Von den im Nachfolgenden mitgetheilten, der von Kahlbaum ¹⁾ aufgestellten Krankheitsform der Katatonie zugehörigen Beobachtungen hatte ich ursprünglich nur den letzten Fall (der Marie Kupka), welcher einige klinische Besonderheiten darbietet, zur Veröffentlichung bestimmt. Ein näheres Eindringen in die über die genannte Krankheitsform bereits existirende Literatur liess es als wünschenswerth erscheinen, aus dem reichen, Dank der Liberalität meines hochverehrten Chefs, des Herrn Director Dr. Alter, mir zur freien Verfügung stehenden hiesigen Materiale noch eine Anzahl anderer, zur Katatonie gehöriger Fälle vorzuführen und mit einigen Begleitbemerkungen allgemeineren Inhalts zu versehen.

Vor Allem schien die Wiedergabe und Rubricirung, welche Schüle der Katatonie in seinem Lehrbuche ²⁾ angedeihen lässt, es nothwendig zu machen, dass Jemand, wenn er von Katatonie spricht, sich zunächst darüber ausweist, ob er die Kahlbaum'sche oder die Schüle'sche Krankheitsbeschreibung im Sinne hat. Der Umstand, dass Schüle dem bezüglichen Kapitel in seinem Lehrbuche als ersten Literaturbelag den Titel der Kahlbaum'schen Monographie voransetzt, ist ein Beweis aus moderner Zeit für den von Kahlbaum im Jahre 1863 ausgesprochenen allgemeinen Satz ³⁾: „Während in allen übrigen naturwissenschaftlichen Disciplinen schon lange die Sitte waltet, dass die in den Arbeiten der Vorgänger deponirten Beobachtungen und Benennungen von den Nachfolgern soweit respectirt werden, dass für dieselben Dinge nicht neue Benennungen und für neue oder andere Dinge nicht die früheren, bereits anders stabilirten Namen benutzt

¹⁾ Dr. Karl Kahlbaum, Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. I. Heft: Die Katatonie. Berlin 1874 (Verl. v. August Hirschwald).

²⁾ Dr. Heinrich Schüle, Klinische Psychiatrie. Spec. Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten (v. Ziemssen's Handbuch der spec. Pathologie und Therapie. XVI. Bd. 3. völlig umgearbeitete Auflage. Leipzig 1886. p. 196 ff.).

³⁾ Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen von Dr. K. Kahlbaum. Danzig 1863. p. 4.

werden, herrscht in der Psychiatrie eine, fast möchte ich sagen, räthselhafte Willkür und eine an Sisyphus' erfolglose Arbeit erinnernde Neuerungskunst.“

Einerseits also, wie gesagt, musste es, um nicht neuen Anlass zur Verwirrung zu bieten, wünschenswerth sein, der Besprechung eines irgendwie absonderlich gearteten Falles von Katatonie die Beschreibung eines oder mehrerer Schulfälle vorausgehen zu lassen. Andererseits haben eine Anzahl von zum Theil hervorragenden Psychiatern sich reservirt oder geradezu ablehnend ¹⁾ gegenüber der Kahlbaum'schen Krankheitsform ausgesprochen, und somit dürfte eine ausführlichere Behandlung des Gegenstandes nicht überflüssig sein.

Ein ächtes klinisches Krankheitsbild, d. h. das Bild einer Krankheit, welche sich zwar individuell verschieden zeigt, welche kürzer und länger dauern, schwerer und leichter auftreten kann, welche aber im Ganzen und Grossen einen typischen Verlauf und eine Reihe charakteristischer, pathognostischer Symptome aufweist, so dass es möglich wird, in Einem Stadium mit annähernder Sicherheit zu wissen: hier ist dieses Stadium vorausgegangen, hier wird dieses Stadium voraussichtlich folgen — naturgemäss mit derjenigen Einschränkung, welche die Mannigfaltigkeit und Complicirtheit organischer Prozesse an und für sich involvirt — ein solches Krankheitsbild ist in der psychiatrischen Disciplin auch heute noch eine so seltene, frappirende Erscheinung, dass es nachdenklich machen muss, wenn dreizehn Jahre seit der monographischen Bearbeitung des Gegenstandes durch Kahlbaum hingehen konnten, ohne dass derselbe in succum et sanguinem der Autoren übergegangen ist.

Suchen wir nach dem Schlüssel für diese befremdliche Thatsache, so will es uns scheinen, als ob der Grund, weshalb Manche sich bislang mit der neuen Krankheit nicht recht befreunden konnten,

¹⁾ Vgl. u. A. die Verhandlungen auf der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte zu Nürnberg im Jahre 1877 (Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 34. p. 731 ff.); ferner die Discussion im Anschluss an den auf der Jahresversammlung desselben Vereins am 4. August 1880 zu Eisenach gehaltenen Vortrag v. Rinecker's: Ueber die Bedeutung der Hebephrenie als klinisches Krankheitsbild (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37. p. 570 ff.). Endlich die an den Vortrag von Dr. Knecht-Colditz: Ueber die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse sich anknüpfende Debatte in der 53. ordentl. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. Juni 1885 (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. p. 340).

Auch Westphal erklärt sich entschieden gegen die Katatonie, wenn er auch für die Details der Kahlbaum'schen Arbeit grosse Anerkennung zeigt. Vgl. seinen Vortrag: Ueber die Verrücktheit, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Hamburg am 24. September 1876 (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34. p. 252 ff.).

weniger in der Beschaffenheit dieser selbst und in ihrer Symptomatologie zu finden sei, als vielmehr in der zeitweiligen Lage der psychiatrischen Forschung.

Theoretisch nämlich ist wohl längst der Standpunkt preisgegeben, welcher den gedanklichen Inhalt des pathologisch Producirten als hauptsächlich massgebend für Eintheilung und Auffassung der Psychosen ansah, wie derselbe seiner Zeit in der Pinel-Esquirol'schen Monomanienlehre das summum arbitrium abgab. In Wirklichkeit aber hielt die auf den Inhalt der hallucinatorischen und der „fixen“ Wahndecken gerichtete Betrachtungsweise des Einzelfalles — mit wenigen hervorstehenden Ausnahmen — immer noch Sinnen und Trachten der Forscher gefangen. Beweis hierfür ist die Zähigkeit, mit welcher die aus jenem einseitig-psychologischen Standpunkte hervorgewachsene und lediglich mit jenem vereinbare alte Nomenclatur allen Einwänden gegenüber von dem Gros der Psychiater festgehalten wurde. Damit war aber natürlich einem fortschreitenden Ausbaue der psychiatrischen Disciplin vom klinischen Standpunkte ein Riegel vorgeschoben. Eine vage, dehnbare, missverständliche Nomenclatur ist naturgemäss ein Hemmniss für jede feinere Distinction, und so hat die alte psychologische Schule nicht einmal eine brauchbare Symptomatologie oder Semiotik zu schaffen vermocht. Wir gehen wohl nicht zu weit, wenn wir behaupten, dass die landläufigen Bezeichnungen: Melancholie, Verrücktheit etc. allmählich zu förmlichen Collectivbegriffen geworden sind, unter welche von den verschiedenen Autoren je nach subjectivem Gutdünken ganz differente Prozesse rubricirt werden ¹⁾.

Wer also die klinische Forschung in andere Bahnen lenken, wer wirkliche klinische Krankheitsbilder aufstellen resp. beschreiben wollte, der musste sich seine Terminologie selbst schaffen, der musste sich frei machen von den einengenden Fesseln, in deren Banne die klinische Psychiatrie durch die veralteten Bezeichnungen so lange gehalten worden war.

Das aber hat Kahlbaum im vollsten Maasse gethan, und hierin

¹⁾ Uebersaus charakteristisch für den Standpunkt, oder sagen wir lieber die absolute Standpunktlosigkeit (sit venia verbo!), welche die psychiatrische Wissenschaft der letzten Decennien nicht eben vorthellhaft auszeichnet, ist das auf der schon oben citirten Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Nürnberg am 16. September 1877 von Tigges gehaltene Referat: Ueber die Formularien der amtlichen irrenärztlichen Statistik in Deutschland (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34. p. 731 ff.). Für einen späteren Historiker der Psychiatrie dürfte die Lektüre dieses Referates ungefähr von demselben Interesse sein, wie wenn wir heute in alten Abhandlungen sorgsam festgestellt finden, wie oft bei „Wassersucht“ und ähnlichen „Krankheiten“ Herzklopfen, Kopfschmerzen, Benommenheit des Sensoriums etc. vorgekommen seien.

ist unseres Erachtens der Hauptgrund zu finden, weshalb eine allgemeine Anerkennung und Einbürgerung der Krankheitsform der Katatonie noch nicht zu Theil geworden ist. Kahlbaum ist einer von den auf jedem wissenschaftlichen Gebiete seltenen Forschern, welche aus einer eingehenden Kenntniss der speciellen Fachgeschichte ihre Lehren ziehen und, wie ich glauben möchte, kommt in keiner klinisch-descriptiven Arbeit der Bruch mit dem alten nosologischen Pseudo-Systeme so glänzend durchgeführt zum Ausdruck wie in Kahlbaum's Katatonie. Die Krankheitsfälle, welche sich hier zusammengefasst finden, bieten freilich vielfach ein recht verschiedenartiges äusseres Gepräge dar. Berücksichtigt man, wie dies auch der Laie wohl thut, nur das, was die Kranken geistig produciren und sucht man für ihr Thun und Lassen lediglich vom psychologischen Standpunkte aus ein Verständniss zu gewinnen, dann freilich fällt die grosse Mannigfaltigkeit der einzelnen Bilder in die Augen. Versucht man jedoch dem Wesen der wechsellvollen Erscheinungen nachzuspüren, löst man das complicirte Gewirre der Krankheitsäusserungen in seine einzelnen Bestandtheile auf, analysirt man die Zustandsformen, wie sie sich als Phasen zusammenhängender Krankheitsprozesse darstellen und successive sich ablösen, dann tritt ihre tiefgreifende Aehnlichkeit und Uereinstimmung hervor. Das ist eben die verdienstliche und geradezu geniale Leistung Kahlbaum's, dass er es verstanden hat, diese wissenschaftliche Analyse so vorzunehmen, dass daraus scharf umschriebene, wohl charakterisirbare Symptome und Symptomencomplexe hervorgegangen sind, welche in empirisch-gesetzmässiger Combination und Aufeinanderfolge das Ganze des Krankheitsprozesses constituiren, und deren einige so eigengeartet sind, dass ihr Auftreten bei einer Geistesstörung an und für sich schon den Fingerzeig für die Diagnose abgibt. Diese Symptomencomplexe werden aber — in schroffem Contrast zu der Einseitigkeit älterer psychiatrischer Richtungen — keineswegs bloß von den im engeren Sinne psychischen Erscheinungen gebildet; nicht nur die fictiven Constituentien des Seelenlebens: Empfinden, Vorstellen, Wollen oder wie sonst immer die Bezeichnungen und Gruppen gewählt worden sind, in welche man die unendlich complicirten Prozesse psychischen Geschehens hineinzuzwängen sich bestrebt hat, werden auf ihr pathologisches Verhalten geprüft, sondern auch die Erscheinungen von Seiten der somato-neurotischen Sphäre finden ihre ebenmässige gebührende Berücksichtigung. Mit Einem Worte: Der ganze kranke Mensch ist für Kahlbaum das wissenschaftliche Object. Hierin aber — in der vorurtheilslosen Betrachtung des Zustandes des ganzen kranken Menschen vom Beginne bis zum Ablaufe der Erkrankung — wurzelt und gipfelt das Ziel aller klinischen Wissenschaft.

Wenden wir uns nach dieser summarischen Skizzirung des allgemeinen Standpunktes zu dem Krankheitsbilde der Katatonie selbst.

Bei der Beschreibung seiner Krankheitsform geht Kahlbaum aus von dem Symptomencomplexe, welchen man gewöhnlich als *Melancholia attonita* oder *Melancholia cum stupore* oder schlechtweg als Stupor zu bezeichnen pflegt¹⁾.

Die Auffassung, welche bei den Autoren dieser eigenthümliche Krankheitszustand, „in welchem der Kranke schweigsam oder völlig stumm und regungslos dasitzt, mit starren Mienen, unbeweglichem und in die Weite fixirtem Blicke, bewegungs- und scheinbar völlig willenlos, ohne Reaction auf Sensibilitätsindrücke, zuweilen mit dem vollständig entwickelten Symptome der *Flexibilitas cerea*, wie bei der Katalepsie, zuweilen nur mit einem sehr geringen, aber deutlich erkennbaren Grade dieser Erscheinung“²⁾, gefunden hat, hat bekanntlich in den verschiedenen Zeitepochen eine Wandlung erfahren. Während Esquirol den Stupor unter die psychischen Schwächezustände einreichte und als besondere Form der Demenz ansah, durchbrach Baillarger in einer im Jahre 1843 diesem Gegenstande gewidmeten Abhandlung diese Anschauungsweise. Er betonte, dass keineswegs immer, wie Esquirol annahm, in diesem Zustande ein mehr weniger vollständiger Stillstand aller seelischen Operationen stattfindet, dass vielmehr unter der Bleimaske äusserer Starre heftigste Delirien schreckhafter Natur sich verbergen könnten und kam so dazu, den Stupor als gewissermassen höhere Intensitätsstufe der einfachen Melancholie hinzustellen. Er schuf nunmehr den Namen *Melancholia cum stupore*. Die Differenz beider Forscher liegt lediglich in der Beurtheilung der psychologischen Vorgänge während des stuporösen Zustandes. Beide jedoch übereinstimmend beschreiben und behandeln die *Melancholia cum stupore* als eine besondere Krankheitsform.

Auf Grund genauer klinischer Beobachtung ist Kahlbaum³⁾

¹⁾ Hierin mag der Irrthum Einzelner seine Erklärung finden, dass Katatonie und *Mel. attonita* identische Dinge seien und das Neue der Kahlbaum'schen Krankheitsform nur darin bestände, dass die Symptome von Seiten des willkürlichen Bewegungsapparates bei ihm zu integrirenden, mit den psychischen gleichwerthigen Bestandtheilen des Krankheitsprocesses erhoben seien.

²⁾ Es wird begreiflich erscheinen, wenn ich hier wie auch im Folgenden wiederholt mich der eigenen Worte Kahlbaum's bediene, indem ich es nicht für zweckmässig halten kann, blos um Selbstständiges zu geben, vielleicht weniger Gutes zu substituieren.

³⁾ Wenn Kahlbaum auf p. 4 (op. cit.) ganz allgemein sagt, dass die *Mel. attonita* „bisher als besondere Krankheitsform angesehen wurde“, so übersieht er dabei die Darstellung, welche Kieser in seinen mit so viel Geist geschriebenen „Elementen der Psychiatrik“ (Breslau und Bonn 1855) von dem in

dagegen zu dem Ergebniss gelangt, dass der *Melancholia attonita* keineswegs dieser selbstständige Charakter zukommt, dass sie vielmehr

Rede stehenden Gegenstände giebt. Kieser sagt, man könne die *Mel. attonita* als ein Symptom der Melancholie (damals wurde bekanntlich dieser Begriff sehr viel weiter gefasst wie heute) ansehen. Sie könne „bei jeder Form derselben entstehen und mit dem entgegengesetzten Symptome, *Mel. errabunda*, *manica* etc., wechseln“. Auch das Vorkommen von Krampfstörungen ist ihm nicht entgangen, doch hält er dieselben für epileptische. Endlich findet sich auch hier schon die Beschreibung des Symptomes der „Verbigeration“. Nachdem er gesagt, dass die *Mel. attonita* „metaschematisch mit krankhafter Geschwätzigkeit, *Lalomania*, wechseln könne, in welcher die abnorm gesteigerte Thätigkeit die Sprachorgane ergreift“, fügt er hinzu (p. 185): „In anderen Fällen sprechen die Kranken stetig dieselben Worte.“

Bei Griesinger (Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 2. Aufl. 1861) findet sich übrigens auch, wie Kahlbaum selbst hervorhebt, in einer dem Kapitel „Melancholie mit Stumpfsinn“ folgenden, klein gedruckten Anmerkung die Notiz: „Die Form der „Melancholie mit Stumpfsinn“ entwickelt sich zuweilen primär, besonders bei jüngeren weiblichen Kranken, nach heftigen Gemüthserschütterungen; sie kommt aber auch zuweilen nach epileptischen Anfällen, nach Tobsucht und im Wechsel mit solcher vor.“ — In seiner, diesen Zeilen vorangehenden Beschreibung des Zustandes schliesst er sich freilich, wie schon die Bezeichnung Melancholie mit Stumpfsinn besagt, eng an Baillarger an.

Es dürfte von Interesse sein, hier noch die Auffassung und Darstellung zu kennzeichnen, welche die *Mel. attonita* bei anderen hervorragenden Autoren gefunden hat.

Jos. Guislain (Klinische Vorträge über Geisteskrankheiten; deutsch mitgetheilt von Dr. Heinrich Laehr. Berlin 1854) wird von Rust („Ueber die Katatonie.“ Inaug.-Diss. Berlin 1879. p. 26) als der Erste bezeichnet, „der die *Mel. attonita* als eigenartige Elementarform der Geisteskrankheiten aufstellte“. „Er bezeichnet sie als Ekstase, Phrenoplexie und sagt, sie gehört einerseits der Melancholie, andererseits der Manie und gleichzeitig dem acuten Blödsinn an. Die Functionen der Sensibilität, Motilität und Intelligenz, alle sind in dieser merkwürdigen Form aufgehoben.“ Dazu möchte ich bemerken, dass allerdings dieser von Guislain geschilderte, von ihm jedoch als ausserordentlich selten bezeichnete Zustand der Ekstase zur Katatonie zu rechnen ist; dass jedoch ebenso hierher gehört das von ihm als Stupidität geschilderte Krankheitsbild, welches er von der Ekstase getrennt wissen will. In Bezug auf die Beschreibung der Stupidität schliesst sich Guislain an Georget an und nimmt in der Differenz zwischen Esquirol und Baillarger insofern einen vermittelnden Standpunkt ein, als er die Aehnlichkeit dieses Zustandes mit Formen des Blödsinnes einerseits angiebt, andererseits die Verwandtschaft mit der Melancholie in der Heilbarkeit der Krankheit findet.

Jäger (Seelenheilkunde, Leipzig 1846) stellt die *Mel. attonita* zur Melancholie und nennt sie Melancholie mit Depression des Willens.

Spielmann (Diagnostik der Geisteskrankheiten, Wien 1855) steht vollständig auf Baillarger's Standpunkt.

Desgleichen Henry Mandsley (Die Physiologie und Pathologie der Seele, deutsch v. Böhm. 2. Aufl. 1870). Vgl. p. 355: „In jener schwersten Form der Melancholie, die wir unter dem Namen des Stupor oder der *Mel. attonita* kennen,

nur eine Theilerscheinung eines Krankheitsprozesses darstellt, dessen typische Verlaufsweise und charakteristische Symptomatologie er ein-

wo die ganze Seele von einer schrecklichen Wahnvorstellung vollkommen eingenommen ist — —“. — Das von ihm beschriebene „Kataleptische Irresein der Kinder“ hat nichts mit unserem Gegenstande zu thun.

Leidesdorf (Lehrbuch der psychischen Krankheiten. 2. Aufl. 1865. p. 165 ff.) wählt den Namen „Melancholie mit Stumpfsinn“ und führt als Synonyma Mel. cum stupore, Mel. attonita, Ecstasis an. Er hebt hervor, dass sich hier zu den psychischen Symptomen, welche „ganz dieselben sind, wie sie der einfachen Melancholie zukommen“, noch „ein eigenthümliches Verhalten des Bewegungsapparates und gewöhnlich auch der Sinnesorgane“ geselle. Danach könne man 3 Gruppen unterscheiden, deren Ausführung hier nicht weiter in Betracht kommt.

Von neueren Autoren (seit dem Erscheinen von Kahlbaum's Monographie) seien erwähnt:

H. Dagonet (Nouveau traité élémentaire et pratique des Maladies mentales, Paris 1876). Das Chapitre IV trägt die Ueberschrift: Stupidité. Synonymie: Stupeur, Stupémanie, Melancholia attonita-cataleptica, hyperphrenica; starres Irrfühlen, Phrénoplexie, Ekstase. Obwohl er am Abschluss eines kurzen historischen Ueberblicks ausdrücklich betont, dass der Streit zwischen Esquirol und Baillarger ein müssiger sei, da thatsächlich der Zustand der Stupidité sowohl der Lypémanie wie der Manie folgen und mannigfache Ursachen haben könne, so behandelt er sie doch in der weiteren Schilderung wie eine selbstständige Krankheit.

Besonders hervorzuheben ist die Stellungnahme von Ball (Leçons sur les Maladies mentales, Paris 1880), weil er die von Baillarger vom psychologischen Standpunkte aus behauptete Beziehung der Mel. attonita zur Mel. simplex, wonach jene eine Steigerung der Zustände bei dieser darstellt, vom physiologischen Gesichtspunkte aus und auf selbstständigem Wege von Neuem betont. Er schliesst seine sehr lesenswerthe Erörterung über den Stupor mit folgender Bemerkung (p. 272): „La stupeur est un phénomène d'arrêt, dans lequel les fonctions cérébrales sont partiellement suspendues, tant au point de vue intellectuel qu'au point de vue physique et au point de vue de l'influence que l'encéphale exerce sur le reste du corps. A cet ordre de faits, il faut rattacher la mélancolie et ces troubles divers qui ne sont qu'une manifestation à un degré infime de ce que nous voyons au suprême degré chez les malades en état de stupeur.“

J. Luys bemüht sich in seinem Traité clinique et pratique des Maladies mentales, Paris 1881, die Geistesstörungen nach pathologisch-anatomischem Gesichtspunkte zu rubriciren. Er unterscheidet eine Stupeur simple und Stupidité hallucinatoire. Jene stellt er zu den Ischémies généralisées par la coexistence, chez le même sujet, de processus hyperémiques et ischémiques. Klinisch bringt er beide in der Gruppe der Lypémanies unter.

Heinrich Schüle (op. cit. cf. p. 1) wird uns etwas länger beschäftigen, da schon die blosse Aufzählung der verschiedenen Formen, welche dieser unermüdlich classificirende Autor aufstellt, einen längeren Raum beansprucht. Er hält völlig aus einander die „Mel. attonita“, den „attonischen Wahnsinn oder die Katatonie“ und die „acute primäre Dementia“. — Die Katatonie ist nach ihm, wie er gleich Eingangs sagt (und wogegen wir schon oben energisch protestir-

gehend beschreibt, und für welchen er die Bezeichnung „Katatonie“ gewählt hat. Die empirischen Thatsachen, auf Grund deren Kahlbaum diese Erkenntniss gewonnen hat, sind hauptsächlich folgende:

ten), „eine specielle Erscheinungsform des acuten hallucinatorischen Wahnsinns“; er unterscheidet drei klinische Untergruppen: „die religiös-expansive“, die „depressive“ (Dämonomane) und die „hysterische“ Form. — Die acute primäre Dementia zerfällt bei ihm wieder in a) die stuporöse Form; b) die primäre Dementia ohne Stupor. Davon theilt sich a) die stuporöse Form von Neuem in eine 1. „attonische“ und 2. „eine stupid-hallucinatorische“. An die Untergruppe 1. schliesst sich „der postmanische Stupor“, an die Untergruppe 2. der „hallucinatorische“ (Pseudo-Stupor) als Anhang. — Indem ich seine Unterscheidung zwischen „psychischem“ und „organischem“ Stupor hier übergehe, führe ich nur folgendes wörtlich an (p. 214): „Für die differentielle Diagnose zwischen attonischem Stupor und attonischer Melancholie, welche durch die Attonität eine gewisse äussere Aehnlichkeit haben, aber sonst grundverschiedene Prozesse darstellen, ist maassgebend: beim attonischen Stupor peracute Entstehung; bei der attonischen Melancholie allmähliche Entwicklung aus der Melancholie; dort blöde schlaife Gesichtsmaske mit halb geöffnetem Munde und meist profuser Salivation; hier starre, angst- und schmerzvoll verzerrte Züge; dort profuse Schweisse mit tardem, ausserordentlich wechselndem Pulse; hier trockene spröde Haut mit contrahirter Arterie; dort Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme aus Blödsinn und Willenlosigkeit, hier absichtliche Nahrungsverweigerung aus Wahn; dort Hautanästhesie aus Sopor, hier schweigsame Duldung des richtig empfundenen Schmerzes aus melancholischem Schuldgefühl; dort Secessus inscii, hier krampfhaft (willentliche) Zurückhaltung; dort zeitweise attonisch starre, zeitweise schlaife Muskulatur mit Neigung zur Katalepsie und Flexibilitas cerea, hier tonisch flectirte Haltung des Rumpfes und der Arme, in welcher sich der ängstliche oder sich selbst erniedrigende Affect verkörpert; dort keine Erinnerung an die Zeit der wirklichen Bewusstseinsleere, hier peinlich exactes Gedächtniss an die Zeit eines mit allen drohenden Schrecknissen überfüllten Bewusstseins.“ — Dazu muss ich bemerken, dass, soweit die Unterscheidungen sich auf objective Wahrnehmungen beziehen, wie Pulsbeschaffenheit, Salivation u. dgl., ich dieselben nach meinen Beobachtungen ganz und gar nicht gelten lassen kann, indem ich diese Phänomene bei denselben im Zustande der Attonität befindlichen Individuen wiederholt wechseln und sich völlig verändern sah. Was jedoch dergleichen Beobachtungen betrifft, wie „dort zeitweise attonisch starre, zeitweise schlaife Muskulatur mit Neigung zur Katalepsie und Flexibilitas cerea, hier tonisch flectirte Haltung des Rumpfes und der Arme, in welcher sich der ängstliche oder sich selbst erniedrigende Affect verkörpert“, so bekenne ich mich offen ausser Stande, derartige Beobachtungen mit Sicherheit anzustellen.

v. Krafft-Ebing (Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Aufl. 1879; 2. Aufl. 1888) erwähnt die Katatonie als besondere Krankheitsform überhaupt nicht; er hält die Mel. attonita und Stupidität oder primäre heilbare Dementia aus einander. Zwischen beiden giebt er differentiell diagnostische Merkmale an, welche wir im Wesentlichen bei Schüle wiederfinden und zu denen wir schon Stellung genommen haben, wenn auch hier die von uns als zu subjectiv und deshalb indiscutabel bezeichneten Angaben Schüle's fehlen. — Beiläufig möchte ich bemerken, dass der Satz in der zweiten, als Paradigma angeführten Krankengeschichte (Fleischer Walter): „lachte öfters vor sich hin“, weniger für eine

Erstens tritt der Zustand der *Melancholia attonita* nur äusserst selten primär auf. Es ist vielmehr die Regel, dass er aus einem Zustande einfacher Melancholie hervorgeht, oder, wie es recht häufig der Fall ist, aus einer Melancholie mit nachfolgender Tobsucht, so dass also dann der Zustand der *Mel. attonita* die dritte Phase des ganzen Krankheitsprozesses darstellt. Führt die Krankheit jetzt nicht zur Genesung, so geht die *Mel. attonita* schliesslich auch noch in entschiedenem Blödsinn (Terminal-Blödsinn) über, so dass dann für denselben Krankheitsfall vier oder — wenn man das Stadium der Verwirrtheit, welches meist beim Uebergange aus der *Mel. attonita* in Blödsinn zur Beobachtung gelangt, als ein besonderes mitzählen will — fünf differente Zustände nach einander das psychische Bild des Krankheitsprozesses construirt haben. — Ist diese Beobachtung richtig, so kann von einer selbstständigen Krankheitsform der *Mel. attonita* füglich keine Rede sein.

Aber auch der alte Grundsatz: *a potiori fit denominatio*, kann zu Gunsten einer eventuellen Krankheitsform der *Mel. attonita* nicht geltend gemacht werden. Denn die klinische Beobachtung hat ferner ergeben, dass es zwar meistens der Fall zu sein pflegt, dass die *Mel. attonita* bei Kranken, wo sie einmal aufgetreten ist, continuirlich längere Zeit anhält, dass es jedoch auch Krankheitsfälle giebt, wo dieser eigenthümliche psychische Zustand wiederholt und dann oft in sehr flüchtig vorübergehender Weise auftritt.

Endlich drittens giebt es zahlreiche Fälle, in denen die Intensität der Ausbildung des Zustandes nicht eine so äusserst prägnant ausgesprochene ist, wie in der oben gegebenen Schilderung, wo aber das Gesamtbild der Kranken ein derartiges ist, dass es sich deutlich als zu jenen schwereren Formen nahe verwandt und zugehörig erweist, so dass es den Erscheinungen Gewalt anthun hiesse, wollte

Tabula rasa der psychischen Functionen, als vielmehr für hallucinatorische Beeinflussungen zu sprechen scheint.

Rudolf Arndt's (Lehrbuch der Psychiatrie, Wien und Leipzig 1883) Stellung zu der Frage bedarf, bei seinem bezüglich der Classification und allgemeinen Auffassung der Psychosen abweichenden Gesamtstandpunkte, einer eingehenderen Besprechung, als wir sie hier geben können. Vorerst betrachten wir seine in dem Aufsätze („Katalepsie und Psychose“. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30) deponirten Krankheitsfälle, soweit nach dem Referate ein sicheres Urtheil über dieselben möglich ist, als typische Fälle von Katatonie.

Von casuistischen Mittheilungen verweise ich noch auf *La Lipemania stupida e la transfusione sanguigna* da Carlo Livi, referirt von Dr. Ullensperger. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 33 (1877). p. 382; und eine Mittheilung von Zelaschi in Turin in der Prager Vierteljahrsschr. 1855. 12. Jahrgang. 2. Bd., referirt in der Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 13 (1856). Heft 1. (Beide Arbeiten waren mir nur im Referate zugänglich.)

man diese Fälle in eine andere Kategorie unterbringen wie jene ausgeprägten.

Die Beobachtung der letzterwähnten Fälle mag wohl nicht zum Wenigsten eine Veranlassung für Kahlbaum gewesen sein, an Stelle der „Mel. attonita“ das kürzere Wort: „Attonität“ einzuführen, dessen wir uns auch hinfort bedienen werden. Dasselbe empfiehlt sich vor Allem durch seinen nichts präjudicirenden, rein phänomenologischen Charakter. Zudem giebt die Bezeichnung *Melancholia attonita* keineswegs eine zutreffende Signatur des Zustandes der davon betroffenen Kranken. Kahlbaum sagt hierüber auf pag. 45: „Es ist ein Irrthum, der sich in den meisten Handbüchern und Abhandlungen findet, dass es sich bei den als *Mel. attonita* (oder *Mel. cum stupore*, *Mel. stupida*) bezeichneten Krankheitsfällen nur um depressive Gefühle und depressive Vorstellungen handelt. Zunächst zeigen die Fälle mit einem maniakalischen Stadium nicht nur alle übrigen Charaktere der Manie, wie Ideenflucht, Agitation u. dergl., sondern auch häufig genug eine bis zur Uebermüthigkeit gesteigerte heitere Stimmung, gesteigertes Selbstbewusstsein und Wahnvorstellungen mit expansivem Inhalt selbst bis zu Spuren von jenem, der allgemeinen progressiven Paralyse angehörenden Grössenwahne . . .“ „Aber nicht nur in dem maniakalischen Stadium kommen krankhaft heitere Stimmungen und Delirien vor, sondern auch in dem Zustande der Attonität. Man sieht bei solchen Kranken zuweilen ihre sonst starren Gesichtszüge sich mit einem entschiedenen Lächeln und selbst hörbarem Lachen beleben, sowohl über Vorgänge, die in ihrer Umgebung passiren, als auch ohne solche, und aus ihren später gegebenen Mittheilungen geht zuweilen mit Bestimmtheit hervor, dass sie zeitweise unmotivirt mit heiteren Gefühlen erfüllt wurden.“

Unsere Erfahrungen vermögen diesen Satz vollauf zu bestätigen, und auch der nachstehend mitgetheilte Fall Kretschmer kann als Illustration hierfür dienen.

Die Attonität ist also ein Stadium, eine Phase eines Krankheitsprozesses.

Des Weiteren aber hat Kahlbaum durch klinische Beobachtung der Krankheitsfälle, welche in ihrem Verlaufe ein Stadium der Attonität mit sich führen, festgestellt, dass, namentlich in dem Anfange der Krankheitsentwicklung, epileptiforme Anfälle oder andere krampfartige Zustände bei einer grossen Zahl von Kranken anfallsweise vorkommen, dass ferner im Krankheitsverlaufe dauernde krampfartige Zustände auftreten, „welche in dem Stadium der Attonität ihre extremste Entwicklung als *Flexibilitas cerea* finden und in einzelnen Resten noch bis in das Stadium des Terminalblödsinns zu verfolgen sind“. Diese Krampfzustände „bald vollkommen convulsiver, bald

blos tonischer und halbtonischer Art“ treten entweder in einmaligem Anfalle oder wiederholt auf oder lassen auch nach Aufhören der Anfälle eigenthümliche Veränderungen der Bewegungsorgane zurück, „die wieder wie halbtonische Spannungen oder wie unvollständige Contracturen aussehen“. — Auch in der bewegungslosen Haltung, in der Art und Weise, wie die Glieder und die Körpertheile in der Ruhe gehalten werden, zeichnet sich nach Kahlbaum der Katatonicus sehr auffallend aus. „Eine Kranke in Allenberg sass viele Monate lang im Bette mit gekrümmtem Rücken und vornübergebeugtem Kopfe, nachdem sie vorher lange Zeit apathisch im Bette gelegen hatte. Der Kranke Adolf L. (6. Fall bei K.) hatte die Gewohnheit, in der Ruhe den rechten Vorderarm vor die Mitte der Brust, das Gesicht oder einen Gesichtstheil mit der rechten Hand bedeckt und die linke Hand an dem rechten Ellenbogen festzuhalten, eine Haltung, wie sie wohl öfters zum Ausruhen der Arme und im Nachdenken eingenommen wird, bei diesem Kranken aber so stereotyp wurde, dass die Körpertheile an den betreffenden Berührungsstellen tiefe Eindrücke erhielten. In diese Kategorie gehört auch die krampfhaft Vordrängung der auf einander gepressten Lippen („Schnauzkrampf“), die bei Katatonie sehr häufig ist. Hieran schliessen sich jene bizarren Bewegungstereotypen, wie man sie in allen grösseren Anstalten vielfach vertreten findet; der Eine fasst sich alle paar Minuten an die Nasenspitze, ein Anderer schwenkt von Zeit zu Zeit den Arm horizontal um den Kopf herum und endigt die Bewegung mit einer Wegschleuderung der Hand. Eine Frau macht im Sitzen eine Arm- und Handbewegung, die ganz ähnlich derjenigen beim Spinnen am Spinnrade ist. Der vorhin angeführte Kranke (Adolf L.) hatte die Manier, mit einwärts erhobenem inneren Fussrande auf dem äusseren Fussrande zu gehen und dabei die Kniee gebeugt zu erhalten. Die Kranke Minna v. B. (3. Fall bei Kahlbaum) hat die Manier, zu Zeiten ein Stück Zeug wurstartig zusammenzudrehen und sitzt an den betreffenden Tagen stundenlang in dieser drehenden Bewegung. Hierher gehört auch das häufige Grimassiren mancher Kranken.

Meist erzählt man diese Eigenthümlichkeiten in stereotypen Haltungen und Bewegungsmanieren nur von den bereits zum Terminalblödsinn übergegangenen Fällen ¹⁾. Aber sie kommen schon viel früher

¹⁾ Ich möchte die obigen, der Kahlbaum'schen Monographie entlehnten Beispiele noch um zwei weitere vermehren, die von zwei Blödsinnigen geboten werden, welche seit Jahren in der hiesigen Pensionsanstalt verpflegt werden. Der eine Fall betrifft eine Dame, welche übrigens auch die, nur in Anlehnung an die gesamt-negativistischen Erscheinungen der Katatonie einigermaßen verständliche Gepflogenheit hat, ihre Excremente so lange wie möglich zurückzuhalten, immer alle ihre Kleider, so viele sie nur da hat, gleichzeitig zu tragen

vor, und abgesehen von der ganz bekannten starren Haltung der Kranken mit ganz ausgebildeter Attonität kommen sie auch im maniakalischen Stadium vor, namentlich wenn tobsüchtige Zustände mit solchen der Attonität wechseln. In diesen frühzeitigen Phasen der Krankheit oder andererseits zur Zeit von Remissionen und Intermissionen, wo ein Delirium des Denkens gar nicht nachweisbar ist, zeichnen sich diese Kranken häufig schon, resp. noch durch die steife Haltung ihres ganzen Körpers und durch das Gewohnheitsmässige ihres Handelns und ihrer ganzen Art und Weise aus. So z. B. hielt ein Kranker (von Kahlbaum's Beobachtung), der sich in einer Intermission mit völliger Lucidität befand, auf seinen Spaziergängen im Garten stets einen bestimmten Gang inne, kehrte auf ihn ans Ende angekommen kurz um und war durch sein Hin- und Herpendeln noch lange auffallend, als keine Spur von intellectueller Störung im engeren Sinne mehr wahrgenommen werden konnte. Gelegentlich nach dem Grunde gefragt, sagte er, in den anderen Gängen schiene die Sonne; doch war dies durchaus nicht so der Fall, dass für einen gesunden Menschen sich die monotone und an sich unbequeme Festhaltung dieses einen kurzen Ganges ergeben würde, und der durch das Fortschreiten der Jahreszeit herbeigeführte Wechsel in der Bescheinung des Gartens brachte keine Aenderung in seiner Gewohnheit.

Ich habe die Beschreibung dieser eigenthümlichen Tics, welche bei aller Curiosität im Einzelnen das Gemeinschaftliche des Starren, prononcirt Gewohnheitsmässigen bieten, deshalb so ausführlich citirt, weil diese wie so manche andere sonst unverständliche Erscheinung im Verlaufe der bezüglichen Krankheit nur Theilerscheinungen, nur Ausflüsse eines ganz allgemein bei den Katatonikern hervortretenden mächtigen Negationstriebes gegen jede Veränderung, gegen jede Activität darstellen. Es ist dies ein geradezu pathognostisches Symptom

(ohne Misstrauen gegen die Umgebung), sich in denselben ins Bett zu legen und dergleichen mehr. Diese Dame fährt zu Zeiten in ganz kurzen Zwischenräumen mit dem Zeigefinger der rechten Hand zweimal hinter einander die obere Zahnreihe entlang und setzt diese stereotype Bewegung auch beim Sprechen nicht aus.

Eine noch auffallendere Eigenthümlichkeit bei einem Herrn M. besteht darin, dass, so oft er Jemandem im Garten die Hand zum Grusse reicht, er diese bereits einige Schritte vor der Annäherung mit einem Rucke völlig horizontal bei steifem Ellenbogengelenke in Schulterhöhe vorwärts schiebt, dabei den Rücken der Hand nach oben richtet und den 2., 3. und 4. Finger ausstreckt. Gleichzeitig streckt er die Lippen schnutenartig vor, hebt sich auf die Zehen und geht mit nach vorn steifgebeugtem Oberkörper auf den Betreffenden los, so dass sein ganzer Körper mit dem vorgestreckten Arme nahezu in eine Richtungslinie fällt. — Die diagnostische Vermuthung, dass es sich in diesen Fällen um terminalen Blödsinn nach Katatonie handeln möchte, hat sich nach Ausweis der betreffenden Krankengeschichten vollauf bestätigt.

der Katatonie. Kahlbaum sagt (p. 47): „Es giebt wohl keinen Fall, in welchem dies Symptom der Neigung zur Negation nicht in irgend einer Art vorhanden wäre, und zwar bald in mehr activer, bald in mehr passiver Weise. So ist besonders häufig eine Abneigung gegen Ortsveränderung vorhanden. Die Kranken bleiben zu Bett, nicht aus einem, wenn auch unverständlich und krankhaft zu motivirenden Bedürfniss, sondern aus Abneigung gegen Bewegung oder selbst aus Lust am Widerspruch (?). Sind sie ausser Bett, so wollen sie sich nicht ankleiden lassen. Ausser Bett stehen sie auf einer Stelle fest, wollen sich nicht setzen, wollen nicht aus der meist abgelegenen oder versteckten Stelle heraus.“ — Hierher gehört ferner das Symptom der Nahrungsverweigerung, welches sich in mehr minder grosser Hartnäckigkeit bei fast allen Katatonikern findet. — Endlich ist noch der hochwichtigen Symptome von Seiten des Sprachapparates zu gedenken. Hier findet man nun interessanter Weise zweierlei scheinbar ganz heterogene Erscheinungen, nämlich sowohl hartnäckigste Schweigsamkeit, nicht selten bis zu langdauernder völliger Stummheit gesteigert, wie auch andererseits einen eigenthümlichen Trieb in Form der Rede zu sprechen, beide nicht selten an demselben Kranken nach einander zu beobachten. Das erstere Symptom des „Mutacismus“ bedarf keiner weiteren Beschreibung; dagegen müssen wir bei seinem Gegentheile, dem Symptome der „Verbigeration“, welchen Namen Kahlbaum vorschlägt, noch einen Augenblick verweilen. Auf p. 36 sagt Kahlbaum: „Von Seiten der Intelligenz schliesst sich nun unmittelbar an dies Symptom aus der Gefühlssphäre (er besprach vorher das in bestimmter Form gleichfalls für die Katatonie charakteristische Symptom eines krankhaften Pathos, von welchem wir erst weiter unten an der Hand einiger Fälle handeln werden) die Sucht viel zu reden, namentlich laut zu lesen oder vorzulesen und zu deklamiren an („Redesucht“), die bei der Katatonie im Stadium der Exaltation sehr prägnant vorkommt und sich meist sehr wohl unterscheidet von der Schrei- und Unterhaltungssucht der Maniaci anderer Krankheitsformen.“ — — „Ganz besonders eigenthümlich ist aber eine sehr auffällige Modification der Redesucht, die, wie es scheint, nur der Katatonie eigen ist, während sich die Redesucht im Allgemeinen auch noch bei anderen Krankheitsformen finden lässt; es besteht diese Modification in der häufigen Wiederholung einzelner Worte und Sätze im Charakter der Rede. Im Stadium der Akme fällt diese Erscheinung nicht so sehr auf, weil sie zur Noth durch die Bedeutung motivirt sein kann, welche der Kranke gerade dem betreffenden Inhalte seiner Worte verleihen will. Sehr sonderbar wird dies Symptom aber in dem weiteren Verlaufe, wo es zur Wiederholung einzelner oft ganz bedeutungsloser Worte oder Laute führt.“ An dieser Stelle

lassen wir uns an der blossen Beschreibung wie der übrigen so auch dieses werthvollen Symptomes der Verbigeration genügen. Wir werden später Gelegenheit haben, über die Beziehungen derselben zum Gesamtkrankheitsprozesse zu sprechen.

Suchen wir nunmehr einen Ueberblick über das bisher in Anlehnung an die Kahlbaum'sche Monographie Vorgeführte zu gewinnen, so hat sich ergeben:

erstens dass die *Melancholia attonita* oder besser die Attonität keine selbstständige Krankheit ist, sondern dass sie ein mehr oder weniger ausgeprägtes Stadium im Verlaufe eines Krankheitsprozesses bildet, welcher durch eine typische Aufeinanderfolge differenten und bestimmt charakterisirter Zustandsbilder ausgezeichnet ist,

zweitens, dass eine regelmässige Begleit- und wesentliche Theilerscheinung dieses psychischen Krankheitsbildes in Spannungsanomalien im Bereiche des willkürlichen Bewegungsapparates vom allgemeinen Charakter des Krampfes besteht,

und dass endlich drittens in den verschiedenen Stadien der Krankheit noch eine Reihe weiterer Symptome von mehr oder weniger pathognostischem Werthe aufzutreten pflegen, als da sind: Negativistische Strebungen, Sitophobie, Mutacismus, Verbigeration, Bewegungs- und Haltungsstereotypen, religiöse Ekstase und pathetisch gefärbte Exaltation.

Die nachfolgenden Krankengeschichten mögen nun, neben den von Kahlbaum selbst mitgetheilten Fällen, denen sich die von Brosius¹⁾, Rust²⁾, Rebs³⁾, Jensen⁴⁾, Hecker⁵⁾, Kiernan⁶⁾, Fritsch⁷⁾ und Anderen⁸⁾ veröffentlichten Beobachtungen anschliessen,

¹⁾ Brosius, Ueber die Katatonie. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 33. p. 770 ff.

²⁾ Rust, Ueber die Katatonie oder das Spannungsirresein. Inaug.-Dissert. Berlin 1879.

³⁾ Rebs, Ein Fall von Katatonie. Inaug.-Dissert. Erlangen 1877.

⁴⁾ Jensen, Die Katatonie. Allgem. Encyklopädie der Wissenschaften und Künste (Ersch und Gruber). Bd. 24.

⁵⁾ Hecker, Zur klinischen Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. Nach einem auf der Naturforscherversammlung zu Hamburg gehaltenen Vortrage. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 33.

⁶⁾ Kiernan, Die Katatonie, referirt in der Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 41.

⁷⁾ Fritsch (Aus der psychiatr. Klinik des Prof. Meynert), Zur Kenntniss der *Melancholia attonita*. Wiener Medicin. Presse. 19. Jahrgang Nr. 47, 48 und 50.

⁸⁾ Eine Anzahl weiterer Fälle findet sich unter anderen Gesichtspunkten besprochen oder unter anderer Diagnose in der Literatur. Schon erwähnt sind die Fälle, die Arndt in seinem Aufsatz: Ueber Katalepsie und Psychose, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30 mittheilt; ferner gehören hierher einige Fälle aus Fink, Beitrag zur Kenntniss des Jugendirreseins, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 37; ferner die meisten, wenn nicht alle Fälle in Freusberg, Ueber moto-

ein weiteres Material abgeben, um die empirische Richtigkeit der Kahlbaum'schen klinischen Daten zu erhärten.

I. Fall. Heredität und Vorleben. Eduard M., Apothekerlehrling, 20 Jahre alt, katholisch, ist hereditär nicht belastet (es wird nur angegeben, dass der Grossvater ein Säufer).

Patient, auf dem Lande geboren, blieb von den Kinderkrankheiten und sonstigen körperlichen Leiden bis auf Pocken verschont. Er war immer schwächlich, obschon er, solange er im elterlichen Hause war, stets gute reichliche Kost genoss und auch keineswegs verzärtelt, sondern zur Thätigkeit angehalten wurde. In der Schule lernte er gut und brauchte sich nicht übermässig anzustrengen. Zehn Jahre alt, erhielt Patient mit einer Wagendeichsel einen Stoss, und die Kyphose, die sich nach Jahresfrist bei ihm entwickelte, soll diesem Umstande ihre Entstehung verdanken. Soldat wurde er dieser Kyphose, sowie allgemeiner Körperschwäche halber nicht. Mit dem 11. Jahre verliess M. das elterliche Haus und kam auf ein Gymnasium; hier hatte er (nach Aussage des Vaters) viel zu thun und wenig zu essen. Johanni 1875 fiel er in der Maturitätsprüfung durch; trotz fleissiger Vorbereitung missglückte ein zweiter Versuch Ostern 1876 ebenfalls. Darauf sei er 14 Tage „tiefsinnig“ gewesen und durch die Behandlung des Dr. K. in L. wieder hergestellt worden. Dieser soll damals erklärt haben, die Krankheit könne vielleicht mit dem Bisse eines tollen Hundes, den M. früher davongetragen, im Zusammenhange stehen. — Schliesslich entschloss M. sich nicht ungern, Apotheker zu werden und trat Ostern 1876 zu einem Verwandten in der Mark in die Lehre. Hier ging es ihm sehr gut, bis er nunmehr geistig erkrankte.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Der den Kranken am 7. Juni 1877 zur Anstalt geleitende Vater fasste die Geschichte seiner Erkrankung nach Ausweis der bei der Aufnahme gemachten Notizen folgendermassen zusammen: „Vor 8 Tagen ist Patient plötzlich verstummt; dies Verstummen hielt bis jetzt an und wurde nur 5—6 Mal durch Anfälle unterbrochen, in denen Patient die Extremitäten in krampfhaftige Bewegungen versetzte, bigotte Reden führte, laut betete etc. Gewaltthätig wurde er nicht dabei. Seit dieser Zeit hat er alles Essen absolut verweigert. Auch der Schlaf schwand vollkommen.“ — In einem vom 3. Juni 1877 datirten Briefe, den der Chef des Patienten an einen Verwandten desselben richtete, heisst es: „Der Zustand Ihres Vetters hat sich seit gestern noch nicht gebessert, er ist vielmehr kränker geworden. Auf alle meine wiederholten Fragen nach den Ursachen seines Unwohlseins habe ich bis jetzt noch keine Antwort erhalten. Wiederholt sprach er aus, dass in ihm alles zerrüttet sei, sein Gewissen sei ihm zu schwer belastet, er müsse zur Beichte gehen. Die ganze vergangene Nacht hat er im Hause umhergeirrt; heute Vormittag zeigte er noch grössere Spuren von Geistesabwesenheit. Gegen Mittag fiel er plötzlich in der Apotheke ganz steif zur Erde nieder und zeigte krampfartige Zuckungen. Er hat sich jetzt zwar etwas erholt, ist aber noch sehr matt — —“. Weitere Mittheilungen über die ersten Phasen der Krankheit des M. enthält ein von demselben unter dem 19. Juni geschriebener Brief. Der bezügliche Passus

rische Symptome bei einfachen Psychosen, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 17. Bd. Heft 3. — Vgl. sodann: Melancholie mit Stupor und Katalepsie von Dr. J. Adam (Journ. of Ment. Sc. Jan. 1884), referirt im Irrenfreund, 26. Jahrgang; — Kelp, Tod durch Convulsionen bei Melancholie, Irrenfreund, 17. Jahrgang.

lautet: „Ich hatte immer noch gehofft, dass sein Zustand sich bessern würde, wenn er einmal eine gründliche Unterredung mit einem katholischen Geistlichen gehabt hätte. Nach meiner Wahrnehmung halte ich seine Krankheit für religiösen Wahnsinn. Die erste derartige Aeusserung von ihm war etwa 10 Tage vor seinem Abgange, wo er mich bat, anderen Tages nach Posen reisen zu dürfen zur heil. Beichte, da sein Gewissen zu sehr belastet sei und seine Mutter ihm in jedem Briefe dazu rathe. Natürlich suchte ich ihm das auszureden, d. h. nur die weite Reise nach Posen, und versprach, mich nach den Tagen zu erkundigen, wo in D. oder H. Beichte stattfinden würde. Anscheinend beruhigte er sich auch dabei, doch scheint von da ab sein Geist immer wirrer geworden zu sein. Er war immer zerstreuter, konnte ganz einfache Dinge, welche er früher schon ganz richtig aufgefasst hatte, nicht mehr begreifen, so dass ich ihm in der Apotheke nichts mehr überlassen konnte. Er vollführte die mechanischen Dinge zwar eifrig und emsig, doch erhielt ich auf alle meine Fragen nie mehr eine genügende oder verständige Antwort, besonders wenn ich ihn fragte, ob er krank wäre oder ob ihm etwas fehlte u. s. w. Nur einmal ganz ohne Veranlassung, am letzten Freitag, legte er meine Hand auf seinen Kopf und sagte: „Fühlen Sie einmal, mein Verstand ist ganz zerrüttet.“ — Ein andermal sagte er: „Ich muss von hier fort, jedes Kind ruft mir nach, ich sei verrückt.“ — Zu dem Dienstmädchen, das ihm Kaffee oder Frühstück in die Apotheke brachte, oder wenn er zu Mittag- oder Abendessen aufgefördert wurde, sagte er in den letzten Tagen, er könne das nicht mehr annehmen, er sei dessen nicht würdig. Aber nie erfolgte auf weitere Fragen darüber eine nähere Erklärung. Am letzten Sonnabend verliess er, ohne mir etwas zu sagen, ganz früh die Apotheke, ehe ich noch darin war, und kam erst gegen Mittag zurück. Von jetzt ab habe ich auf alle meine Fragen nie mehr ein Wort von ihm herausbekommen. Nur zu dem Knechte hatte er gesagt, dass er nach D. zur Beichte gehen wollte. Am Nachmittage war er zu keiner Arbeit mehr zu gebrauchen, er griff wohl Alles an, ging aber immer wieder davon und lief ganz unstät im Hause umher. Ebenso hat er die folgende Nacht ausser dem Bette zugebracht, kam mehrere Male ganz zwecklos auf den Hof herunter und lief immer händeringend in seinem Zimmer auf und ab. Am Sonntag Vormittag kam er noch in die Apotheke herunter, konnte aber nichts mehr leisten, bis er plötzlich unter krampfhaften Erscheinungen umfiel.“

Bei der Aufnahme in die Provinz-Irrenanstalt Leubus am 7. Juni 1877 rührte Patient kein Glied, musste aus dem Wagen gehoben und in die Pforte getragen werden. Er antwortete auf nichts. An demselben Tage wurde folgender Status praesens aufgenommen: Patient ist von kleiner Figur, schwacher Knochenbau, schlaffe Muskulatur, geringes Fettpolster, Haut mit zahlreichen Aknepusteln besetzt. Kopf länglich, mit dichten dunklen Haaren bedeckt, starke Entwicklung des Hinterhaupts; Tubera parietalia gegenüber den Tubera frontalia stark von einander abstehend. Gesicht niedrig, Stirn mehr breit, Nase aufgeworfen, Ohren nicht verbildet, Augen grau, Pupillen nicht differirend, auf Lichtreiz gut reagirend. Lippen zusammengepresst. Thorax fassförmig paralytisch, in geringem Maasse skoliotisch. Am Herzen und den Lungen normaler Untersuchungsbefund; desgleichen an Abdominal- und Geschlechtsorganen. — Körpertemperatur 38°; Puls klein und beschleunigt. Patient leistet der Berührung einigen Widerstand; öffnet den Mund nicht. Blicke starr; Patient bewegt sich nicht, spricht nicht, sitzt starr da, verunreinigt sich mit Urin — muss abgehalten werden — wird gefüttert.

8. Juni. Sitzt steif da, leistet allen Versuchen, ihn zu bewegen, Widerstand, presst die Lippen auf einander; die Züge sind fast starr. Der Blick des

Auges fixirt anscheinend nichts, der Lidschlag ist selten. Patient muss gewaschen, gekleidet und gefüttert werden, lässt den Urin unter sich. Puls mässig frequent.

11. Juni. Unverändert. Patient ändert selten die Blicklinie, sieht meist gerade aus; der Gesichtsausdruck ist gleichförmig, höchstens eine unbestimmte Aengstlichkeit darin zu lesen. Patient hat geschlafen, hat Stuhl gehabt; Temperatur Abends 37,8°, Puls 95.

13. Juni. Fieberfrei.

15. Juni. Der Kranke streift den Sprechenden wohl hier und da mit dem Blick — sitzt noch immer starr — muss gewartet werden.

19. Juni. Speichelfluss.

21. Juni. Benässt sich mit Urin; hält den Speichel im Munde; derselbe muss durch zwangsweises Oeffnen der festgeschlossenen Lippen entleert werden.

24. Juni. Patient schläft gut, die Starre ist noch immer vorhanden. Patient spricht nicht, der Blick ist aber etwas beweglicher. Speichelfluss geringer. Muss gefüttert werden. Giebt man ihm den Löffel in die Hand, so macht er keine Bewegung. Setzt noch immer jedem Versuche, eine Aenderung seiner Stellung herbeizuführen, Widerstand entgegen.

27. Juni. Patient ist noch immer unrein, spricht nicht, muss meistens gefüttert werden, Mund fest geschlossen; eine geringfügige Abschwächung der Symptome ist indess nicht zu verkennen.

Am 3. Juli wurde er aus der öffentlichen Anstalt in die Pension versetzt; an diesem Tage findet sich im Journale die Notiz: Er ist absolut schweigsam, hält den Mund geschlossen, seinen Körper lange Zeit in der einmal angenommenen Haltung; lässt Koth und Urin unter sich. Pupillen weit.

4. Juli. Urinträufeln; soll katheterisirt werden.

5. Juli. Hemd total durchnässt.

6. Juli. Heute Morgen ging der Urin im Strahle ab. — Stuhlgang retardirt und in geringer Menge, sehr fest. — Spricht noch nicht.

8. Juli. Von heute ab Bäder von 26° R. — 10 Minuten lang mit kalten Uebergiessungen der Wirbelsäule.

16. Juli. Immer noch stumm. Das Auge folgte allen eintretenden Personen und deren Bewegungen, der Ausdruck ist ein ganz lebhafter. Ist reinlich und erhält heute seine Kleidungsstücke wieder.

19. Juli. Auf Fragen gab er heute einigemal laut und deutlich die Antwort: Ja; auch schüttelte er den Kopf. Sonst reagirt er nicht weiter auf Fragen.

24. Juli. Hat seither wieder nichts mehr gesprochen, er hält den Mund schon seit einigen Tagen geschlossen und nach vorn zugespitzt („Schnauzkrampf“).

27. Juli. Hat heute einigemal „ja“ und „nein“ zur Antwort gegeben.

1. August. Verunreinigt sich mit Koth.

10. August. Bäder wurden noch fortgesetzt. Gefragt, versucht er zu antworten, indem er die Lippen bewegt, bringt aber keine vernehmbaren Laute hervor. — Geht mit den anderen Herren gemeinschaftlich in den Garten.

15. August. Antwortet wieder flüsternd „ja“ und „nein“. Giebt zu, „Stimmen zu hören, welche ihm das Sprechen untersagen“.

19. August. Er spricht zwar immer noch flüsternd, aber schon in längeren Sätzen, erkundigte sich heute bei dem Diener, was das für ein Haus sei, in dem er sich jetzt befindet.

Einige Tage später wurde an die Angehörigen des p. M. folgender Bericht erstattet: „Das Befinden des M. hat sich gebessert. Während in der ersten Zeit seines Aufenthaltes der Patient durch nichts sich bewegen liess, sein

Schweigen zu brechen und sein starres Wesen aufzugeben, begann er in der letzten Zeit auf Fragen leise und kurze Antworten zu geben und mehr Interesse an seiner Umgebung zu gewinnen. Auch hat sich der Sinn und die Neigung zur Reinlichkeit wiedergefunden. Durch die Antworten, welche immer noch ganz kurz, meist nur in „ja“ und „nein“ bestehend, ausfallen, beweist er jedoch sein volles Verständniss für die ihm vorgelegten Fragen. Immer aber noch wird der Patient, wie er selbst gesteht, durch Gehörstäuschungen beunruhigt: Stimmen, die ihm das Schweigen anbefehlen. Das körperliche Befinden des M. ist sehr zufriedenstellend. Sein Appetit ist jetzt vorzüglich, Verdauung und Schlaf lassen nichts zu wünschen übrig. Er erhält täglich Bäder und geht bei schönem Wetter mit anderen Herren im Garten spazieren.“ Von nun ab schritt die Besserung schnell und, wie aus dem ausführlich geführten Journale hervorgeht, ohne jede Störung fort und führte zu einer völligen Genesung.

Ueerblicken wir den Fall: Ein schwächlicher Mensch, der zwar erblich nicht belastet ist, aber, wie seine erste kurzdauernde melancholische Erkrankung nach missglücktem Examen beweist, eine geringe Resistenz gegen gemüthliche Alterationen besitzt, erkrankt ohne nachweisbare Ursache. Nach einer kurzdauernden Phase „geistiger und gemüthlicher Beunruhigung“ ¹⁾, dem Stadium der Initialmelancholie, stellen sich zu mehreren Malen epileptiforme Krämpfe ein, es folgt eine vorübergehende, religiös gefärbte Exaltation: er betet laut, redet bigott. Danach langdauerndes Stadium der Attonität mit ausgeprägtem Negativismus, erhöhter Spannung in der Körpermuskulatur und Schnauzkrampf, Speichelfluss ²⁾, Nahrungsverweigerung und hartnäckigem Mutacismus. Allmählicher Uebergang in Genesung.

Wir glauben uns jeder differentiell diagnostischen Beprehung des vorstehenden Falles enthalten zu können und begnügen uns damit, folgende Worte aus Kahlbaum's Monographie (p. 90) zu citiren: „Ein isolirter Anfall von Convulsionen, der als Epilepsie oder aber auch als Eklampsie, oder Apoplexie oder Meningitis, oder Gehirn-entzündung bezeichnet wird und entweder bei völliger Gesundheit

¹⁾ Vgl. Kahlbaum, Ueber cyklisches Irresein, Vortrag gehalten in der Generalversammlung des Aerztevereins der Provinz Schlesien am 9. Juli 1882 zu Breslau. Irrenfreund, 24. Jahrgang, p. 147.

²⁾ Uebrigens beweist dieser Fall, sowie auch einige andere mir vorliegende, dass es nicht richtig ist, wenn Dagonet den Ptyalismus beim Stupor als prognostisch ungünstiges Phänomen betrachtet. In Anlehnung an Dagonet haben auch Ball (l. c.) und v. Krafft-Ebing (l. c.) jene Behauptung geäußert. Auch die weitere Bemerkung der beiden letztgenannten Autoren, dass überhaupt die Secretionen im Stupor vermindert seien, trifft nicht für alle Fälle zu. Ich erinnere hierbei vor Allem an den hochinteressanten Fall von Arndt (Katalepsie und Psychose, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30), in welchem mit dem jedesmaligen Eintreten kataleptischer Zustände nicht nur eine profuse Salivation, sondern ebenso eine hochgradige Polyurie sich verband. Ein starkes Schwitzen, namentlich auf der Nase und der Stirn und an den unteren Extremitäten, habe ich vorübergehend mehrfach gesehen.

oder bei „nur seit längerer Zeit etwas auffälligem geistigen Wesen“ auftritt und, ohne Lähmungserscheinungen nach sich zu ziehen, Aufregung mit Agitation oder intensive Gemüthsdepression zur Folge hat, führt sicher auch noch zu Zuständen von unmotivirter Schweigsamkeit und mindestens zu Anflügen von Starrsucht und wird dann auch mit negativistischen Eigenthümlichkeiten versehen sein. Tritt nun nicht Genesung ein, so wird auch ein völlig ausgebildetes Stadium der stupescen-ten Attonität nicht ausbleiben“ ¹⁾).

II. Fall. Heredität und Vorleben. Gottlieb Wiche, Tischler, 31 Jahre alt. Eine durch Zeugung bedingte Disposition ist nicht zu ermitteln. Die Mutter starb im Alter von 60 Jahren als geistesgesunde Person an einer acuten Krankheit, der Vater lebt und ist gesund. Patient war als Kind schwächlich, lernte gut in der Schule und kam nachher zu einem Tischler in die Lehre. Zu Hause ist es ihm stets spärlich zugetheilt gewesen, doch hat er nicht gerade zu hungern brauchen. Als er aus der Lehre kam, war er circa 3 Wochen krank und wurde deshalb in ein Kiefernadelbad geschickt. Vor 5 Jahren machte er sich selbstständig. Seit 2 Jahren lebt er in einer glücklichen Ehe und zeigte sich als ein ordentlicher und arbeitsamer Mann. Er ging selten ins Wirthshaus und war gern für sich. Dabei war er (ebenso wie es seine Eltern auch gewesen sein sollen) sehr fromm und las viel in der Bibel. Ende des Jahres 1878 lag er 8 Tage zu Bette in einem Zustande, den man nach der Beschreibung als ein rheumatisches Fieber ansehen muss. Er genas und arbeitete weiter. In letzter Zeit soll er wenig Arbeit gehabt und deshalb mit Nahrungssorgen zu kämpfen gehabt haben.

Krankheitsgeschichte bis zur Aufnahme. Am 10. März 1879 wurde Wiche wieder krank mit Gliederreissen und Kreuzschmerzen. Am 13. März fing er mit einem Male an, von einem Manne zu sprechen, der vor ihm stände und ihn sehr beängstigte, auch hörte er wiederholt Klopfen im Schranke. Am 14. lag er mehrere Stunden ganz starr, wie todt; darauf war er am 15. ziemlich munter und klagte nur über Schmerzen im Kreuz und in den Beinen. In der Nacht zum 16. wurde er plötzlich sehr aufgereggt, entlief der Frau und setzte sich im Hemde in die kalte Nacht hinaus. Durch herbeigerufene Männer zu Bett gebracht, schrie er gewaltig, dass man ihm seine Frau (die vor ihm stand) und sein Kind geraubt hätte, und wurde so unruhig, dass man ihn band. Dies wurde aus demselben Grunde auch noch später wiederholt, auch im Krankenhause wurde ihm zuerst wegen Unruhe die Zwangsjacke angelegt.

Die Unruhe verblieb, sowie er auch im Krankenhause ebenfalls zu Zeiten „poltern“ hört. Einmal fand ihn sein Wärter an der Thüre knieend. Er bestritt, dass er im Krankenhause sei: „Die Häuser sähen so komisch aus, die Bahn fahre so oft, das könne hier nicht sein.“ Er verlangte selbst nach Medicin. Als sie ihm aber gereicht wurde, weigerte er sich absolut, dieselbe zu nehmen,

¹⁾ Der Freusberg'sche Aufsatz (l. c.) vermag unseres Erachtens den obigen Satz keineswegs zu widerlegen; vielmehr sind die dort angeführten Krankengeschichten, soweit der Bericht ausführlich genug ist, um eine Handhabe für die Beurtheilung zu bieten, fast durchweg geeignet, die Richtigkeit desselben zu erhärten. Freusberg selbst giebt als Unterschied zwischen seinen und Kahlbaum's Fällen nur den an, dass es sich bei Letzterem grösstentheils um mehr chronische Störungen handle.

indem er äusserte, wenn er sie selbst sich in der Apotheke holen könnte, würde er sie nehmen. — Meist liegt er ruhig da mit geschlossenen Augen und bewegt nur bisweilen die Lippen wie im Gebete; er giebt dabei Niemandem Antwort. Manchen Tag hat er Appetit und isst alsdann ordentlich, Durst gering, Schlaf wenig. Puls voll, etwas gespannt. Einige Male hat er in das Bett urinirt, sonst aber ist er reinlich mit seinen Excrementen; nur waschen will er sich nicht; er macht sich die Hand nass, es scheint aber, als fürchte er sich, das Gesicht damit zu berühren. — Auf Geheiss des explorirenden Arztes öffnete er auf einen Moment die andauernd geschlossenen Augen, ebenso zeigte er die reine Zunge; zu irgend einer Aeusserung war er absolut nicht zu bewegen.

Diesem Berichte des Kreisphysikus ist die Aussage der Begleiter hinzuzufügen, dass Patient auf der Reise und schon Morgens beim Ankleiden sehr widerstrebend war.

Am 21. April 1879 wurde Wiche in die hiesige Anstalt aufgenommen. Vom 26. April datirt folgender Status praesens:

Patient 1,73 m gross, von ziemlich starkem Knochenbau, geringer schlaffer Muskulatur und geschwundenem Fettpolster. Haltung nach vorn übergeneigt. Ganz träge, schläfrig. Sichtbare Schleimhäute, sowie Gesicht blass. Gesicht ausdruckslos, matt, gleichgültig, vollkommen stupide. Tast- und Muskelgefühl scheinen vollkommen erhalten; ebensowenig scheint eine Anomalie in der Schmerzempfindung vorhanden zu sein. Der Kranke schläft in der Nacht gut, auch am Tage viel und ist bisher nicht unreinlich gewesen. Schädel symmetrisch, schmal; der Kopf wird fortwährend nach vorn über gebeugt gehalten, und aus dieser Haltung nur auf eindringliche Aufforderung ein wenig aufgerichtet, um dann sogleich wieder in dieselbe zurückzusinken. Stirn nicht gerade niedrig, zeigt feine horizontale und zwischen den Augenbrauen tiefe senkrechte Falten. Augen glanzlos, Bulbi sind bei dem zu Boden gerichteten Blicke grösstentheils vom Oberlide verdeckt. Pupillen beiderseits von gleicher, mehr als mittlerer Weite, reagiren etwas langsam. Das Gesicht erscheint ziemlich lang, ist anämisch und hager; es bleibt fortwährend unbeweglich. Nasolabialfalte beiderseits gleich wenig ausgeprägt. Die Ohren wohlgebildet; Zähne zum Theil defect. Zunge ziemlich spitz, ohne Belag, wird gerade hervorgestreckt, zittert nicht. — Dem ausführlich aufgezeichneten körperlichen Untersuchungsbefunde entnehme ich nur noch die Bemerkung, dass erhebliche Cyanose der Hände und Finger bestand. — Es heisst dann weiter: Patient zeigt ein andauernd gleichmässiges Benehmen, hält sich gegen seine Umgebung vollkommen theilnahmlos, liegt Tags über unbeweglich auf seinem Lager und starrt mit gleichgültigem, manchmal vielleicht etwas ängstlichem, sonst stupidem Blick zu Boden. Ebenso liegt er Nachts regungslos auf seiner Matratze. Patient spricht nur nach längeren Aufforderungen ein leise geflüstertes Ja oder Nein; ohne gefragt zu sein, spricht er nie. Er isst, was ihm gereicht wird. Dem ihn zum Aufstehen auffordernden Wärter folgt er willig, mechanisch, zeigt sich überhaupt nicht widerspenstig. Ueber etwaige richtige oder anomale Vorstellungen ist nichts zu eruiren, auf wiederholtes Fragen, ob er Stimmen höre etc., antwortet er: „Nein“.

27. April. Giebt jetzt auch auf eindringliches Fragen keine Antwort; setzt passiven Bewegungen einen starren Widerstand entgegen.

2. Mai. Wenn man ihn anredet, gerathen die Augenlider in anhaltende zitternde Bewegung.

20. Mai. Sitzt unverändert mit nach vorn über gebeugtem Oberkörper schlaff und kraftlos da. Die Muskulatur wird jedoch sofort starr, wenn man eine Lageveränderung herbeiführen will.

31. Mai. Hat 1,5 kg an Gewicht zugenommen.

30. Juni. War den ganzen Monat unverändert. Spricht nicht. Redet man ihn an, so bewegt er zeitweise die Lippen, versucht zu sprechen und zwinkert gleichzeitig heftig mit den Augen, was dann jedesmal einige Zeit anhält. Bei günstigem Wetter im Garten; sitzt dort entweder oder geht mit halbgeschlossenen Augen, aber ungeführt, umher. Hat wieder 1,5 kg abgenommen.

29. Juli. Der Oberwärter-Rapport enthält die Notiz: Patient nimmt im Garten seinen Weg für sich allein, setzt sich auch immer an denselben Stellen hin.

31. August. Auch im August blieb das Befinden des Patienten im Wesentlichen unverändert. Patient sitzt meist ruhig auf seinem Platze, vor sich hinstarrend, für seine Umgebung ohne jede Theilnahme. Er spricht nicht, giebt aber die Hand.

30. September. Körpergewicht 54 kg.

28. October. Patient spricht fortwährend mit leiser, weinerlich singender Stimme scheinbar 4 Worte, die aber vollständig unverständlich sind, stundenlang ununterbrochen vor sich hin und lässt sich darin auch durch keine Anrede oder Frage stören.

29. October. Wie gestern spricht er, nur erregter, ununterbrochen dieselben Silben hinter einander: Er giebt die Hand nicht.

Heute Nachmittag bemerkt man am Patienten plötzlich einen über den ganzen Körper verbreiteten, aus bohnergrossen erhabenen Flecken bestehenden Ausschlag, der bald wieder verschwand, ohne Spuren zu hinterlassen. Patient giebt dem Wärter an, er habe zu Hause öfters die Nesselsucht gehabt, zuletzt noch kurz ehe er hierher gekommen. Ursache nicht bekannt. Temperatur 37,5°.

30. October. Patient hat gestern zu Abend nichts gegessen und das Brod so versteckt, dass man es erst heute morgen fand. Er will auch heute nichts essen; giebt an, er könne nicht, „weil ihm innen alles verbrannt sei“. (Trotzdem isst Patient hernach reichlich die Hälfte des ihm zugetheilten Essens.) Temperatur 37,4°.

31. October. Körpergewicht 53 kg. — Wie geht es? „Wie lange soll ich noch gequält werden?“ — Von wem werden Sie denn gequält? „Von Allen.“ — Auf weitere Antworten lässt er sich nicht ein. — Abends klagt er, er müsse hier zu Grunde gehen; hier helfe ihm nichts mehr. — Hat nicht gegessen; starker Foetor ex ore; Gurgeln mit Sol. Kalii chlor.

2. November. Der Oberwärter hat notirt: Patient hat wieder 2 Mahlzeiten nicht gegessen und versteckt sein Brod; sitzt mit niedergeschlagenen Augen auf dem Stuhle und spricht fortwährend seinen polnischen Gruss.

4. November. Isst sehr wenig.

6. November. Hat alles gegessen. Sitzt meist, den Kopf in die Hand gestützt und vor sich hinstarrend, ruhig auf seinem Platze. Auf die Frage nach seinem Ergehen antwortet er mit leiser, weinerlich-trotziger Stimme: „Ich will nach Hause; ich bin gesund.“ Spricht sonst nichts.

10. November. Patient isst wieder mit gutem Appetit; spricht nichts.

14. November. Bringt heute sein Bett allein in Ordnung; verlangt nach Hause.

17. November. Nimmt den Besen in die Hand und will beim Bahnfegen im Schnee mithelfen. — Körpergewicht 55 kg.

26. November. Es waren nur einige Tage, an denen es den Anschein hatte, als wolle eine Besserung eintreten. Patient sitzt meist zusammengekauert, die Hände wie fröstelnd in die Hosen gezwängt, bekümmert sich nicht um seine Umgebung, giebt die Hand nicht, antwortet nicht auf Fragen, spricht manchmal unverständlich leise vor sich hin.

31. December. Im letzten Monate öfters die Urticaria-Eruptionen beobachtet. Ursache dafür nicht zu ermitteln. Verschwindet meist innerhalb zweier Stunden. Körpergewicht 54 kg.

2. Januar 1880. Patient fragt heute den Arzt in heftigem Tone, aber doch mit weinerlicher Stimme, „ob sie ihm hier noch den ganzen Athem ausschöpfen wollen?“ Auf nähere Fragen antwortet er nicht.

7. Januar. Patient verlangt nach Hause entlassen zu werden; er sei gesund. Am 2. Februar sei der Geburtstag seines alten Vaters, da müsse er daheim sein.

Am 2. Februar wurde an die Angehörigen berichtet: „Im Wesentlichen unverändert, stumm, starr vor sich hinblickend. Steht unter dem Einflusse von Wahnideen, mit denen er zurückhält. Körperliches Befinden völlig befriedigend.“

6. Februar. Heute wie schon an einigen vorhergehenden Tagen zweimal am Tage eine Urticaria-Eruption Morgens um 8 Uhr und Nachmittags um 1 Uhr. Bohnengrosse, über die Haut erhabene Flecken, die nach 1—2 Stunden verschwinden.

12. Februar. Die Urticaria erscheint zu den angegebenen Stunden mit grosser Regelmässigkeit.

23. Februar. Das Befinden des Patienten hat sich nicht wesentlich geändert; sitzt zusammengekauert, ruhig, um seine Umgebung unbekümmert, auf seinem Platze, seufzt manchmal oder spricht wohl auch leise vor sich hin, antwortet auf Fragen fast gar nicht oder mit monotoner weinerlicher Stimme: „Ich will nach Hause“. In der letzten Zeit ass Patient ordentlich. Die Urticaria trat in der letzten Zeit seltener auf. Die Nachricht seiner heutigen Entlassung nimmt Patient ohne sichtbares Interesse entgegen. Antwortet auf Fragen fast gar nicht, nur giebt er noch an, dass er im Traume öfters aufgefordert sei, nach Hause zu kommen.

Ungeheilt entlassen.

Resumiren wir: Im Beginne der geistigen Störung tritt ein Anfall auf, über dessen Natur auf Grund der vorliegenden kurzen Beschreibung („lag mehrere Stunden ganz starr, wie todt“) kein Urtheil abgegeben werden kann. Die psychischen Erscheinungen, welche aus der ersten Krankheitszeit berichtet werden, sind depressiver Natur, Verfolgungsideen auf hallucinatorischer Basis. Danach folgt ein Stadium der Agitation, so heftig, dass Patient wiederholt gebunden werden musste. Dieses geht in langandauernde Attonität über: Starres, in sich versunkenes, apathisches oder auch häufig negativistisch widerstrebendes Verhalten; nicht selten werden krampfartige Bewegungen der Augenlider beobachtet; an mehreren Tagen exquisite Verbigeration; meist hartnäckiger Mutacismus; mitunter Nahrungsverweigerung. Gelegentliche Aeusserungen des Patient, namentlich aus der letzten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes, geben von Verwirrtheit und Schwachsinn Kunde. Noch vor völligem Ablaufe des Stadiums der Attonität wird Pat. aus der Anstalt entlassen. Zu Hause hat sich offenbar die psychische Hemmung und Starre gelöst, die Verwirrtheit ist fortgeschritten. Davon legt ein ein halbes Jahr später an den Wärter K. in hiesiger Anstalt gerichteter Brief des Pat. deutliches Zeugniß ab.

Das Aeussere des Schreibens, Gleichmässigkeit der Zeilen, Handschrift etc. ist ganz gehörig. Der Wortlaut desselben ist folgender:

„Dammer d. 22. 9. 1880.

Herrn Wärter K. in Irren-Anstalt Leubus!

Hiermit wird es Ihnen benachrichtigt und bekannt gemacht da schon auch die höchste Zeit ist und es Ihnen nicht ganz unbekannt sein wird, dass Ende Februar dieses Jahres ein Tischler Namens G. Wiche aus Dammer Kreis Namslau entlassen worden ist, hiermit muss es zur Kenntniss gesetzt werden und zur Unterscheidung kommen muss, wegen der Behandlung derart auch wegen meinem Gesundheits-Zustand zur einen gewissen Untersuchung und Anerkennung gebracht werden, warum und wesswegen ich nicht zu meiner vollständigen Gesundheit gelangen kann? es muss doch endlich alles an Tag kommen warum wenn keine grössere Kunst dabei kann bewiesen werden als nur diese dass ein Mensch erwürgt und halb todt geschlagen und dabei noch still schweigen soll, das kann mag leicht jemand thun um seine Gesundheit zu verlieren aber wiedergeben ist jetzt keiner im Stande, hierdurch wird es Ihnen 14 Tage Bedenkzeit gestattet zu einer gewissen Versicherung oder Unterhaltung des Haushalts festgesetzt werden sonst muss eine weitere Anzeige gemacht werden, es ist damit nichts ausgemacht Adieu Leubus zu sagen doch muss es jetzt sich ganz anders Entscheiden o! wenn sich jetzt um Lebensunterhalt wird handeln so wird keiner nichts wissen wollen, ich keinen Menschen nicht zu nahe gekommen, ich kann auch nicht weiter Niemanden nichts thun ich geh' bloß nach dem Rechten, bätteln werden wir nicht gehen und Stehlen auch nicht als ehrlicher Mensch, was wird jetzt dafür gethan ist meine Frage? ich suche jetzt mein Recht es wird mir auch kein Haar vom Haupte fallen zum richtigen Zweck und Ziele zu kommen nach stränksten §: Warum ich gerade in Leubus mein halbes Leben lassen und geraubt sollte werden und das soll noch gut geheissen werden, nu mein' ich also? das will der liebe Gott nicht haben und unsere Majestät der König und Kaiser auch nicht, jetzt muss Rath geschafft werden entweder so oder so,

Achtungsvoll

Ergebenster G. Wiche,
Tischler zu Dammer
Kreis Namslau.“

Interessant sind die bei dem Patienten mit neurosenartigem Typus eine Zeit hindurch aufgetretenen Urticariaexantheme. Ich glaubte auf diese Erscheinung besonders hinweisen zu müssen, da Schüle¹⁾ eine vasomotorische Neurose als Grundlage des katatonischen Krankheitsprozesses zu statuiren geneigt ist, ohne dass ich mir indessen diese Ansicht, zu deren Gunsten sich eine Anzahl von That-sachen ins Feld führen lassen, bei dem derzeitigen Stande unserer allgemeinen Kenntnisse von der Pathogenese der Psychosen ohne Weiteres anzueignen vermöchte.

III. Fall. Heredität und Vorleben. Alwin Kretschmer, 24 Jahre alt, Arbeiter aus Mittel-Steinkirch, Kreis Lauban. Eine erbliche Anlage scheint insoweit vorhanden zu sein, als eine Schwester seines Vaters als Geistesgestörte

¹⁾ l. cit. p. 195.

vor mehreren Jahren in einer Anstalt gestorben ist. Die Eltern sind nicht geistesgestört gewesen, haben auch nicht an anderen Gehirn- oder Nervenkrankheiten gelitten. Der Vater ist 72 Jahre alt gestorben, die Mutter lebt noch und ist gesund. Patient hat bis zu seinem 14. Lebensjahre die Schule besucht und sich die gewöhnlichen Elementarkenntnisse erworben. Seine Erziehung war die in seinem Stande gewöhnliche. Nach seiner Confirmation kam er zu einem Müller auf 2 Jahre in die Lehre, dann wieder in das elterliche Haus zurückgekehrt, hat er sich mit Ackerwirthschaft beschäftigt, und genügte sodann in Görlitz beim Jägerbataillon seiner militärischen Dienstpflicht. Danach begab er sich zu seinen Eltern zurück, um hier bei der Besorgung der Ackerwirthschaft behilflich zu sein. Von Krankheiten blieb er stets verschont.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Der Ausbruch der Geistesstörung erfolgte in den letzten Tagen des Juli 1878. Er hörte auf, sich zu beschäftigen, wurde traurig und niedergeschlagen, starrte vor sich hin und sprach nicht, seufzte häufig, lächelte auch bisweilen und marschirte stundenlang in militärischer Weise im Zimmer auf und ab. Am 16. August trat plötzlich ein tobsüchtiger Anfall ein, in welchem er laut schrie und Möbel- und Hausgeräth zerschlug. Dieser Anfall dauerte jedoch nur 12 Stunden, worauf wieder der frühere, mehr ruhige Zustand eintrat. Als der Kreisphysikus ihn untersuchte, lag er im Bette, welches er seit 3 Tagen nicht verlassen hatte; ebensolange hatte er jede Nahrung verweigert. Er zeigte sich gänzlich apathisch, beantwortete keine einzige der an ihn gerichteten Fragen, holte öfters tief seufzend Athem und lächelte hin und wieder. Die Augenlider zitterten beständig; mit den Armen nahm er seltsame Stellungen ein und verharrte längere Zeit in denselben. Der Puls war bis auf 108 Schläge in der Minute beschleunigt, die Hauttemperatur nicht erhöht, Stuhlgang retardirt, Urin saffranfarbig.

Bei der Aufnahme des Patienten in die hiesige Anstalt am 30. August 1878 ergänzte der Bruder desselben obigen Bericht noch durch die Bemerkung, dass Patient die Zusichnahme des Essens namentlich dann verweigerte, wenn man ihn zum Essen aufforderte. Setzte man ihm dagegen die Speisen ruhig hin, so entschloss er sich meist bald, dieselben zu verzehren; ferner findet sich die Bemerkung notirt: Appetit liegt beinahe vollständig darnieder, an einzelnen Tagen dagegen Heiss hunger. Stuhlgang sehr verlangsamt, hatte 5 Tage keine Ausleerung, der Leib wurde von den verhaltenen Kothmassen aufgetrieben.

Status praesens vom 30. August 1878. Ziemlich kräftig gebauter Mann mit starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und mässigem Panniculus adip. Die trockene weisse Haut zeigt weder Narben noch sonstige Abnormitäten. Nirgends ödematöse Schwellung. Körpergrösse 1,65 m. Körpergewicht 55 kg. Kopf ist mässig gross, rund und kurz, er ist mit dichtem blonden Haar bewachsen, die Stirnhöcker, sowie Tub. parietalia sind wenig vorspringend. Augenbrauen schwach, Ohren mässig gross, Ohrläppchen angewachsen; Augen blau, die Iris reagirt gut auf Lichteinfall, beide Pupillen sind von gleicher Weite, die Augenlider sind mit nur kurzen Pausen in fortwährend zitternder Bewegung. Gesicht symmetrisch, Nasolabialfalten schwach ausgebildet. Die Lippen springen ein wenig hervor und werden meist offen gehalten. Die Mundwinkel stehen gleich hoch. Gesicht hat einen stupiden Ausdruck; nur selten lässt sich darauf ein schwaches Lächeln wahrnehmen. Sprache ist leise zögernd, Lippenschleimhaut und Zahnfleisch sind roth, Zähne fast vollständig erhalten; die wenig belegte, feuchte Zunge zittert beim Herausstrecken und weicht nach rechts ab. Die Rachenhöhlenschleimhaut ist mässig geröthet, das Zäpfchen steht nach rechts hinüber. Hals zeigt nichts abnormes, keine Struma; die Carotiden sieht man schwach pulsiren. Der Thorax ist auffallend kurz, sonst gut gewölbt, unterhalb

des Processus ensiformis bemerkt man eine tiefe Grube. Haut der Brust und des Abdomens mit starkem Haarwuchs versehen. Die Auscultation und Percussion ergeben in Bezug auf Herz und Lunge normale Verhältnisse. Zahl der Athemzüge pro Minute 20. Puls voll und gleichmässig, 72 Schläge pro Minute. Die Untersuchung der Abdominalorgane ergibt nichts Besonderes. Harnblase ist stark gefüllt und reicht bis über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Leistendrüsen nicht geschwellt. Der After ist mit hellgelbem Koth besudelt, der Sphincter jedoch fest geschlossen. Urin klar, weingelb, reagirt schwach sauer, spezifisches Gewicht 1008, kein Zucker, kein Eiweiss, Phosphate verringert, Chloride normal. — Patellarreflex ist beiderseits erhöht, Fussreflex in normaler Stärke vorhanden. Sensibilität der Haut scheint durchgängig herabgesetzt zu sein. Patient ist stuporös, er spricht nur wenig und dann immer erst nach mehrmaliger Wiederholung der Frage. Fordert man ihn auf, irgend eine Bewegung zu machen, so sieht man wohl, dass er sich Mühe giebt, zu gehorchen, doch dauert es lange, ehe ihm dies gelingt. Von Zeit zu Zeit scheint er das Bewusstsein vollständig zu verlieren, er bleibt dann, wenn er in Bewegung ist, still auf dem Fleck, manchmal in der unbequemsten Stellung, stehen; während dessen wird auch das Zwinkern mit den Augen bedeutend stärker; erst nach längerem Zurufen kommt er wieder zu sich.

31. August. Patient giebt auf Anfrage an, dass er sich wohl befinde. Aufgefordert, in seinem Zimmer herumzugehen, bleibt derselbe häufig stehen, und zwar oft in Stellungen, welche ihm unbequem sein müssen; ebenso ist er oft nicht im Stande, den einmal aufgehobenen Arm wieder herunterzulassen. Diese Willensenergielosigkeit tritt namentlich alsdann ein, wenn bei dem Patienten Zuckungen in der Gesichtsmuskulatur und Niktitation der Augenlider erscheinen. Puls 120, klein, weich.

3. September. Man ist nicht im Stande, sich mit ihm zu unterhalten, da Patient selten eine Frage beantwortet. Die Zuckungen im Gesicht erfolgen ein paarmal in der Minute mit kleinen Zwischenräumen.

4. September. Benässt sich mit Urin.

5. September. Etwas freier im Sprechen wie in Bewegungen.

9. September. Giebt an, dass er an der Wand allerlei Figuren sehe, die seine Gedanken so vollständig in Besitz nehmen, dass er an gar nichts Anderes denken könne. Gefragt, ob er diese Figuren für Wirklichkeit halte, sagte er, „es mache ihm das vor“, und behauptet, das Bewusstsein nicht zu verlieren. — Sehnenreflexe abnorm stark.

11. September. Hat sich öfter mit Urin benässt, behauptet auf Fragen, es gehe ihm gut.

12. September. Er habe 2 grosse Augen auf seinem Strohsacke und allerlei Figuren an der Wand gesehen.

13. September. Höre Nachts unter sich ein Geräusch, es ziehe ihm in der Stirn, er träume viel; er fühle sich schwach im Kopfe, hoffe ganz gesund zu werden, äussert den Wunsch, unter Andere zu kommen.

15. September. Kommt auf den Corridor der Mitteletage, läuft dem Wärter nach.

17. September. Klagt, dass er ab und zu Schwindelanfälle habe. Die Zuckungen des Gesichtes nicht mehr so auffallend wie früher; Sprache freier.

26. September. Aussehen besser, freier; Sprache lebhafter. Patient vermag den zu ihm Sprechenden anzusehen. Das Lächeln des Patienten, welches, wenn er gefragt wurde, auftrat, ist jetzt nur noch in abgeschwächtem Maasse zu bemerken. Hält sich noch von dem Verkehr mit seinen Mitkranken zurück;

weiss, dass er krank ist; ist voller Hoffnung, wieder gesund zu werden. Die Gesichtszuckungen treten nur noch selten ein.

29. September. Will einen Brief nach Hause schreiben; schreibt so confus, dass derselbe nicht fortgeschickt werden kann. (Ist leider nicht bei den Acten.)

30. September. Arbeitet auf dem Holzhofe.

2. October. Patient giebt an, dass es noch häufig vorkomme, dass er nicht weiss, wo er ist: „alsdann verliere er seine Gedanken vollständig“. — Hat 10 Pfund an Körpergewicht zugenommen.

11. October. Lacht ohne äussere Ursache plötzlich laut auf.

Am 17. October wurde an den Bruder des Kranken auf Anfrage der Bericht ertheilt: „dass im Krankheitszustande des Patienten eine Besserung insofern eingetreten ist, als derselbe jetzt nicht mehr an Gesichtskrämpfen leidet und einem Gespräche mehr zugänglich geworden ist. Der Patient tritt jedoch noch in keinen geselligen Verkehr mit anderen Kranken und bringt für gewöhnlich den Tag schweigsam hin.“

23. October. Die Haltung des Patienten ist keine aufrechte, der Kopf gewöhnlich vorn über- und gleichmässig zur Seite geneigt. Auf Fragen, wie er sich fühle, behauptet er, ganz gesund zu sein.

26. October. Stört durch plötzlich lautes Lachen die neben ihm Schlafenden.

4. November. Klagt, es sei ihm so „dröhnig“ im Kopfe.

10. November. Kopfschmerz nicht mehr vorhanden.

17. November. Läuft zwecklos im Zimmer umher, zeigt einen stumpf lächelnden Gesichtsausdruck. Bekommt täglich Bäder von 24° R. mit kalten Umschlägen auf den Kopf. Nach dem Bade etwas freier.

30. November. Immer noch sehr benommen; blödes Lächeln.

31. December. Ist in der letzten Zeit etwas lebhafter geworden. Hält sich zwar noch ganz für sich, antwortet aber lauter und rascher. Geringe Gewichtszunahme.

31. Januar 1879. Manchmal blickt er lebhafter um sich und zeigt einen aufmerksamen Gesichtsausdruck; dann versinkt er wieder in sich oder starrt mit blödem Lächeln ins Leere. Auf sein Aeusseres hält er wenig, Arbeit meidet er ganz. Ab und zu zieht er das Kinn in die Höhe und macht Schluckbewegungen.

12. Februar. Patient spricht gar nicht, macht halbe Stunden lang Bewegungen mit dem Kopfe auf und nieder, sieht zum Fenster hinaus. Bleibt den Tag über ruhig.

Am 20. März findet sich im Berichte des Oberwärters notirt: „Patient schläft mit Unterbrechung, lacht öfter und knirscht mit den Zähnen, beschäftigt sich nicht. Appetit ist gut, Stuhlgang täglich.“

Am 22. März. Patient macht noch immer seine Kopfbewegung herauf und herunter, lacht dabei und räuspert sich. Wird er gefragt, warum er die Bewegung fortwährend mache, giebt Patient zur Antwort, er wisse es nicht. Spricht wenig, kümmert sich nicht um seine Umgebung.

Am 28. März 1879 als „gebessert“ entlassen.

Der vorliegende Bericht über den Krankheitsanfang ist zwar kurz gefasst, giebt aber ein deutliches Bild der Zustände: Ausgeprägte initial-melancholische Verstimmung, in welcher sich aber schon eine eigenthümliche Starre angedeutet findet und absonderliche Haltungs- und Bewegungstereotypen auftreten („marschirte stundenlang in militärischer Weise im Zimmer auf und ab“), danach kurzdauernde heftige Tobsucht

und nach dieser allmähliches Eintreten der Attonität mit Bettsucht, Nahrungsverweigerung und Mutacismus; im weiteren Verlaufe werden wiederholt katalepsieähnliche Zustände beobachtet und Krämpfe im Bereiche der mimischen Muskulatur; diese werden allmählich seltener und verschwinden später ganz, während in Körper- und Kopfhaltung auch weiterhin abnorme Spannungsverhältnisse der Muskulatur zum Ausdruck kommen und auch der Mutacismus im Allgemeinen fortbesteht. In der letzten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes treten wieder eigenthümliche gleichförmige und krampfartige Bewegungen auf: Zähneknirschen, Heraufziehen des Kinns und Schluckbewegungen und pendelnde Bewegungen des ganzen Kopfes. Die Sinnestäuschungen und Delirien des Patienten scheinen, wie seine diesbezüglichen Aeusserungen und das häufige Lachen darthut, keineswegs oder mindestens nicht dauernd schreckhafter Natur gewesen zu sein. Soweit man aus dem leider bezüglich der letzten Zeit etwas mangelhaften Berichte es entnehmen kann, scheint ein allmählicher Uebergang der Attonität in Verwirrtheit stattgefunden zu haben. Das Prädicat „gebessert“ bezieht sich wohl nur auf die anfänglich sehr viel bedeutendere psychische Hemmung des Patienten. Ueber das weitere Schicksal desselben nach seiner Entlassung gelang es mir leider nicht, etwas Näheres in Erfahrung zu bringen.

Es sei gestattet, zwei weitere Fälle, welche zur Zeit noch hier beobachtet werden, in ihrem bisherigen charakteristischen Verlaufe kurz zu skizziren.

IV. Fall. Heredität und Vorleben. Frau Agathe P., 32 Jahre alt. Patientin ist erblich nicht belastet; von Jugend auf bestand erhebliche Blutarmuth; in ihrem 15. Lebensjahre machte sie ein schweres und langwieriges Knochenleiden des rechten Oberarmes durch (wahrscheinlich Osteomyelitis). Sie genoss einen guten Unterricht und zeigte Interesse für bessere Lectüre. Seit 8 Jahren ist sie mit ihrem bedeutend älteren Onkel verheirathet, nachdem dessen drei erste Frauen gestorben waren.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Nachdem sie im Februar 1886 thatsächlich beleidigt worden war, traten einige Wochen danach Veränderungen ihres Gemüthszustandes ein: sie war erregt, glaubte sich von allen Seiten verleumdet, meinte zu hören, wie in Bezug auf sie selbst gesprochen wurde: „das ist eine Hure“ und dergleichen mehr. Seit Anfang Mai 1886 traten Verfolgungsideen auf; sie äusserte zu ihrem Manne, dass sie gehört habe, er wolle sie tödten; sie schrieb Briefe an Bekannte, in denen sie Angst und die Befürchtung documentirte, dass ihr das Leben genommen werden solle. Nachts schlief sie schlecht. Am 16. Mai 1886 wurde sie auf die Irrenstation des Allerheiligenhospitals zu Breslau aufgenommen. Dort war sie sehr ängstlich, drang bei der Visite in den Arzt, sie zu entlassen, sie wolle sich in ein Stift einkaufen, sie wolle zu Verwandten und dergleichen mehr. Oft versuchte sie fortzulaufen, bat um Erbarmen, behauptete, die Leute schriegen sie an, sie sei so schlecht; man wolle ihr den Kopf abschneiden; wiederholt betheuerte sie ihre Unschuld. Seit dem letzten Drittel des Juli ass sie nur, wenn man sie mittelst Darreichung der Nahrung fütterte.

Am 18. August 1886 wurde die Kranke in die hiesige Anstalt gebracht. Bei der Aufnahme notirte ich: Patientin steht auf, als mit ihr gesprochen wird, giebt nur ganz langsame, unverständlich leise Antwort; exquisit stuporöses Verhalten; lässt sich zögernd auf die Abtheilung führen.

Am 2. October 1886 notirte ich Folgendes: Patientin bot vom ersten Tage ihres Hierseins ab ein stuporöses Verhalten, sass still und regungslos auf einem Fleck, ass aber alles, was sie erhielt. Sie wurde im Wachsaale gehalten. Wurde ihr vom Arzt die Hand gereicht, so gab sie ganz langsam die ihre; bis diese Bewegung vollendet war, verging wohl immer eine Minute. Antwort gab sie gar nicht, auch nicht durch Kopfbewegungen. Doch sprach sie beim Essen mehrmals: „ich will Wein haben“, ein anderes Mal: „ich will mehr haben“. An einem der ersten Tage ihres Hierseins schrie sie im Garten, wo sie unbeweglich dagesessen hatte, plötzlich jäh auf (erinnernd an die *Cris hydrocéphaliques*), stand dann auf und rief laut: „ich will —“. Gleichzeitig zeigte sich eine congestive Röthe auf der Stirn; etwas Aehnliches wiederholte sich seither nicht. An manchen Tagen trat ein andauerndes Zucken in den oberen Augenlidern ein, krampfähnliche Niktitation, während dieselben geschlossen blieben und auch passiv nur mit grosser Anstrengung erhoben werden konnten. Allmählich trat eine grössere Spannung in der willkürlichen Muskulatur ein, passiven Bewegungen wurde Widerstand entgegengesetzt, der indessen zu verschiedenen Zeiten verschieden stark ist. Der Kopf sank immer mehr vorn über, konnte nur mühsam aufgerichtet werden. Augen blickten starr auf einen Punkt am Boden, Lidschlag erfolgte selten. In den letzten 10 Tagen starker Ptyalismus. Der Speichel fliesst der regungslos mit auf die Brust geneigtem Kopfe dasitzenden Patientin anhaltend aus dem Munde. Die Hand zum Grusse giebt sie schon lange nicht mehr. Absoluter Mutacismus. Nur wenn das Essen kommt, lässt sie sich erwecken und isst mit beschleunigtem Tempo alles, was ihr hingesetzt wird, auf. Vor einigen Tagen sagte sie auch plötzlich laut: „Führen Sie mich aufs Closet!“ Sonst musste sie abgehalten werden. Vorgestern zeigte sie in vorzüglicher Ausbildung das Symptom der *Flexibilitas cerea*, welches andeutungsweise schon einige Tage vorher zu beobachten war. Während der auf der Brust ruhende Kopf langsam und gegen einen entschiedenen Widerstand der Nackenmuskulatur zurückgebeugt und zugleich nach rechts gewendet wurde und in dieser Lage verharrte, blieben die Augäpfel in den weit aufgerissenen Augenlidspalten starr gerade aus und etwas abwärts gerichtet, die Arme vom Körper abgestreckt, die Hände dorsal flectirt, einzelne Finger gebeugt, andere gestreckt, kurz, die unbequemsten Stellungen wurden minutenlang beibehalten. Während dieser Zeit wurde ein fortwährendes Heraufziehen der Unterlippe und Zurücksinken derselben beobachtet; auch der Lidschlag fehlte. Auch die mimische Muskulatur (*M. corrugator supercilii*, *depressor anguli nasi et oris*) zeigte Andeutungen der *Flexibilitas cerea*. Heute früh liegt Patientin wieder regungslos im Bette, die Backen und Lippen von im Munde angesammeltem Speichel vorgetrieben, der rechte Oberarm liegt an dem Körper an, der Unterarm ist im Ellenbogengelenk rechtwinklig flectirt und liegt quer über den Leib. Beide Füsse, namentlich der linke, mässig ödematös geschwellt. An den oberen Augenlidern sind häufige Zuckungen zu beobachten, ohne dass indes das Auge durch dieselben geöffnet würde. Das ganze Gesicht sieht leicht congestionirt aus, an der rechten Wange, in der Nähe der Nase eine Anzahl von Hautvenensternen. Die *M. sternocleidomastoidei* sind angespannt und springen strangartig vor, der Brustkorb flach, erscheint nicht ganz symmetrisch, was vielleicht von der geringen Entwicklung der rechtsseitigen zur Extremität ziehenden Muskulatur bedingt sein kann. Die ganze Gegend der rechten Schulter ist flach, die Schultermuskulatur

extrem atrophisch, die Haut der Schultergegend und des Oberarmes rauh und von einer grösseren Anzahl unregelmässig configurirter, offenbar von Fistelöffnungen herrührender Narben durchsetzt, welche besonders um die Gelenke herum gruppirt sind. Am inneren Rande des Schultermuskels eine 4 cm lange Schnittnarbe. Das Schulterblatt ist mit dem Oberarmknochen fest (anchylosisch) verbunden, so dass alle Bewegungen der oberen Extremität als Totalität nur durch Mitbewegung des Schulterblattes ausführbar sind. Athembewegungen geschehen so oberflächlich, dass die aufgelegte Hand sie nicht zu constatiren vermag. Eine auscultatorische Untersuchung der Lungen ist deshalb gar nicht ausführbar. Herztöne rhythmisch, mittelstark, Puls nicht verlangsamt. Bei wiederholter Untersuchung hat sich der Radialpuls stets als mittelvoll und von mittlerer Beschleunigung (ca. 68) erwiesen.

3. October. Im Allgemeinen unveränderter Zustand. Nachmittags rief Patientin nach Aussage der Wärterin viele hundert Male hinter einander: „Ih, ih, ih, ih, ih . . .“

24. October. Patientin hatte vorgestern auf die Frage, ob ihr Mann sie besuchen solle, lebhafte Zeichen des Einverständnisses gegeben. Heute, als derselbe zu ihr geführt wurde, lag sie in einem Sessel zurückgelehnt, hielt die Augen fest geschlossen und lispelte unaufhörlich die sinnlosen Silben: „Ninne, ninne, ninne . . .“, was sie bereits eine halbe Stunde vor Ankunft ihres Mannes begonnen hatte. Alle Ansprachen, Streicheln, Rütteln, Befeuchten der Augen mit Wasser und gewaltsames Oeffnen derselben vermochten sie nicht von ihrer Verbigeration abzubringen. Die einzige kleine Variation, welche in ihren Aeusserungen wahrzunehmen war, bestand darin, dass sie von dem monotonen Gelispel allmählich in eine mehr singende Modulation überleitete.

4. November. Heute Vormittag hatte Patientin einen längerwährenden Krampfanfall. Während sie wie gewöhnlich im Lehnstuhl sass, wurde der Rücken opisthotonisch steif, der Kopf krampfhaft in den Nacken gezogen, und machte gleichzeitig langsame gleichförmige seitliche Drehbewegungen. Die Augen waren in den weit geöffneten Höhlen nach oben rotirt, so dass nur das Weisse zu sehen war. Dieser Zustand hielt wohl eine halbe Stunde an. Als Patientin in das Bett gelegt wurde, liess die Rückensteifigkeit bald nach, während die seitlichen Kopfbewegungen noch fortgesetzt wurden.

30. November. In den letzten Wochen hat die Kranke andauernd in einem Zustande tiefer Benommenheit und völliger Apathie im Bett gelegen und das Symptom der *Flexibilitas cerea* gezeigt, in der letzten Zeit jedoch nicht mehr so deutlich wie früher, so dass die Glieder nur dann in der ihnen gegebenen Stellung verharrten, wenn die Lageveränderung langsam geschah, bei schnellem Stellungswechsel jedoch schlaff herabfielen. Die Kranke hat kein Wort gesprochen, die von ihr im Bett einmal angenommene Stellung stundenlang innegehalten, und nur wenn ihr das Essen gereicht wurde, eine mitunter ganz auffällige Regsamkeit entfaltet und ihre Mahlzeiten vollständig und schnell verzehrt. Während sie sonst meist — bei geschlossenen Augenlidern — ununterbrochen zwinkerte, so lange man sich mit ihr beschäftigte, hatte sie beim Essen die Augen offen und starr vor sich hin gerichtet. Ihre Ausleerungen waren regelmässig. Der Gesichtsausdruck der Patientin ist ein völlig indifferenter; derselbe ist weder fatuös, noch ängstlich zu nennen.

13. December. Bei dem gestern Vormittags stattgehabten Besuche ihres Mannes liess sich dieser allerlei Ungehörigkeiten zu Schulden kommen, weswegen er schliesslich von der Wärterin hinausgewiesen wurde. Die Kranke war durch die auf sexuellen Anreiz berechneten, schamlosen Manipulationen ihres Mannes in eine hochgradige erotische Erregung gerathen. Sie wurde vom Arzte mit

stark congestionirtem Kopfe, im Zimmer sich im Tanze drehend, angetroffen. Sie wirbelte wie eine Balletteuse, ihr Hemd mit den Fingerspitzen hochhebend, auf den Fussspitzen im Kreise herum, riss im motorischen Drange die Wärterin, die sie aufzuhalten suchte, mit sich fort, und prallte von einer Wand in der Fensternische, wo die Scene sich abspielte, an die andere. Zu Bett gebracht und festgehalten, drängte sie mit aller Gewalt wieder heraus und wirbelte, wenn man sie gewähren liess, sofort wieder in derselben Weise herum. — Nachmittags bot sie wieder dasselbe tief benommene, völlig apathische Wesen dar, wie zuvor. Puls kräftig, mittelvoll, 72 Schläge pro Minute.

30. December. Patientin hat ununterbrochen zu Bett gelegen; alle Bemühungen, sie zum Verlassen desselben zu bewegen, scheiterten an der völligen Apathie der Kranken. Die vegetativen Functionen gehen dabei ganz normal von statten und das Körpergewicht scheint eher zu- als abgenommen zu haben. *Flexibilitas cerea* nicht mehr vorhanden. Gewisse zweckmässige Bewegungen werden von ihr quasi instinctiv und correct, aber sehr langsam, ruckweise und oft nur andeutungsweise und unvollständig ausgeführt. Z. B. zieht sie die Bettdecke wieder hoch oder macht wenigstens einen dementsprechenden Versuch, wenn man sie entblösst hat. Meistens jedoch hält sie die einmal eingenommene Lage oft stundenlang inne, auch wenn der Augenschein lehrt, dass dieselbe unbequem für sie sein muss. Auf Anrufen, Anblasen, Rütteln keinerlei Reaction ausser lebhaftem Zwinkern mit den Lidern.

15. Januar 1887. Keine Aenderung in dem Gesamtbilde. Zeitweise macht sich bei passiven Bewegungen ein gewisser Spannungswiderstand in der Muskulatur geltend; an anderen Tagen völlige Erschlaffung der Muskeln. Guter Ernährungszustand.

17. März. Die Kranke liegt nach wie vor zu Bett, verzehrt aber ihre Mahlzeiten, wenn man sie ihr hinstellt, vollständig und hat an Körperfülle etwas zugenommen. Nach ihrem Mienenspiel zu urtheilen (sie lächelte mitunter, wenn man eine scherzhafte Bemerkung an sie richtete), scheint sie für das, was man zu ihr sagt, jetzt ein gewisses Verständniss zu besitzen, spricht aber noch nicht.

30. April. Seither begann die tiefe Bewusstseinstrübung einem etwas klareren Zustande zu weichen. Verbigeration ist nicht mehr beobachtet worden. Dagegen traten in den letzten Wochen stereotype Bewegungen in deutlicher Ausbildung hervor. Namentlich constant, fast täglich und stundenlang, drehte sie in einer eigenthümlich steifen Weise an einem über die Stirn hängenden Lockenbüschel, und begann diese Bewegung, gewaltsam unterbrochen, alsbald von Neuem. In letzter Zeit hat sie auch mehrfach, wenn auch nur sehr langsam und immer nur wenige Worte gesprochen und sich auch zum Verlassen des Bettes bewegen lassen. Stundenweise sinkt sie wieder in die Attonität zurück und dann tritt auch die Niktitation wieder stark hervor. Negativistische Strebungen treten jetzt nur noch in sehr abgeschwächtem Maasse auf. Wenn man ihr längere Zeit zuredet hat, giebt sie die Hand und führt auch andere einfachere Manipulationen aus und scheint jedenfalls alles zu ihr Gesprochene zu verstehen. Die Bewegungen geschehen aber durchweg mit viel Anstrengung, und meist erfolgen sie in eigenthümlichen Spiraldrehungen. Der ganze Zustand macht in exquisitem Maasse den Eindruck des motorisch Unfreien, Gehemmten.

Ich habe diesen Fall, dessen Beobachtung noch nicht abgeschlossen ist, und welcher nach einem deutlich entwickelten melancholischen Eingangsstadium eine langanhaltende und noch nicht völlig

abgelaufene Phase stupescender Attonität darbietet, mittheilen zu sollen gemeint, weil er recht geeignet ist, darzuthun, dass die landläufigen Beschreibungen der verschiedenen Stuporformen, der Melancholia attonita und der anderen einschlägigen „Krankheiten“, welche in den Lehrbüchern gegeben werden, eine ganze Reihe von Einzelercheinungen unberücksichtigt lassen, welche jede aufmerksame Beobachtung immer und immer wieder registriren kann und welche schon um der Ausbildung willen, welche dieselben in anderen Fällen erlangen, nicht einfach ignoriert werden dürfen. Die „negativistischen Willensbewegungen“, die wächserne Biegsamkeit, die gröberen Krampfzustände in der Körpermuskulatur, die Verbigeration, die Bewegungstereotypen sind ebenso thatsächliche und darum ebenso wichtige Dinge wie das psychische Versunkensein, die Apathie, die Bewusstseinstrübung. Und der Umstand, dass alle diese Symptomencomplexe sich wieder und wieder zusammenfinden, und dass eben diese Fälle im Grossen und Ganzen den gleichen Gesamtverlauf nehmen, sollte doch darauf führen, denselben eine Sonderstellung einzuräumen und den Charakter einer Krankheit sui generis zu vindiciren.

V. Fall. Pauline Thomas, unverheirathet, 42 Jahre alt, ist erblich nicht belastet, hat sich körperlich und geistig normal entwickelt. Besondere Charaktereigenthümlichkeiten wurden an ihr nicht wahrgenommen. Sie hat einmal ausserehelich geboren und das Kind bei sich erzogen. Ihrer Erkrankung ging ein erneutes Liebesverhältniss voraus, von welchem sie hoffen mochte, dass eine eheliche Verbindung daraus hervorgehen würde. Indess wurde sie von ihrem Geliebten im Stiche gelassen, was sie sich sehr zu Herzen genommen haben soll.

Der Krankheitsbericht bis zur Aufnahme ist sehr unvollkommen. „Patientin sei aus obiger Ursache in Melancholie verfallen.“ Sie wurde still, niedergeschlagen und versäumte ihre Beschäftigung. Diese Veränderung des Wesens soll seit dem Herbst 1886 datiren. Die deutliche Psychose eclatirte Anfang Januar d. J., und zwar angeblich im Anschluss an eine Beichte.

Am 6. Januar benahm sie sich in der Kirche auffällig, wollte Nachmittags von Neuem die Kirche besuchen, welche verschlossen war, und bat Nachts den Bruder, bei ihr zu bleiben, da ihr so ängstlich zu Muth sei. Sie wurde immer erregter, wollte fortlaufen, musste mit Gewalt zurückgehalten werden und wurde aggressiv gegen ihre Umgebung. Dabei trat ein religiöser Zug deutlich hervor; sie verlangte oft nach dem Pfarrer, recitirte Bibelsprüche, sprach viel vom Teufel; einmal wünschte sie ein Messer, „um Christi Blut zu machen“. Angst- und Wuthausbrüche wechselten mit einander.

Gelegentlich der Aufnahme in hiesige Anstalt am 10. Februar d. J. ist notirt: Patientin ist sehr ängstlich erregt, bittet dringend, nach Hause gelassen zu werden. Ihre sonst sehr lebhaft und mit häufigen Zuckungen der Mundwinkel einhergehende Sprache wird stockend und leise, als sie nach ihrem Alter, Heimath etc. gefragt wird, worauf sie erst nach längerem Besinnen nicht ganz zusammenhängende Antworten giebt.

Sie hat sich von Hause nur mit Gewalt fortbringen lassen und hierbei eine Anzahl traumatischer Suggillationen im Gesicht davongetragen. Sie muss mit Gewalt in die Abtheilung geführt werden.

Aus dem am 14. Februar d. J. notirten Status praesens sei Folgendes mitgetheilt: Patientin ist eine zartgebaute, dürftig genährte Person mit gelblich fahler Hautfarbe. Handrücken und Füsse leicht ödematös geschwollen. Eine eingehende Besichtigung des Körpers ist absolut unmöglich, da Patientin sich auf das allerheftigste dagegen sträubt. Wie jede Procedur, die mit der Kranken vorgenommen werden soll, stiessen auch die Versuche, sie zu baden, auf so bedeutenden Widerstand, dass davon Abstand genommen werden musste. Der Gesichtsausdruck ist verstört, die Züge angstvoll verzerrt, aber in dieser physiognomischen Verfassung unveränderlich fixirt und völlig starr. Der Blick gläsern ins Leere gerichtet. Die Hände werden krampfhaft gegen die Wangen gepresst, wobei die im Ellenbogengelenk flectirten Arme nur mit einem grossen Aufwande von Kraft gestreckt werden können. Sehr auffallend sind ununterbrochene pagodenartige, wiegende Bewegungen des Rumpfes nach vorn und hinten. Als letzterer an den Schultern festgehalten wird, setzt die Kranke die Beugebewegungen mit dem Kopfe fort, und als dieser fixirt wird, hebt sie in gleichem Tempo die gefalteten Hände auf und nieder, ohne sich durch Zureden auch nur einen Moment in ihren Bewegungstereotypen unterbrechen zu lassen. — Die Kranke reagiert überhaupt auf keinerlei Ansprache und bietet bis auf die schon beschriebenen gleichförmigen unausgesetzten Bewegungen ein absolut starres, in sich versunkenes Verhalten. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass sie namentlich deutlich in den ersten Tagen ihres Hierseins andauernd dieselben Worte gelispelt hat, und zwar waren es stundenlang die Worte: „ich muss zu Hause, ich muss zu Hause“ abwechselnd mit „geben Sie mir die Sachen, geben Sie mir die Sachen“. Am Abende, wo der obige Status praesens aufgenommen wurde, hörte man ununterbrochen: „erbarme Dich, erbarme Dich“, wobei sie jedes „erbarme Dich“ mit einer Vor- und Rückwärtsbeugung des Rumpfes taktmässig begleitete.

Das Krankheitsbild ist bisher durch 2½ Monate völlig unverändert. Sie spricht kein Wort, verweilt starr an einer und derselben Stelle, sich beständig hin- und herwiegend, reagiert durchaus auf keine äussere Einwirkung, ausser in negativistischem Sinne: so rückt sie langsam und unter beständigen rhythmischen Schaukelbewegungen auf den ursprünglichen Platz zurück, wenn sie etwa von demselben weggezogen worden war. Sie hat sich mehrfach grob verunreinigt, mitunter die Nahrung verweigert, in der Regel lässt sie sich dieselbe jedoch reichen oder isst dieselbe, wenn sie ihr hingestellt wird und man sie sich selbst überlässt; Schlaf erfolgt nach Chloral (1 g combinirt mit 0,01 g Morphinum).

Der vorstehend skizzirte Krankheitsfall giebt einen weiteren Beleg dafür, dass sich in der Regel der Zustand der Attonität durch ein oder zwei Vorstadien hindurch einleitet, und ferner dafür, dass mit der traditionellen Beschreibungsweise der sogenannten Melancholia attonita als einer einfachen Steigerung des Zustandes der einfachen Melancholie das Wesen der Sache — auch selbst nur empirisch-klinisch — sehr wenig gekennzeichnet ist.

VI. Fall. Thomas Hanysek, 35 Jahre alt, Grubenarbeiter aus Brinitz, Kreis Kattowitz. Der anamnestische Bericht des Kreisphysikus vom 2. November 1885 lautet:

Hereditäre Belastung ist ausgeschlossen. Ebenso wenig kann in der Erziehung ein ursächliches Moment zur geistigen Erkrankung gefunden werden. Patient hat sich normal entwickelt, ist Soldat gewesen und bis zu seiner Erkrankung fleissig und arbeitstüchtig gewesen. Nur hat er sich öfters, besonders

in der letzten Zeit sehr bekümmert über seine Vermögensverhältnisse ausgesprochen und ist in den letzten Wochen schwermüthig gewesen. In vergangener Woche benahm er sich während des Gottesdienstes auffällig und musste mit Gewalt vom Altare weggeführt werden. Zu Hause schrie er unmotivirt und hat die beiden letzten Nächte so heftig getobt, dass er gefesselt werden musste. Nach der Aussage seiner Frau hat er letztere gemisshandelt und gebissen.

Bei seiner Aufnahme in hiesige Anstalt am 17. November 1885 wird auf Grund der Aussage des den Kranken hergeleitenden Unterlazarethgehilfen Larisch aus Tarnowitz Folgendes notirt: „Der Begleiter, welcher den Kranken verpflegt hat, sagt aus, dass H. im Allgemeinen sehr ruhig, zurückhaltend und theilnahmlos gewesen sei: gesprochen habe er fast gar nicht; nur während zweier Tage habe er gelärmt und getobt, so dass er während dieser Zeit isolirt werden musste und die Zwangsjacke erhielt. Er sah öfter längere Zeit nach einer Stelle im Zimmer hin und gab an, daselbst Gestalten zu sehen. Zur Aufnahme von Nahrung musste er aufgefordert werden, sonst liess er das Essen unberührt vor sich stehen. Stuhlgang war regelmässig, doch liess er denselben wie den Urin unter sich. Zeitweise lag Patient steif und starr im Bette, die Gliedmassen konnten nicht gebeugt werden, ja Larisch will den Patienten an den Beinen so gehoben haben, dass der steife Körper sich ganz von der Unterlage entfernte. Während dieses Zustandes habe Patient keinerlei Zeichen eines Verständnisses gegeben. Als die Begleiter heute früh mit dem Kranken vom Lazareth zum Bahnhof aufbrachen, fiel Patient auf dem Wege plötzlich um, verfiel in Katalepsie und musste nach dem Bahnhofe getragen werden. Steifheit und Starre des Körpers hielt bis zum Bahnhofe an. Hier kam Patient wieder zu sich und verhielt sich ruhig auf der Fahrt nach Leubus.“

Auch bei der Aufnahme bietet Patient leichte kataleptische Erscheinungen; die oberen Extremitäten lassen sich in die verschiedensten Beugestellungen bringen und verharren in denselben, bis die Gliedmassen vermöge ihrer eigenen Schwere in die natürliche Haltung zurückkehren. — Patient ist von mittlerer Grösse und in mässigem Ernährungszustande. Haut und sichtbare Schleimhäute blass, anämisch. Pupillen von mittlerer Weite, reagiren auf Lichtreiz nicht. Gang nicht ataktisch; Patellarsehnenreflexe erhalten, links verstärkt, Lähmungen an den mimischen Gesichtsmuskeln nicht wahrnehmbar. Zunge leicht belegt, Patient, der nur wenig deutsch versteht, giebt auch auf polnisch an ihn gestellte Fragen nur wenig Antwort. Es ist mühsam von ihm zu ermitteln, dass er sich krank fühlt, und zwar soll die Krankheit mit heftigen Schmerzen im Hinterkopf begonnen haben¹⁾; er habe deshalb zu Gott seine Zuflucht genommen; später sei er ins Knappschaftslazareth zu Tarnowitz gekommen; nunmehr befinde er sich in einem Kloster. Bezüglich des Beginnes der Seelenstörung ist weder vom Patienten selbst noch vom Begleiter Genaueres zu erfahren. Patient geht ruhig und willig mit auf die Abtheilung.

In den ersten Tagen seines hiesigen Aufenthaltes war Patient stark benommen, stuporös, sprach kein Wort, musste an- und ausgekleidet und gewaschen werden. Er stand stundenlang auf einer und derselben Stelle und starrte vor sich hin. Zeitweise hatte er eigenthümliche Krampferscheinungen: langsam contrahirten sich die Halsmuskeln der rechten Seite, so dass der Kopf vollständig nach rechts gedreht wurde, während der Rumpf zunächst in seiner starren ge-

¹⁾ Hierbei sei beiläufig bemerkt, dass dies der einzige Fall meiner Beobachtung ist, welcher das nach Kahlbaum (vgl. l. cit. p. 52) so häufige Symptom des Hinterkopfschmerzes bietet.

raden Haltung verblieb; alsbald aber folgte der ganze Körper dieser nach rechts gerichteten Bewegung, so dass sich Patient vollständig um seine eigene Körperachse drehte¹⁾.

Am 21. November findet sich im Journale notirt: „Patient ist sehr benommen, zeitweise zittert er heftig, gleichmässig am ganzen Körper, stösst klagende Töne aus, ruft um Hilfe, oder er schlägt mit den Händen heftig um sich. — Er muss gefüttert werden.“ In der nächsten Zeit wurde Patient von einer mit hohen Fiebertemperaturen einhergehenden Pneumonie befallen. Auch während dieser Zeit blieb er stumm, lag regungslos im Bette und starrte nach einer Stelle. — Am 30. November und ebenso am 1. December schrie Patient in schwer zu beschreibender fast rhythmischer Weise unausgesetzt unartikulirt auf; in dem Berichte des Oberwärters heisst es mit Bezug hierauf: „schreit fortwährend, als wollte er die Tonleiter singen und liess sich durch nichts davon abbringen.“ Den 3. December: „Patient spuckte das ihm gereichte Essen aus und schrie laut: ‚Gift! Gift!‘ In den folgenden Tagen blieb er benommen, liess Koth und Urin unter sich und musste fortgesetzt gefüttert werden. Am 3. December riss Patient dem Wärter den Löffel aus der Hand und verschlang von selbst mit Heisshunger die ihm gereichte Portion²⁾.“ — Am 13. December berichtet der Oberwärter: „Patient will über einem grossen Wasser die neue Welt sehen, er kleidete sich aus, legte sich auf den Fussboden und will nach dem heiligen Lande hinüberschwimmen.“ — Bis Mitte Februar 1886 blieb sich das psychische Verhalten des Patienten fast unausgesetzt gleich; er lag entweder zu Bette und starrte ins Leere, oder er verliess das Bett und stand stundenlang am Fenster. Zum Sprechen war er nicht zu bewegen. Spontan gab er nur ganz selten Aeusserungen von sich, die meist auf barocke Wahnideen schliessen liessen. Am 16. Februar fing Patient an zu sprechen, verlangte nach mehr Essen und bat, auf Arbeit gehen zu dürfen. Er verrichtete dann bis Ende des Monats mechanisch Strohflechtarbeit, war andauernd sehr wortkarg und gab nur auf dringendes Befragen Antworten, meist abweisender Natur. In der Abtheilung stellte er sich nach wie vor stillschweigend in eine Ecke und starrte vor sich in das Leere. Im Laufe des Monats April exacerbirte die Lungenerkrankung unter erneutem hohen Fieber. Manchmal verliess Patient unmotivirt das Bett und stellte sich in eine Zimmerecke oder irrte umher. Einmal erklomm er in der Nacht ganz schnell den Tisch und warf die Lampe auf die Erde. „Dies sei nicht die richtige Sonne.“

12. Mai. Patient wurde auf den Nachtstuhl getragen, verrichtete sein Geschäft nicht; sobald er wieder zu Bett gebracht war, setzte er sich in demselben auf und verunreinigte dasselbe³⁾.

¹⁾ Interessanter Weise zeigte ein anderer an Katatonie leidender Kranker (Krusch), welcher noch hier der Beobachtung unterliegt, mehrmals das genau gleiche Krampfphänomen.

²⁾ Nach dem mir vorliegenden Materiale scheinen Zeiten des Heisshungers bei Katatonikern recht häufig vorzukommen und zwar in unregelmässiger Abwechselung mit Nahrungsverweigerung. — Die wunderbaren Tics dieser Kranken in der Art der Nahrungsaufnahme, denen Kahlbaum (p. 48) eine eingehendere Schilderung zu Theil werden lässt, können hier leider, wegen der relativen Unwichtigkeit dieser Erscheinung, nicht durch weitere Beispiele vermehrt werden. Man vgl. aber das bei Kretschmer (III. Fall) und Anderen Berichtete.

³⁾ Jensen (l. c. p. 265) schreibt: „Nicht selten greift der tonische Krampf auf die Sphinkteren von Blase und Mastdarm über, es kommt zur Urinretention

15. Mai. Patient drängte mit Gewalt nach aussen, weil er die neue Welt sehe, welche ihm allein gehöre.

20. Mai. Patient spricht seit einigen Tagen kein Wort, er läuft planlos auf und ab oder steht stundenlang auf einer Stelle. Die Füsse sind ödematös angeschwollen.

27. Mai. Patient starrt vorübergehende Kranke lange an, fällt alsdann fussfällig vor ihnen nieder und umklammert ihre Beine, dass er mit Gewalt fortgenommen werden muss.

29. Mai. Nässt oft ein.

31. Mai. In Folge von dem vielen Stehen auf einer Stelle und dem Herabhängen beider Hände sind letztere bis an die Mitte des Unterarmes und die Beine bis an die Kniee angeschwollen und blauröth verfärbt.

6. Juni. Beim Vertheilen des Essens muss Patient hinausgeführt werden, da er Alles ergreift und auf den Fussboden wirft. —

In der nächsten Zeit traten anhaltend negativistische Strebungen in stärkstem Maasse hervor; der Oberwärter schreibt die ungeschickt stylisirte, aber charakteristische Bemerkung nieder: „Beim An- und Auskleiden müssen zwei Wärter sein. Einer allein wird nicht fertig, weil Patient stets das Gegentheil von dem verrichtet, was man eigentlich wünscht.“ Dabei ist er fortgesetzt unsauber im höchsten Grade und schlägt rücksichtslos gegen die Wärter, welche ihn reinigen wollen.

In den folgenden Wochen besserte sich das Befinden des Kranken insofern, als er sich sauber hielt, beim An- und Auskleiden behilflich war und unter Anderen gehalten werden konnte. Er war noch sehr wortkarg, indess wurde sein Aussehen freier, und es schien eine Remission sich einzuleiten. Dieselbe hatte jedoch keinen Bestand, er verfiel bald wieder in seine alte Starre zurück. Nur wurde die Regungslosigkeit durch 3 Wochen hindurch von „Bewegungstereotypen“ durchbrochen. Er lief viele Stunden hindurch täglich mit gesenktem Kopfe in gleichmässigem Schritte von einem bestimmten Fenster des Krankensaales zu einem anderen Fenster, jeden rücksichtslos bei Seite stossend, der seinen Pfad kreuzte. Auch im Garten hatte er während dieser Zeit seinen ganz bestimmten Weg, den er nie verliess und in einem gleichmässigen Tempo das eine Mal wie das andere Mal wie ein Uhrpendel durchmass. Ohne wesentliche Aenderung seines Verhaltens, mit andauernder Schweigsamkeit, verblieb er in der Anstalt bis zum 2. October 1886, wo er ungeheilt entlassen wurde. — Nachzutragen wäre nur, dass er in den letzten Monaten meist abendliche Temperatursteigerungen hatte, so dass die Annahme phthisischer Lungenprozesse gerechtfertigt sein dürfte, — bekanntlich die häufigste zum Exitus führende Complication des katatonischen Irreseins. Das Körpergewicht ist während des Anstaltsaufenthaltes unter mehrfachen Schwankungen allmählich von 59 auf 55,5 kg heruntergegangen.

Sollten wir epikritisch einzelne Erscheinungen des soeben vorgeführten Falles zur Rechtfertigung der Diagnose hervorheben, so müssten wir den ganzen Krankheitsbericht einfach wiederholen. Es ist ein nach unserem Dafürhalten vorzüglich charakterisirter Fall von

und Koprostase. Häufig tritt auch dieser Krampf nur gewissermaassen reflexmässig auf als Aeusserung des negativen Verhaltens der Kranken, indem sie zu Stühle geführt weder uriniren noch defäciren, auch wenn geduldig bei ihnen ausgeharrt wird, nur um unmittelbar nach der Zurückführung vom Closet Koth und Urin rücksichtslos unter sich zu lassen.“

Katatonie, an welchem wir die Mehrzahl der pathognostischen Symptome in selten schöner Entwicklung finden. Oder sollte es wirklich nothwendig sein, zu betonen, dass eine etwaige Diagnose „Verrücktheit“ weder von dem Verlaufe des ganzen Krankheitsprozesses noch von einer einzelnen Phase desselben ein hinreichendes Bild geben würde?

Oder aber gehört dieser Fall etwa der Rubrik der Stupidität oder Melancholia attonita, wie dieselbe landläufig geschildert wird, zu? Deutlicher wie an diesem Beispiele kann die Nützlichkeit der Einführung des Terminus der „Attonität“ an Stelle der Melancholia attonita kaum klargelegt werden. Guislain¹⁾ sagt mit sehr viel Wahrheit: „Worte spielen in Wissenschaften eine sehr wichtige Rolle; sie lassen oft die falscheste Auffassung entstehen, aber sie leiten ebenso oft zu richtigen und exacten Definitionen. Deshalb ist es wichtig, die Bedeutung der bisherigen und der in die Wissenschaft allmählich neu einzuführenden Bezeichnungen zu verfolgen.“

Deutlicher aber ferner wie an diesem Beispiele kann kaum dargethan werden, wie eng und innig Mutacismus und Verbigeration, Bewegungs- und Haltungstereotypen, starres, gewohnheitsmässiges Thun, Nahrungsverweigerung und negativistische Strebungen symptomatisch zu einander gehören und in ihrer Zusammenfügung ein Krankheits-Ganzes constituiren, das wiederum durch seinen typischen Gesamtverlauf, den cyklischen Wechsel von Melancholie, Aufregung und Attonität ausgezeichnet ist.

VII. Fall. Johann Karl Heinrich Arold, 25 Jahre alt, Schuhmacher-geselle aus Neuhammer, Kreis Görlitz.

Die Daten, welche über das Vorleben des Kranken bekannt sind, gehen dahin, dass Patient aus gesunder Familie stammt, sich körperlich und geistig normal entwickelt hat und von jeder Krankheit, selbst den Kinderkrankheiten, verschont geblieben ist. Bezüglich seines Temperaments giebt die Mutter an, dass ihr Sohn immer etwas still, so „vor sich hin“ gewesen sei und zu Grübeleien geneigt habe. Seit 7 Jahren hat Patient bald hier bald dort als Schuhmacher Arbeit genommen, zuletzt und zwar im Herbst 1878 in Genf.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Er erkrankte hier (in Genf) Mitte Mai 1879 angeblich an einer Nervenkrankheit, blieb in Genf selbst noch 14 Tage, wurde nach Basel spedirt, blieb auch hier 14 Tage lang und kam dann am 13. Juni nach Lörrach, wo er bis zum 8. August verblieb. An letzterem Tage wurde er von dort abgeholt, ging willig mit, war auf der Reise ruhig, sprach von selbst nichts und antwortete auf Fragen auch nur selten. Zu Hause blieb er entweder ruhig auf seinem Platze oder ging im Freien spazieren, sprach oft tagelang kein Wort, dann aber bisweilen einige Worte, aus denen ersichtlich war, dass sein Erinnerungsvermögen nicht ganz schlecht sei. Meist blieb sein Gesicht ausdruckslos, seltener lächelte er scheinbar ohne Grund vor sich hin. Er beschäftigte sich fast gar nicht, nur einmal aus freiem Antriebe mit dem Flicken seiner Stiefel. Die gewöhnlichen Verrichtungen führte er aus, er

¹⁾ op. cit. p. 41.

wusch sich selbst, kleidete sich an und aus, zog seine Uhr auf und rasirte sich selbst. Stuhl, Urin, Schlaf in Ordnung.

Am 29. August 1879 wurde er in die hiesige Anstalt aufgenommen. Am 30. August bot er folgenden Status praesens dar:

Patient ist von kräftigem Knochenbau, mässiger Muskulatur, gutem Fettpolster. Ganz langsam tappend, Haltung steif aufrecht. Sichtbare Schleimhäute blass, Tastgefühl fraglich (Patient spricht nicht), Schmerzgefühl wohl normal. Schädel symmetrisch, von schlichtem braunen Haar bedeckt. Stirn ziemlich hoch. Gesicht sieht ein wenig gedunsen aus: Gesichtsausdruck leer, selten ein wenig gespannt. Die linke Pupille etwas weiter als die rechte; beide reagiren etwas träge. Ohr läppchen vollständig angewachsen. Patient öffnet den Mund auch bei dringender Aufforderung nicht. Brustorgane scheinen gesund, Herztöne etwas dumpf. — Leichte Hypospadie; von dem gespaltenen Präputium aus erstreckt sich unterhalb der Harnröhre, dieser parallel, ein blind endigender 2 cm langer Gang, der unterhalb der Harnröhrenöffnung mit einer kleinen stecknadelkopfgrossen Oeffnung beginnt. Patellarsehnenreflex erhöht. Isst mit gutem Appetit.

Patient sitzt entweder still auf seinem Platze oder geht steif aufgerichtet umher, starr vor sich hinsehend, unbekümmert um seine Umgebung. Angeredet spricht er gar nicht, scheint bisweilen zu kämpfen, als wolle er eine Antwort hervorbringen, sei aber nicht im Stande dazu. — Er scheint mit Wahnideen zurückzuhalten, doch lässt sich darüber wie überhaupt über sein geistiges Leben thatsächlich nichts eruiren, da Patient vollkommen schweigt und auch sonst kein Zeichen seines Geisteslebens von sich giebt.

31. August. Patient isst mit gutem Appetit, schläft gut, ist reinlich; geht mit den Ruhigen in den Garten. Er spricht gar nicht.

12. September. Patient geht im Garten umher, unbekümmert um die anderen Kranken. Er spricht noch immer nicht. „Katatonie“ ist nicht vorhanden ¹⁾.

28. September. Patient fiel heute im Garten plötzlich um, zuckte krampfhaft mit dem Kopfe und wurde dann starr an allen Gliedern; dabei lief ihm der Speichel aus dem Munde. Nach wenigen Minuten ging der Anfall vorüber, und Patient sass auf seinem Platze, ganz wie früher vor sich hinstarrend.

30. September. Antwortete auf die Frage, ob er gut geschlafen, mit einem langsam und offenbar sehr mühsam hervorgebrachten „Ja“. — Nachmittags hatte

¹⁾ Ich habe auch diesen Satz wörtlich aus dem vorgefundenen Journale mitgetheilt, um Gelegenheit zu nehmen, diesser missverständlichen Anwendung des Wortes „Katatonie“ entgegenzutreten, welcher man auch an einzelnen Stellen in der Literatur begegnet. Der ganze obige Krankheitsfall findet sich unter der Diagnose „Verrücktheit“ journalisirt. Daraus, wie auch schon aus der Fassung des obigen Satzes, geht deutlich hervor, dass hier mit dem Ausdruck Katatonie nur diejenigen Spannungsveränderungen der willkürlichen Muskulatur belegt werden sollen, welche bei an Katatonie leidenden Kranken beobachtet werden. Es wäre ja an und für sich — sprachlich — nichts dagegen einzuwenden gewesen, wenn Kahlbaum die Bezeichnung Katatonie auf diese Theilerscheinung des ganzen Krankheitsprozesses eingeschränkt hätte. Da er dies aber nicht gethan hat, sondern vielmehr den ganzen Krankheitsprozess mit diesem Ausdruck benannt hat, ist es eine Pflicht der Pietät gegen den Autor einerseits, andererseits aber auch ein Postulat wissenschaftlicher Klarheit und Exactheit, die Bedeutung des Wortes Katatonie nicht ohne Noth willkürlich zu ändern.

er wieder einen kleinen Krampfanfall; er zuckte mehrmals mit den Händen, verzog jedoch das Gesicht dabei nicht und blieb auf seinem Platze sitzen.

1. October. Spricht etwas mehr; auf die Frage, warum er sonst nicht spreche, antwortet er, er könne nicht. Dann ist es nicht möglich, noch ein weiteres Wort aus ihm herauszubringen. Die Sprache ist langsam, schwerfällig und stotternd; die Worte werden mühsam hervorgestossen.

5. October. Patient spricht wieder gar nicht; nickt bei Fragen nur selten mit dem Kopfe. Wiederholt geringe Krampfanfälle.

6. October. Patient marschirt steif aufgerichtet im Garten umher.

1. November. Patient hat heute mit dem Wärter mehr gesprochen, was und wo er gelernt habe, von seinen Reisen erzählt etc. Bei der ärztlichen Visite spricht er nicht mehr. — Krampfanfälle sind in letzter Zeit nicht beobachtet worden.

2. November. Patient heute gesprächiger. Auf Befragen giebt er Folgendes an: Er habe so viel Speichel im Munde, dass er nicht reden könne; das geschieht durch „Madfatie“; wenn er ausspuckt, dann kann er reden; er wird durch „Autonomie“ verhindert, auszuspucken; er ist „autonomisch“, dadurch kann er also nicht sprechen; durch diese „Autonomie“ wird er auch öfters gehindert, zu Stuhle zu gehen. Die Autonomie ist eine Art Telegraphie; die richtigen Bezeichnungen sind ihm durch Stimmen gesagt worden¹⁾. Er hat viel gelernt, hat viel in seinem Kopfe; er hat viel Geld, wird aber sich hüten zu sagen, wie viel er hat. Früher ist er Socialdemokrat gewesen, jetzt ist er fromm, hat noch keinen Geistlichen beleidigt, ist kein Todtschläger. Er gehört ins Zuchthaus, weil er früher für die „Reform“ geschrieben hat; er ist blos hier, weil er für das Zuchthaus noch zu schwach ist. — Er weiss aus seiner letzten Lebenszeit noch ziemlich alles, nur nicht, dass er in Basel gewesen ist. Sprache ist schwerfällig und stockend.

30. November. Patient spricht fast gar nicht, macht aber doch ein freundliches Gesicht und hat nicht mehr so gespannte Züge wie sonst. Körpergewichtszunahme von 2 Pfund.

12. December. Patient sitzt wieder allein für sich auf der Bank, spricht gar nichts, muss zum Essen geführt werden.

20. December. Patient entwickelt auf Befragen seine Wahnvorstellungen noch so wie früher. Meist sitzt er aber theilnamlos und um seine Umgebung unbekümmert, starr vor sich hinblickend, auf seinem Platze.

3. Januar 1880. Patient wird ungeheilt entlassen.

Wie ist der Fall Arold aufzufassen? Kahlbaum sagt (p. 90): „Ist bei einem Kranken, der früher gesprochen hat, continuirliche Schweigsamkeit mit starrer Glieder- und Kopfhaltung vorhanden, so ist fast gar kein Zweifel, dass es sich um Katatonie handelt.“ Demgemäss nahm ich, nachdem ich die Krankengeschichte des Arold soweit gelesen hatte, wie sie hier mitgetheilt wurde, keinen Anstand, die Diagnose auf Katatonie zu stellen, zumal auch die Krampfanfälle eine nicht unwichtige Stütze für diese Ansicht abgaben. Natürlich musste es ein vorgeschrittenes — dem Schema nach das vierte — Stadium der

¹⁾ Interessantes Beispiel von Reflexhallucinationen. Vgl. hierzu Kahlbaum, „Die Sinnesdelirien“. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie Bd. 23 p. 34.

Krankheit sein, und es wurde somit stillschweigend postulirt, dass zu Anfang ein depressives Stadium und jedenfalls ein Stadium der Attonität vorhergegangen sei. Es fanden sich nun, zuletzt den Acten beigeheftet, zwei Briefe aus Lörrach, welche auf Anfrage der Ortsgemeinde über das Befinden des Arold Auskunft ertheilten.

Dieselben lauten (mit Weglassung der stylistischen Formalien):

Lörrach, den 18. Juni 1879.

Patient leidet an einer primären Verrücktheit, hat Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen (Verfolgungs-, Vergiftungswahn), ist infolge dessen meist sehr ängstlich. Dieser Zustand steigerte sich bis zur Katalepsie, indem er stundenlang völlig theilnahmlos unter Beibehaltung der ihm beigebrachten Lage liegen bleibt. Zwischenhinein tauchen lichte Momente auf; in einem solchen erzählte er mir gestern, er sei von Neuhammer bei Görlitz, habe noch Geschwister; sofort trat wieder eine Hemmung im Vorstellungsleben ein, das Bewusstsein tauchte unter, er wurde starr und blieb apathisch.

Hospitalarzt

N. N.

und am 7. Juli 1879 wurde geschrieben:

Im Zustande des Patienten ist eine gewisse Besserung eingetreten, er ernährt sich besser, schläft gut, zeigt mehr Antheil an der Aussenwelt, doch sind noch wesentliche Hemmungen vorhanden, insbesondere hat er in der letzten Zeit kein Wort gesprochen, hat noch öfter Muskelstarre und Angstsymptome. Arold ist deshalb noch immer als schwerkrank zu bezeichnen und zu behandeln. Was nun dessen Transport anlangt etc.

In diesem Falle hat sich also der Mutacismus in Verbindung mit starren, steifen, monotonen Bewegungen und sonstigen motorischen Symptomen als richtig leitender Gesichtspunkt für die Beurtheilung des Krankheitsverlaufes vollauf bewährt.

Ehe ich den nachfolgenden Fall beschreibe, möchte ich die Aufmerksamkeit auf die am Schlusse der Abhandlung beigegefügte Tafeln hinlenken. Dieselben enthalten spontan erfolgte Aufzeichnungen des Patienten und es befinden sich im Ganzen, einschliesslich der hier mitgetheilten, 22 derartig vollgekritzelte Bogenseiten bei den ärztlichen Acten, — alle aus einer 14 Tage umfassenden Zeitspanne herrührend.

Der erste Blick auf diese Manuscripte zeigt jedem Psychiater, dass es sich hier um die Production eines „Verrückten“ handelt. Aber, so frage ich wieder, was ist für die specielle Auffassung des Krankheitsprozesses damit gewonnen? Wird es dadurch ermöglicht, von der Beschaffenheit auch nur des augenblicklichen Krankheitsstadiums, geschweige des ganzen Verlaufes irgend ein greifbares Bild zu erhalten? Keineswegs, und darum ist Verrücktheit oder Wahnsinn keine Krankheitsdiagnose in klinisch-wissenschaftlichem Sinne ebenso wenig, wie Lähmung oder Fieber als Diagnosen anzusehen sind. Kehren wir nach diesem Excurs, dessen weitere Ausführung ich mir für eine andere Gelegen-

heit vorbehalten muss ¹⁾, zu unserem Schriftstück zurück. Eine nähere Betrachtung desselben lehrt, dass hier schriftlich dasjenige Symptom in reinster Erscheinung vorliegt, welches wir mutatis mutandis als Verbigeration beschrieben gefunden haben. Auf den gesammten Bogenseiten findet sich nicht ein einziges Wort oder Zeichen, das nicht vielfach wiederholt wäre; ja der Inhalt aller Seiten besteht lediglich in einer sinnlosen Aneinanderreihung oder vielmehr in einem regellosen Durcheinander einzelner oft hundertfach wiederholter Wörter und Satzfragmente. In der Literatur habe ich nur in schwacher Andeutung in zwei von Kahlbaum selbst beschriebenen Fällen, und etwas ausgeprägter in einem von Brosius mitgetheilten Briefe eines Katatonikers das Symptom der schriftlichen Verbigeration gefunden; eine so schöne Entwicklung dieses Phänomens, wie sie das vorliegende Schriftstück aufweist, dürfte selten zur Beobachtung gelangen. Die Erwartung, in der Krankengeschichte des Patienten auch die anderen Züge, aus denen sich das Bild der Katatonie zusammensetzt, in guter Ausbildung vorzufinden, hat nicht getäuscht, und ich lasse nachstehend den Bericht folgen.

VIII. Fall. Dr. X., 37 Jahre alt, ist hereditär belastet. Sein Vater befindet sich in einer Irrenpfleganstalt. Patient war bis vor 5 Jahren völlig gesund. Dann trat eine geistige Störung auf, welche seine Aufnahme in eine Irrenanstalt nothwendig machte. Seit 4 Jahren soll er, nach Angabe des Kreisphysikus, gesund und thätig gewesen sein; seit 2 Jahren fungirte er als Director einer chemischen Fabrik in H. Doch wird hinzugefügt, dass er während dieser Zeit sehr verschlossen, oft auch grundlos heftig gewesen sei.

Ende März 1886 wurde Patient still, betete sehr viel, verweigerte einige Tage jede Nahrungsaufnahme. Am 28. März ging er mit geladenem Revolver aus und hielt sich bei regnerischem Wetter stundenlang im nahen Walde auf, von wo er nach Hause geholt werden musste. Er wurde am 30. März in das

¹⁾ Ich möchte hier nur noch auf das Verfehlt der Bezeichnung „katatonische Verrücktheit“ hinweisen, welchen Jensen („Was heisst geisteskrank?“ Irrenfreund 26. Jahrg. p. 71), Fritsch (l. c.) u. A. gebraucht haben. Es werden dadurch eine grosse Zahl von Fällen von Katatonie, ja vielleicht die Mehrzahl schlechterdings gar nicht in ihrem Wesen getroffen, wie die ersten und namentlich die letzte (XII. Fall) der von uns vorgeführten Beobachtungen beweisen, und für die Erkenntniss der übrigen Fälle, auf welche zur Noth jene Bezeichnung wenigstens theilweise zutreffend erscheinen könnte, wird nichts gewonnen. — Sollte aber etwa „katatonische Verrücktheit“ eine Uebersetzung des von Kahlbaum gebrauchten Ausdruckes „*Vesania catatonica*“ sein, so würde dies der Kahlbaum'schen Nomenclatur durchaus nicht conform sein. Kahlbaum (vgl. „Die Gruppierung der psychischen Krankheiten“ p. 90 ff.) hält bekanntlich die Begriffe *Vesania* und *Vecordia* streng aus einander. Das aber, was von den Autoren Verrücktheit oder Wahnsinn genannt wird, fällt bei ihm durchweg unter die Classe der *Vecordia*, oder zum Theil vielleicht unter die *Dysphrenia* steht aber in principiellem, wesentlichem Gegensatze zur *Vesania*.

Pensionat der Irrenanstalt zu K. gebracht, von wo er am 20. April als geheilt entlassen worden ist.

Das zu K. geführte Krankenjournal enthält in der Hauptsache Folgendes:

31. März 1886. Patient wurde vorgestern Abends um 9 Uhr in die Anstalt aufgenommen. Er liegt seit seiner Aufnahme ruhig im Bett, spricht kein Wort, reagirt nicht auf Fragen, hat die Augen fortwährend starr auf einen Punkt gerichtet, geniesst nach Aufforderung nur etwas flüssige Nahrung, muss zur Befriedigung seiner Bedürfnisse aufgefordert werden. Folgt körperlicher Status praesens, aus dem wir nur die Sätze mittheilen:

Das Gesicht ist congestionirt, der Puls kräftig, Temperatur nicht erhöht (37,2° C.); Lähmungserscheinungen treten nicht hervor.

2. April. Wird unruhiger, verlässt häufig das Bett, stellt sich an das Fenster, blickt hin, wenn man ihn anredet, bewegt die Lippen, als ob er reden wolle, bringt aber noch kein Wort heraus.

3. April. Spricht Abends zum erstenmal seit seinem Hiersein, verlangt Wein, sagt, als man ihm die Speisen aufnöthigen will: „Wenn er nicht essen wolle, könne man ihn nicht dazu zwingen.“

4. April. Hat in der Nacht schlecht geschlafen, steht oft vom Bette auf, kleidet sich aus; macht, wenn er angesprochen wird, Miene, als ob er reden wolle, sagt aber nichts.

5. April. Wird immer widerstrebender.

6. April. Er scheint bei der Visite heute wie umgewandelt¹⁾, ist gesprächig, erzählt: „Der Teufel, welcher in sein Ohr gefahren, sei jetzt fort. Er müsse sich jetzt nur in Acht nehmen, dass er nicht wiederkomme, müsse jetzt fortwährend kämpfen, dass er ihn abwehre. Dieses sei hier schwer zu erreichen, zu Hause könne er ihn besser vermeiden. Schon einmal, in M., sei er vom Teufel versucht worden. Auch damals sei er von ihm gewichen. Das Gute, welches mächtiger in ihm gewesen als das Böse, habe ihn vertrieben.“ — Danach macht er über seine Vergangenheit und seine Familienverhältnisse die eingehendsten Angaben, welche zum Theil hier nicht interessiren, zum Theil aus äusseren Rücksichten nicht mitgetheilt werden können. Nur so viel sei erwähnt, dass er erzählte, er sei im Jahre 1877 in die Anstalt des Dr. Y. nach Z. gekommen und daselbst 2 Jahre geblieben. In seiner letzten Stellung als Director einer chemischen Fabrik in H., die er seit 2 Jahren bekleidet habe, habe er viele auffallende Sachen und Bilder gesehen, „als wenn er hierdurch von seinen Gegnern aufgezo-gen werde“. Er habe nicht mehr die Autorität aufrecht erhalten können, weil Machinationen gegen ihn gerichtet worden seien. Durch illustrierte Bilder sei ihm der Aufenthalt unmöglich gemacht worden. Er sehe jetzt den Zusammenhang ein; ihn habe der Teufel fortwährend verfolgt. Hier in K. merke er, dass alles mit elektrischen Verhältnissen zusammenhänge. Man klebe vollständig am Boden. Er habe nicht gesprochen, weil die elektrischen Verhältnisse auf ihn eingewirkt hätten. Er müsse seinen Mund reinigen, weil die Speisen ihm im Munde aufstiegen. — In der That spülte er während dieser ganzen langen Erzählung fortgesetzt den Mund aus.

¹⁾ Ich erinnere mich hierbei an eine wissenschaftliche Bemerkung, welche mein verehrter Chef, Herr Dr. Alter, gelegentlich der Betrachtung eines anderen Kranken aus seiner reichen Erfahrung heraus äusserte, dass nämlich ein so plötzlicher Nachlass von Sinnestäuschungen, so dass die ganze Persönlichkeit über Nacht wie ausgetauscht, eine ganz andere geworden zu sein scheint, namentlich bei erblich Belasteten zu beobachten sei.

7. April. Hält sich ruhig und besonnen, möchte wissen, wie es zu Hause aussieht, ob alles in seiner Wohnung in gehöriger Ordnung ist, will an die Centralbehörde schreiben, ob man wünsche, dass er die Stelle wieder annehme. Er habe in den letzten Tagen in der Fabrik gefühlt, dass gegen ihn etwas ins Spiel gesetzt werde. Hier habe sich das geklärt.

8. April. Hält sich vollkommen ruhig, spricht verständig, verkehrt in freundlicher Weise mit seiner Umgebung.

10. April. Zeigt ein vollkommen ruhiges und geordnetes Verhalten, hält aber an dem Gedanken fest, dass in H. Intriguen gegen ihn angestiftet seien, bezeichnet namentlich den dortigen Amtsvorsteher als einen seiner Widersacher.

14. April. Drängt nach Entlassung, um seine Angelegenheiten in H. zu ordnen. Er sei sein freier Herr.

15. April. Nahm die Mittheilung, dass seine Stellung ihm gekündigt sei, mit ziemlicher Gemüthsruhe entgegen, zeigt ein ganz verständiges Benehmen, drängt nur sehr auf Entlassung, der Aufenthalt in einer Irrenanstalt wirke niederschlagend auf ihn.

19. April. Obwohl gestern mit seinem Einverständniss seine Entlassung auf den 21. hj. festgesetzt wurde, drängt er ungestüm schon heute fort. Wenn er noch länger sich hier aufhalten müsse, fürchte er wirklich, geisteskrank zu werden.

21. April. „Geheilt“ beurlaubt.

Der Kreisphysikus berichtet nun weiter:

Am 24. April zeigten sich wiederum Zeichen geistiger Störung. Seitdem ist er wieder menschenscheu, isst sehr wenig und ist augenscheinlich sehr missgestimmt. Er begeht verschiedene zwecklose Handlungen, die seinem Leben gefährlich sind. So ging er gestern in voller Bekleidung in einen seiner Wohnung nahe gelegenen Teich; heute setzte er sich, nachdem er vom Regen stark durchnässt war, auf die heisse Platte des Küchenofens, hat mit der Faust eine Fensterscheibe zerschlagen und sich verletzt u. s. w.

Am 17. Mai 1886 wurde Patient in die hiesige Anstalt aufgenommen. Bei der Aufnahme ist Patient ganz unzugänglich, weist den Arzt barsch ab, wandelt ruhelos auf und ab. Er sieht finster und verschlossen aus, kraut sich mit der Hand in dem Bart, antwortet auf keine Frage, sondern verweist, stets heftig winkend, auf den Begleiter. Dieser, der Krankenwärter L., giebt an, dass der Kranke sehr eigenwillig und reizbar gewesen sei; er habe viel gebetet und zeitweise nur auf dringende Nöthigung gegessen, zu anderen Zeiten wieder sehr heisshungrig. Der Schlaf war öfters gestört.

18. Mai. Patient fügte sich nur mit Widerstreben allen Anordnungen; er wollte sich nicht baden, darauf nicht ankleiden lassen. Zur Nacht musste er ausgekleidet werden. Er legte sich nicht in das Bett und äusserte Furcht, umgebracht zu werden. Heute hat er nichts gegessen, nur Wasser getrunken, er verlangt Wein.

19. Mai. Patient äusserte, dass er nichts von selbst thun werde, ehe nicht Hand an ihn gelegt werde. Wenn nur ein Wärter znm Ankleiden etc. ihn zu bewegen sucht, leistet er energischen Widerstand; sobald zwei zu solchen Zwecken in sein Zimmer treten, folgt er den Anordnungen.

Am 20. Mai wurde folgender Status praesens notirt: Patient ist mittelgross, hager, von mässig entwickelter Muskulatur. Der Schädel ist besonders in seiner vorderen Partie stark entwickelt. Das Gesicht ist congestionirt, die Augen liegen etwas tief in den Höhlen, Augenbrauen mächtig entwickelt. Der Bart zeigte schon ziemlich viele weisse Haare. Links an der Stirn eine flache Narbe. Lähmungserscheinungen nicht zu beobachten. Der Hals ist lang, der Thorax

schmal. Untersuchung der vegetativen Organe unterbleibt infolge des Widerstandes des Patienten. Der Gesichtsausdruck ist düster, verschlossen. Patient verhält sich völlig ablehnend und unzugänglich, kratzt sich mit der Hand in dem Barte, antwortet auf keine an ihn gerichtete Frage. Das ihm gereichte Essen lässt er stehen, nachdem er verschiedene Male daran gerochen. Am Abend lässt er sich dazu herbei, einige Fragen zu beantworten. Doch sind die Antworten ausweichend, negativ. Man solle ihn nicht zu etwas zwingen, was ihm nicht passe; man solle ihn loslassen. Als er darüber instruiert wird, wo er sich befindet, antwortet er mit „Hm“ und dreht sich ab. Eine deutliche Hemmung tritt in dem Verhalten des Patienten zu Tage.

Patient lief Nachmittags im Garten auf allen Gängen umher, blieb zeitweise stehen, richtete den Blick nach oben, stiess den Laut „hm“ oder „ah“ aus und hob beide Arme zur Seite gleichmässig in die Höhe.

21. Mai. Patient steht im Hemd vor dem an die Wand geschobenen Spucknapfe, starrt auf denselben hin, antwortet nicht, ist augenscheinlich unwillig, als derselbe bei Seite geschoben wird. Nach einer Weile umkreist er denselben und starrt dann von Neuem hinein. Dasselbe wiederholt sich noch ein zweites Mal. Er hat eine Kleinigkeit zu sich genommen, trinkt viel Wasser, verschmäht Fleisch und Butter. Er setzt allen Vornahmen einen passiven hartnäckigen Widerstand entgegen. Er starrt während des Tages oft in die Luft, geht im Garten, heftig und leise vor sich hinsprechend, mit gesenktem Kopfe und Hände auf dem Rücken herum, hauptsächlich in den entlegenen Partien desselben.

22. Mai. Patient vernachlässigt die Reinlichkeit; springt, sobald man sich ihm zu nähern sucht, bei Seite. Zwischendurch legt er sich zu Bett, starrt an die Decke, spaziert im Hemde während des Tages herum, lässt sich auf keine Unterhaltung ein. Stuhlgang retardirt; Urin eiweissfrei.

23. Mai. Patient wurde (von zwei Wärtern) in den Garten geführt; hier kleidete er sich den Rock aus, warf denselben unordentlich auf die Erde, umkreiste denselben, lief ein Stück davon, kehrte zurück und umkreiste abermals den Rock. Des Nachts hat Patient bis nach Mitternacht auf dem Fussboden gelegen, dann legte er sich von selbst ins Bett.

26. Mai. Patient geht nicht in den Garten, er liegt beständig im Bette. Patient stellte sich sein Bett auf verschiedenen Stellen im Zimmer auf und richtet den Blick meist starr auf eine Stelle.

27. Mai. Patient legte sich seinen Hut in das Bett unter das Betttuch und legte sich sodann darauf.

30. Mai. In dem Verhalten des Patienten tritt andauernd das Widerstrebende und Ablehnende hervor. Er ist jetzt völlig stumm. Die Bewegungen sind steif und zeigen eine gewisse Gespanntheit¹⁾. Er ist offenbar noch dauernd unter dem Einflusse von Gesichts- und Gehörs-täuschungen. Er hat angefangen, die Wände mit allerhand Kritzeleien zu bemalen. Er isst besser, aber noch mit Auswahl.

2. Juni. Patient manschte mit dem Urin und Kothe in dem Nachtschirr.

¹⁾ Zu diesen Notizen sei ausdrücklich hervorgehoben, dass ich den vorhandenen Bericht wortgetreu wiedergegeben habe, und dass der College, welcher den vorliegenden Fall seiner Zeit journalisirt hat, sein Hauptaugenmerk stets auf die Eruirung von Hallucinationen und Wahnideen gerichtet und das Krankheitsbild der Katatonie nicht speciell gekannt oder anerkannt hat.

3. Juni. Patient schrieb auf Papier ähnliche Kritzeleien wie auf die Wände. (Es ist das eine von den oben als schriftliche Verbigeration bezeichneten Productionen des Patienten. Von nun an schrieb Patient durch 14 Tage durch ab und zu in derselben Weise, im Ganzen 22 Bogenseiten voll.) Einen Brief, den Patient erhielt, lässt er zunächst unberührt liegen, liest ihn erst später.

10. Juni. Patient sitzt still und in sich versunken auf dem Sopha, das er quer mitten in die Stube gestellt hat, springt plötzlich auf und wendet sich ab, als der Arzt sich nähert. Er zeigt sich gegen Jeden unzugänglich und abweisend, steht öfter nur mit dem Hemde bekleidet am Fenster; sagt, sobald ihn Jemand stört, höchstens: „Lassen Sie mich!“, stellt seine Möbel um. Eine kahle Wand starrt er mit gestreckten Armen eine längere Zeit regungslos an.

17. Juni. Patient zeigt andauernd dasselbe ablehnende unzugängliche Verhalten, schläft seit mehreren Nächten nur noch auf dem Fussboden; wird in ein anderes Zimmer gebracht, wo er die erste Nacht im Bette schläft.

18. Juni. Ausser der Butter isst Patient sämtliche ihm gereichten Speisen. — Den Tag über läuft er fortgesetzt vor- und rückwärts in dem Zimmer umher, dabei verschiedene Kreise beschreibend. — Er spricht kein Wort, der Blick ist starr und scheu.

21. Juni. Der Oberwärter hat notirt: „Patient sprach fortgesetzt die Worte: „Ja, Onkel, ja, Onkel, ich sehe, ich sehe.““

23. Juni. Patient giebt nur an einzelnen Tagen Antworten, die jedoch immer darauf hinausgehen, dass er hier fortwolle. Er ist meist unzugänglich, bleibt im Bette oder geht im Hemde in der Stube spazieren, bekritzelt die Wände und ist zu keiner geordneten Thätigkeit zu bewegen und auch nicht zum Betreten des Gartens.

30. Juni. Patient zeigt dieselbe Unzugänglichkeit. Er schläft seit einigen Tagen wieder nur auf dem Fussboden. Am Tage kleidet er sich nur halb an.

7. Juli. Patient ist noch immer stark hallucinirt, horcht noch viel, verhält sich meist völlig stumm, leistet passiven Widerstand, fragt höchstens gelegentlich: „Wann werde ich denn entlassen werden?“, geht viel im Hemde in seinem Zimmer umher, streicht sich oft in eigenthümlicher Weise den Bart.

Am 14. Juli wurde an einen nahen Verwandten des Patienten die Nachricht ertheilt, „dass derselbe verschlossen und unzugänglich ist, noch immer an den verschiedensten Sinnestäuschungen leidet und sein Thun und Treiben von diesen beeinflussen lässt: So rückt er täglich das Mobiliar in seinem Zimmer anders, bettet sich bald dahin bald dorthin, kleidet sich auch am Tage oft aus, steht nicht selten steif und starr in derselben gezwungenen Haltung da u. dergl. Meist spricht er nicht, antwortet nicht, — wenn er es thut, so zeigt er nicht die geringste Einsicht in seine Krankheit und fordert nur ungestüm seine Entlassung.“

18. Juli. Patient geht heute von selbst in den Garten, kleidet sich jedoch sehr nachlässig.

21. Juli. Seit einigen Tagen hat Patient wiederholt Briefe an die Seinigen geschrieben, die in der äusseren Form dem hohen Bildungsgrade des Patienten entsprechend sind. In einem solchen vom heutigen Datum heisst es u. A.: „Aerztliche Behandlung ausser elektrischer wird hier nicht verabreicht.“

26. Juli. Patient geht in den entlegensten Theilen des Gartens spazieren, giebt nur sehr knappe Antworten, hält sich von den Anderen entfernt, geht jetzt aber sehr gern und freiwillig herunter.

27. Juli. Patient wird freier und zugänglicher, spricht mehr, verlangt dringend, entlassen zu werden, weil er grosses Heimweh habe.

30. Juli. Auf seinen Wunsch darf er seit zwei Nächten unter anderen

Kranken schlafen, weil er in seinem Zimmer beängstigende Erscheinungen gehabt habe; er geht allenthalben neugierig umher, wie wenn die Oertlichkeit ihm fremd wäre; verlangt in das Souterrains geführt zu werden, wo die grosse Elektrisirmaschine stände, von der aus er durch Stangen und Drähte elektrisirt werde; entwickelt einen guten Appetit. Beschäftigt sich ab und zu mit leichter Lectüre.

3. August. Sein Verhalten ist freier und offener, er kleidet sich sorgfältiger, zeigt eine bessere Haltung, schreibt an seinen Onkel, dass er hier ein Vielen unbequemer Gast gewesen sei; er redet spontan den Arzt an; hat allerlei Anliegen und Wünsche. Ueber seine Hallucinationen giebt er keine Auskunft, doch scheinen dieselben offenbar noch fortzubestehen.

5. August. Patient wünscht bessere Kost, seine Uhr, verlangt nach Hause. In einem Briefe an seinen Onkel heisst es: „Die Aerzte würden jetzt ihm gegenüber etwas theilnehmender.“ — Eine leichte Erregung ist bei dem Patienten unverkennbar.

7. August. Sein Verhalten ist höflich, nicht ungewandt und zuvorkommend; hat allerlei Wünsche, namentlich hinsichtlich der Kost. Er erhält ausser der I. Kost täglich $\frac{1}{2}$ Liter Milch, 2 Eier, 1 Semmel und einen Eierkuchen.

10. August. Patient schreibt täglich Briefe an seine Angehörigen, worin er sich beklagt, dass er noch immer durch nächtliche Erscheinungen beeinflusst werde und hier einer unangenehmen elektrischen Cur unterworfen sei. Er zeigt sich ohne alle Einsicht in seine Krankheit, sonst aber zugänglich, sauber in seinem Anzuge und anerkennend für kleine Vergünstigungen.

11. August. Patient machte heute einen längeren Spaziergang, zeigte sich auf demselben sehr gesprächig, erzählte, wie er jetzt schon in drei Anstalten (Z., K. und hier) dieselbe elektrische Cur erfahren habe, dass er in der Nacht durch Leichenerscheinungen (seine Brüder) in die grösste Unruhe versetzt werde, dass er schon früher daran gelitten, doch sei dies keine Krankheit, vielmehr habe er es schon lange gewusst, dass der Teufel seine Hand im Spiele habe, der sei in ihn gefahren als er ein Knabe war, und sei er damals aus dem Bette geworfen worden. Er habe auch wohl Leichengift gegessen (wie, weiss er nicht), es sei ihm im Geschmacke so vorgekommen; auch habe er Syphilisgift im Körper, ohne jedoch jemals angesteckt gewesen zu sein. Er müsse sich daher im Halse untersuchen lassen. Hier habe er keine Ruhe, in der Heimath werde ihm erst wohl werden; er werde seinen Vater aus der Anstalt holen, denn er wisse jetzt, wie schwer es darin sei. Im Uebrigen aber wolle er sich kräftigen, ist hoffnungsvoll, etwas erregt, plaudert über seine früheren Verhältnisse, fällt jedoch nach seiner Rückkehr durch ein verändertes mürrisches Wesen auf.

12. August. Patient ist ganz unzugänglich, ängstlich, drängt fort, hält den Arzt krampfhaft bei der Hand, sieht verstört aus, ist nachlässig gekleidet, hat nicht gegessen. Auf Befragen über sein Befinden sagt er nur: „Hier kann ich nicht bleiben!“ Er sondert sich von den Uebrigen ab, schläft in der Nacht nicht, rennt umher.

15. August. Das Verhalten des Patienten ist genau so wie früher; er hat einen Brief von seinem Onkel zurückgewiesen, geht verstört umher, ist still und schweigsam, isst mangelhaft.

20. August. Patient spricht wieder zeitweise, schreibt einen Brief an seinen Onkel, in welchem er dringend seine Entlassung fordert. Es werde eine elektrische Cur angewendet, er werde durch Erscheinungen beeinflusst etc. Sein sonstiges Verhalten ist unruhig, ablehnend, widerstrebend.

26. August. Patient fängt wieder an, lebhafter zu werden und mehr aus sich heraus zu gehen; kommt dem Arzte freundlich entgegen, wünscht spazieren zu gehen und mehr zu essen, hat sonst allerlei Anliegen, fühlt sich besser und

schreibt mehrere Briefe, worin er intensives Verlangen ausdrückt, nach Hause zu reisen, da ihm hier keine Aussicht auf Genesung sei. Er sei vom Teufel besessen, nur durch das heilige Sacrament zu retten, könne hier nicht richtig communiciren. Ihm riefen Stimmen alles mögliche sinnlose Zeug zu, was er sich nicht erklären könne.

2. September. Patient hält sich im Allgemeinen fern von den anderen Kranken, weil das nicht sein Verkehr sei, zeigt ein durchaus anständiges Auftreten, hält etwas auf seine Toilette, drängt noch heftig fort, will unbedingt bis zum 1. October nach N. zurückkehren, um dort den Herbst zu geniessen, giebt zu, in der Nacht von Erscheinungen heimgesucht zu werden, doch seien dieselben viel schwächer und weniger beängstigend, beschäftigt sich mit Lectüre und Briefschreiben, geht täglich weit spazieren, zeigt eine leichte Erregtheit im Gang und Auftreten und in dem hastigen und vielen Sprechen.

13. September. Patient befindet sich in diesen Tagen immer in einer leicht gehobenen Stimmung, er hat 6 Pfund an Körpergewicht zugenommen, der Gang hat etwas elastisches, die Sprache ist laut und zuversichtlich. Er schreibt diesen Fortschritt den weiten Spaziergängen zu, das sei seine Cur, die er sich selber verdanke.

15. September. Patient beginnt in heftiger Weise auf seine Entlassung zu dringen, hat durchaus keine Einsicht, setzt allen Einwendungen einen intensiven Widerspruch entgegen, behauptet, dass hier nichts oder nur alles Verkehrte für seine Gesundheit gethan werde. Er mache ausserordentliche Fortschritte in seiner Genesung; es sei nur Aerger, der seine Erkrankung herbeigeführt und ihm Verdauungsstörungen zugezogen hätte, die durch weite Spaziergänge gehoben werden müssten. Er wolle endgültig am 27. September abreisen, oder er werde Schritte thun, die ihm seine persönliche Freiheit sichern.

Während des weiteren Anstaltsaufenthaltes blieb der Zustand des Patienten unverändert. Er benahm sich äusserlich wie ein gesunder Mensch und mit der seinem Bildungsgrade entsprechenden formalen Gewandtheit. Dabei blieb sein Verhalten ein starres, einsichtsloses, er drängte auf das Heftigste fort, verbat sich die ärztlichen Besuche, drohte mit gerichtlichem Verfahren und wurde schliesslich auf Wunsch seiner Angehörigen — ungeheilt — am 11. October 1886 entlassen.

Die vorgeführte Krankengeschichte, welche, wie die Anamnese und auch die Natur des gebotenen Krankheitsbildes verräth, ein vorgeschrittenes Stadium einer nach Kahlbaum als Katatonia protracta zu bezeichnenden Geistesstörung schildert, wird vervollständigt durch nachstehenden Bericht, welchen Dr. Y. (in Z.) auf Requisition der Ortsbehörde zu N. unter dem 16. Mai 1886 abstattet. Derselbe besagt:

„... dass Herr Dr. X. vom 19. März 1877 bis 15. Januar 1879 in meiner hiesigen Privatanstalt verpflegt wurde. Er ist erblich belastet; sein Vater war in meiner Anstalt vom 12. Juli 1860 bis 27. März 1861; litt an angstvoller Melancholie mit Hallucinationen, wurde nicht geheilt und lebt noch in einer Pflegeanstalt. Eine Schwester des Dr. X. neigt auch zur Melancholie, und ist man ihretwegen besorgt; ein Bruder starb an Tuberculose, die auch sonst in der Familie sich fand resp. findet, soweit mir bekannt ist.

Dr. X. traf am 19. März 1877 hier ein im Zustande melancholischer Aufregung mit ausgesprochenen Hallucinationen; dieser folgte später Melancholia

attonita mit zeitweiser Nahrungsverweigerung. — Zu meinem Bedauern sind die Acten aus jener Zeit nicht mehr vorhanden. Ich erinnere mich aber bestimmt, 1) dass einmal eine achttägige Abstinenz sogleich aufhörte, als der Kranke aus seinem bisherigen Zimmer in ein anderes verlegt wurde; er gab, meine ich, an — später — er habe nicht gegessen, weil aus dem Plafond seines Zimmers ein Auge auf ihn herabgesehen; 2) Patient entwich in der letzten Zeit seines hiesigen Aufenthaltes, wurde aber zurückgebracht, und von da besserte er sich auffallend rasch. Er galt bei seiner Entlassung für gesund, jedoch nicht bei mir; indessen hielt er sich zu Hause ziemlich gut, beschäftigte sich, ging auf die Jagd, soviel ich hörte. Doch wurden auch Sonderbarkeiten von ihm berichtet; ich sah ihn später noch ein- oder zweimal, ohne Irresein constatiren zu können.“

Im Anschluss an den soeben mitgetheilten möchte ich ganz kurz eines anderen Falles Erwähnung thun, in welchem gleichfalls das Symptom der Verbigeration zu der Diagnose Katatonie leitete. Eine Frau (Louise Gläser), welche am 8. September 1886 hier aufgenommen wurde, zeigte in ihrem Verhalten in den ersten drei Tagen ein deutlich maniakalisches Gepräge. Sie war unruhig, laut, sprach sehr viel, mischte sich in alles, war unbescheiden, wollte witzig erscheinen, sang und lachte. Dabei fiel es auf, dass sie beständig das Wort „verflucht“ gebrauchte; in jedem Satze, auch wo es ganz und gar nicht passte, erschien es — wie zwangsweise — wieder: „Die Strümpfe werden verflucht gestrickt“; „Ich habe meine Kinder verflucht zu Hause“ und so fort. Diese Wortwiederholung war eine so hartnäckige und auffallende, dass die Erscheinung als Verbigeration im Sinne Kahlbaum's angesprochen wurde. Nach drei Tagen stellte sich ein ziemlich hochgradig entwickeltes Stadium der Attonität ein, in welchem die Kranke noch jetzt nach reichlich fünf Monaten verharret. Absolute Regungslosigkeit, völlige, noch nie unterbrochene Stummheit, Widerstand bei passiven Bewegungen, Halbcontractur im Ellenbogengelenk. Der anamnestische Bericht des Kreisphysikus ergänzt das Krankheitsbild in völlig charakteristischer Weise. Es heisst dort:

„Anfänglich trat eine schwermüthige Depression in die Erscheinung; Explorata glaubte, dass sie und die Ihrigen verhungern müssten, weinte und betete viel, schlief Nachts nicht, kniete stundenlang mit gefalteten Händen und verzweifelten Gesichtszügen, ass nicht, sprach unaufgefordert kein Wort, wich jeder Antwort schen aus, ohne indess irgend welche Wahnideen zu äussern. Nach etwa 14 Tagen stellte sich die tobsüchtige Erregung ein, welche noch jetzt besteht. Meist beherrscht sie gesteigertes Selbstgefühl, sie habe nicht mehr nöthig, in die Fabrik zu gehen, sie lebe von ihrem Gelde etc. Sie singt mit lauter, jubelnder Stimme rhythmisch an einander gefügte Worte, z. B. „ich sag' und bleib' dabei, Gott steht mir gnädig bei, Gott verschont die Unschuld dabei“¹⁾.

¹⁾ Bei einer anderen Katatonica, welche sich noch jetzt hier im Stadium der Manie befindet, zeigte sich der Trieb, rhythmisch zu sprechen, in einer frappirenden Ausbildung. Es ist dies wohl zu unterscheiden von der bekannten Reimsucht, wie man sie bei gewöhnlichen Manien häufig findet und um welche

Zeitweise stellten sich wieder trübe Stimmungen ein: sie wisse nicht, wovon sie leben, was sie und die Ihrigen essen sollen, sie seien schlimmer daran als wie die Thiere. Schnell aber verschwindet diese trübe Stimmung, um der vorwaltenden Erregtheit Platz zu machen. Sie antwortet auf die ihr vorgelegten Fragen in höhnisch spottender Weise. Auf die Frage, wie alt sie sei, wiederholt sie nochmals singend: „Ich bin schon über sieben Jahre alt, ich bin verflucht alt.“ Nach der Zahl ihrer Kinder gefragt, singt sie: „Meine Kinder laufen in der Welt herum, ja der Welt herum, ja der Welt herum, dideldum! . . .“

Ich lasse den Bericht über einen weiteren Fall von Katatonie folgen, obwohl bezüglich der ersten Krankheitsphasen desselben leider nur ganz nothdürftige Daten vorliegen. Jedoch möchte ich mit der Mittheilung desselben nicht zurückhalten, weil auch hier die einzige vorliegende schriftliche Aeussderung der Kranken interessante Andeutungen des Symptoms der Verbigeration aufweist, und weil selten so auffallende Bewegungstereotypen zur Beobachtung kommen dürften, wie bei unserer Kranken; auch die sehr ausgeprägten Krampfsymptome zeichneten sich durch ihre eigenartige Erscheinungsweise aus.

IX. Fall. Heredität und Vorleben. Die Kranke heisst Catharina Strencioch, 24 Jahre alt, katholisch, Grubenarbeiterin aus Scharley, Kreis Beuthen. Der Vater ist an Lungenblutung gestorben; die Mutter lebt und scheint ein etwas erregbares Temperament zu besitzen. Nervenleiden, Selbstmord, Verbrechen sind in der Familie nicht vorgekommen. Die Vermögensverhältnisse der

es sich auch im obigen Falle nur gehandelt zu haben scheint. Wer nur einmal das hier zu schildernde Phänomen in guter Entwicklung gesehen hat, wird es wohl um seiner Eigenthümlichkeit willen immer im Gedächtniss behalten. Die betreffende Kranke (Luise Ritter) sprach mehrere Tage und Nächte hindurch in ununterbrochenem Flusse und mit bedeutender Hast, meist sinnlos an einander gereichte Worte beständig im fünffüssigen jambischen Versmaasse, dabei kehrten alle Augenblicke dieselben Worte und mindestens dieselben Redewendungen wieder; sie liess sich durch nichts, durch keinen Anruf oder Frage darin auch nur für einen Moment unterbrechen. Sinneseindrücke, vorgehaltene Gegenstände, eintretende Personen wurden meist sofort in die Recitation verwebt, ohne dass etwa irgend eine Gedankenverbindung zu erkennen gewesen wäre. Dabei lief sie beständig mit leicht glänzenden Augen und anfangs geringen und einförmigen, später mehr erregten und heftigen Gestikulationen umher. Nach einigen Tagen, in denen sie dies Verhalten unverändert gezeigt hatte, trat eine eigenthümliche krampfartige Bewegungstereotypie hinzu. Wir fanden sie in der Mitte ihrer Isolierzelle, in welche sie hatte gebracht werden müssen, der Länge nach ausgestreckt auf dem Fussboden liegend und sich beständig in gleichförmigem Tempo, dem Rhythmus der noch unaufhörlich vorgetragenen Worte entsprechend, im Kreise herum schiebend (Zeigerbewegung). Die Bewegung war nach rechts gerichtet; erst wurde das rechte Bein ein wenig vom Körper abgespreizt, dann rückte der Kopf nach links und darauf wurde der übrige Rumpf nachgezogen. Diese Bewegungen hielten stundenlang an, kehrten nach kurzen Pausen von neuem wieder und waren, ebenso wie die rhythmische Wortproduction, durch nichts zu unterbrechen. Auch nach passiven Lageveränderungen begannen sie am neuen Orte alsbald von Neuem.

Eltern sind kümmerliche. Die Kranke hat keine Schule besucht, lernte von ihren Eltern nothdürftig polnisch lesen und erhielt etwa im 8. Lebensjahre regelmässigen Religionsunterricht, zeigte dabei gute Fassungskraft und treues Gedächtniss. Später lernte sie so viel deutsch, dass sie sich verständigen konnte. Die körperliche Entwicklung war normal und kräftig, wiewohl die Menstruation erst im 19. Lebensjahre eintrat. Letztere erfolgte regelmässig und ohne Beschwerden bis zu dem Beginne ihrer geistigen Erkrankung, wo dieselbe ausblieb. Sie soll niemals ernstlich krank gewesen sein. In den letzten Jahren verdiente sie sich ihren Lebensunterhalt als Grubenarbeiterin.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Ueber die Ursache der Erkrankung konnte nichts ermittelt werden. Jedoch geht aus einem motivirten Gutachten, welches auf gerichtliche Requisition von dem damaligen zweiten Arzte hiesiger Anstalt, Dr. Kräpelin, im Concept ausgearbeitet wurde und welches sich darüber auszusprechen hatte, ob Misshandlungen, welche die Kranke erlitten, als ein ursächliches Moment für die geistige Erkrankung der p. Strencioch anzusehen seien, hervor, dass die Kranke von ihren Vorgesetzten zum Theil roh und gewaltthätig behandelt worden war. Die Geistesstörung eclatirte laut Bericht des Kreisphysikus am 9. August 1884. Nach übereinstimmenden Aussagen mehrerer Mitarbeiterinnen der Strencioch jedoch ist zu schliessen, dass dieselbe sich schon Anfang Juni 1884 in einem abnormen Geisteszustande befunden habe. Sie soll leicht mit ihren Nachbarinnen in Streit gerathen sein, unmotivirt vor sich hingelacht und oft unverständliche Reden geführt haben. An dem oben bezeichneten Tage ging die Kranke von der Arbeit fort zum Amtsvorsteher und theilte diesem mit, dass für sie ein grosses Vermögen hinterlegt worden sei. Gleichzeitig stellte sich Schlaflosigkeit ein, die Kranke ass unregelmässig, ging nicht mehr zur Arbeit, war unruhig, schrie zeitweise stundenlang, schimpfte ihre Mutter und gab keine besonnene Auskunft. Sie wurde in dem Lazareth für Arbeiterinnen in Scharley untergebracht. „Hier — so berichtet der Kreisphysikus — verhält sie sich meist ruhig, sitzt auf ihrem Bette, bewegt sich wie ein Pendel nach beiden Seiten hin und her, spricht zeitweise gar nicht. Ich konnte von ihr keine Antwort erlangen, sie sah vor sich hin, lächelte zeitweise, sonst aber zeigte ihre Miene völlige Gleichgültigkeit. Ab und zu soll sie seufzend mit der Hand nach Kopf und Brust deuten. Sie soll jetzt auch schlafen und guten Appetit entwickeln. Die Ausleerungen sind normal.“

Am 13. September 1884 erfolgte ihre Aufnahme in die hiesige Anstalt. (Die folgenden Ausführungen, soweit sie durch Anführungszeichen markirt sind, sind dem Kräpelin'schen Gutachten entnommen.) „Die Kranke ist ein kaum mittelgrosses, proportionirt gebautes, ziemlich gut entwickeltes Mädchen von etwas anämisch-pastösem Aussehen, ohne nachweisbare Organerkrankungen. An den Armen fanden sich bei der Aufnahme einige blaue Flecken, sonst keine Spuren erlittener Misshandlungen. In psychischer Beziehung bot sie bei ihrem Eintritte in die Anstalt das Bild einer beträchtlichen Trübung des Bewusstseins dar. Auf alle an sie gerichteten Fragen gab sie keinerlei Antwort, sprach auch spontan kein Wort und zeigte keinerlei Reaction auf die mit ihr vorgenommenen Manipulationen; nur der bald lächelnde, bald ekstatische, bald mehr zornige Gesichtsausdruck verrieth das Vonstattengehen lebhafter psychischer Vorgänge in ihrem Innern. Gleichzeitig bestanden sehr ausgeprägte Krampferscheinungen, die in das Gebiet der hysterischen zu rechnen sein dürften, nämlich wechselnde tonische Erstarrung bald einzelner Muskelgruppen oder Gliedmassen, bald des ganzen Leibes. Besonders häufig wurden die Arme in äusserste Pronationsstellung gebracht oder der ganze Körper bei starker Anspannung der gesamten

Beinmuskulatur auf den Zehenspitzen um die eigene Längsachse gedreht. In den ersten Tagen waren diese Krampferscheinungen so stürmische, dass die Kranke oft nicht im Stande war, einen Schritt zu gehen, sondern starr wie ein Klotz am Boden lag und, wo eine Ortsbewegung nöthig war, getragen werden musste. Dabei liess sich an einer ganzen Anzahl von Muskeln und Nerven eine bedeutende Steigerung der Erregbarkeit nachweisen, wie sie gerade im hysterischen Dämmerzustande schon wiederholt beobachtet worden ist. Im Uebrigen waren die körperlichen Functionen normal, sie ass und schlief regelmässig, war aber nicht selten unrein. Im weiteren Verlaufe verloren sich bei der Patientin vor Allem nach und nach die krampfhaften Erscheinungen, wenn sie auch jetzt noch (Gutachten vom 22. Januar 1885) hier und da andeutungsweise hervortreten; sonst aber blieb der Zustand der Kranken im Wesentlichen unverändert. Zwar fing sie bisweilen an, laut zu singen oder heftig zu schimpfen, namentlich wenn sie durch äussere Anlässe gereizt wurde; auch hielt sie sich reinlicher und beschäftigte sich sogar zeitweise etwas mit Stricken, allein es ist noch bis heute mit einer einzigen Ausnahme (am 20. October 1884) nicht möglich gewesen, irgend welche besonnene Auskunft von ihr zu erhalten. Alle eindringlichen Fragen ignorirt sie entweder oder beantwortet sie mit einem plötzlichen Lachausbruche, ohne eine Silbe zu erwidern. Ihr ganzes Benehmen deutet darauf hin, dass sie wahrscheinlich an Sinnestäuschungen leidet und keine klare Vorstellung von ihrer Krankheit und ihrer Lage besitzt, sondern sich noch immer in einem sogenannten hysterischen Dämmerzustande befindet. Die volle Richtigkeit dieser Vermuthung wird erst durch die Beobachtung des weiteren Verlaufs festgestellt werden können.“

Die oben erwähnte einzige besonnene Aeusserung machte die Kranke einer Wärterin gegenüber. Sie erzählte, sie sei, als sie zu früh von der Arbeit fortgegangen sei, vom Steiger misshandelt, besonders auch auf den Kopf geschlagen worden. Seit jener Zeit sei sie krank geworden, habe die Mutter Gottes und Engel um sich gesehen und sei viel herumgelaufen.

Der Weiterverlauf der Krankheit war nun folgender: Die Krampfanfälle haben sich, wie bereits oben erwähnt, völlig verloren, so dass ich, der ich die Kranke noch über fünf Monate zu beobachten Gelegenheit hatte, niemals mehr dieselben gesehen habe. Dagegen traten eigenthümliche Haltungen und Bewegungen des Körpers an die Stelle derselben, welche in ihrer stereotypen Gleichförmigkeit so auffällig waren, dass sie die Aufmerksamkeit des in die Abtheilung Eintretenden sofort auf sich lenkten. So konnte man sie stunden- und tagelang mit untergeschlagenen Beinen sitzen sehen, während sie mit dem Oberkörper pagodenhafte Pendelbewegungen entweder vor- und rückwärts oder seitlich ausführte. Oder sie wiederholte tausende von Malen das Zeichen des Kreuzes, so dass die Finger der rechten Hand schliesslich schwielige Verdickungen der Epidermis und das Haupthaar, durch welches sie sich mit dem Finger dabei fuhr, ebenso viele von Haaren völlig entblösste Stellen aufwies, wobei sie ununterbrochen auf polnisch die Worte: „Im Namen Gottes des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes“ recitirte. Zu anderen Zeiten sang sie mit durchdringender kreischender Stimme, dabei regungslos sitzend und mit in die Ferne fixirtem Blicke, unablässig eine und dieselbe Melodie.

Eine Unterhaltung mit der dauernd verworrenen und, wie es schien, zuweilen stark hallucinirten Kranken zu führen, gelang niemals. Allmählich ging der Zustand, wie das theilnahmlose, in sich versunkene Verhalten der Kranken, ihre blöde Physiognomie und die auffällige Zunahme des Körpergewichtes schliessen liessen, in terminale Demenz über, und am 26. October 1886 wurde sie „ungeheilt“ der Prov.-Pflegeanstalt zu Kreuzburg überwiesen.

men mit den 22 von Kahlbaum mitgetheilten, ferner mit denen der anderen oben citirten zahlreichen Autoren, nimmt man den Umstand hinzu, dass Kahlbaum damals (1874) bereits über mindestens 50 entsprechende Fälle zu verfügen angab, wie endlich die Thatsache, dass auch ich aus einer Zahl von über 40 mir vorliegenden einschlägigen Beobachtungen die mitgetheilten herausgegriffen habe, so wird man nicht umhin können anzuerkennen, dass eine so häufige Gleichartigkeit des pathologischen Geschehens nicht eine zufällige sein kann. Wie jede naturwissenschaftliche Forschung, so ist auch die psychiatrische der inductiven Methode unterworfen. Haben wir in einer grösseren Anzahl von Beobachtungen empirisch immer dieselben Erscheinungen wiederkehrend gefunden, so schliessen wir auf eine Gesetzmässigkeit dieses Verhaltens, wenn wir auch nicht in der Lage sind, den inneren Zusammenhang des Geschehens aufzudecken. Wir erfüllen nur eine Forderung wissenschaftlicher Logik, wenn wir die so charakterisirten Fälle zusammenfassen und in ihnen die Paradigmata eines besonderen eigenartigen Krankheitsprozesses erblicken. Erwägt man des Weiteren, dass eine Anzahl der vorgetragenen Krankheitsfälle nach der landläufigen Betrachtungs- und Classificationsweise der Psychosen schwer, einige andere sogar gar nicht systematisch unterzubringen sind, dass aber gerade diese Fälle sowohl ihrer ganzen Verlaufsweise nach wie rücksichtlich der dargebotenen Einzelsymptome total conform sind dem von Kahlbaum aufgestellten Krankheitsschema der Katatonie, zieht man endlich die Thatsache in Rechnung, dass es in mehr als Einem Falle geglückt ist, aus dem Vorhandensein einzelner als charakteristisch bezeichneter Symptome einen richtigen Rückschluss auf den ganzen Krankheitsverlauf zu machen, so wird man die empirische Richtigkeit und somit den hohen praktischen Werth des Krankheitsbildes der Katatonie fürder nicht in Abrede stellen können.

Noch sei es mir gestattet, in aller Kürze auf die theoretische Bedeutung der Erscheinungen bei der Katatonie einen Blick zu werfen.

Es ist für die Anerkennung der Richtigkeit des Krankheitschemas, wie wir schon andeuteten, zunächst gleichgültig, ob wir zwischen den einzelnen Symptomen eine Beziehung zu entdecken vermögen oder nicht, wenn nur die Thatsache ihrer Zusammengehörigkeit durch eine hinreichend grosse Anzahl von Einzelbeobachtungen empirisch festgestellt ist. Ob wir einen inneren Zusammenhang des bestimmt gearteten Fieberverlaufes, der zur Geschwürsbildung tendirenden Prozesse im Darmtractus und des auffallenden Symptomes des Roseola-Exanthems nachzuweisen vermögen oder nicht, ob wir wissen, wie Kropfbildung, Exophthalmus und Herzpalpitationen mit einander und

mit anderen zugehörigen nervösen Erscheinungen in einem genetischen Zusammenhange stehen oder nicht, so wird durch den diesbezüglichen Stand unserer theoretischen Kenntnisse die Annahme der gesetzmässigen, typischen Zusammengehörigkeit der genannten und anderer pathologischer Erscheinungen nicht tangirt. Die klinische Beobachtung darf so viel Selbstständigkeit für sich in Anspruch nehmen, dass sie nicht nur den obersten Prüfstein für die Richtigkeit der auf anderem Wege zu Tage geförderten wissenschaftlichen Ergebnisse abgibt, sondern auch, dass sie selbst das Material herbeischafft, welches als Grundlage weiteren theoretischen Forschens zu dienen geeignet ist.

Trotzdem ist die Thatsache von nicht geringem Interesse und verdient unseres Erachtens sehr wohl hervorgehoben zu werden, dass die Symptome, deren eigenartige Zusammenfügung die Krankheitsform der Katatonie constituiren, sich bei näherer Betrachtung nicht als ganz heterogene erweisen, dass sie vielmehr eine gewisse innere Verwandtschaft documentiren.

Im Vordergrunde des Interesses stehen naturgemäss die pathologischen Phänomene von Seiten des Bewegungsapparates. Hier begegnen wir einer ausserordentlich grossen Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Kahlbaum sagt hierüber ¹⁾: „Auf den ersten Blick mögen die bezüglichlichen Vorkommnisse sehr verschiedenartig erscheinen: die epileptiformen oder choreaartigen, die tonischen oder klonischen und die functionellen Krämpfe, dann die mehr oder weniger vollständig entwickelte wächserne Biegsamkeit, oder die unwillkürliche, oft sehr kraftvollen Widerstand leistende Anspannung der Glieder bei passiven Bewegungen (negative Willensbewegungen) und endlich die sonderbaren monotonen Bewegungsmechanismen oder zwecklosen Arbeitsbewegungen oder halb contracturirten Gliederstellungen (Bewegungs- und Haltungsstereotypen). Wenn man aber sieht, wie die Combinationen sich häufig wiederholen, und wie eine bestimmte Reihenfolge, wo die Combination überhaupt erscheint, in den verschiedenen Fällen immer wieder auftritt, so wird man den Schluss nicht abweisen können, dass alle diese Vorkommnisse im Wesentlichen aus einer einzigen Quelle stammen und nur Entwicklungsmodificationen einer und derselben Erscheinung sind.“

Am zweifelhaftesten könnte diese Annahme erscheinen in Bezug auf das, was Kahlbaum negative Willensbewegungen nennt. Es ist deshalb von Werth, den folgenden Passus aus einer Arbeit zu citiren, auf welche wir weiter unten noch zurückkommen werden und in welcher von der Katatonie mit keiner Silbe die Rede ist, obwohl der darin behandelte Gegenstand eine ausdrückliche Stellungnahme

¹⁾ l. c. p. 22.

des Autors zu dieser Krankheitsform sehr nahe gelegt hätte. Ich meine den in vieler Hinsicht ausgezeichneten Aufsatz von Roller: „Ueber motorische Störungen beim einfachen Irresein“¹⁾. Er sagt dort gelegentlich einer Auseinandersetzung über die Rolle, welche die antagonistischen Muskeln bei vielfachen Actionen spielen, auf p. 26: „Es ist nicht selten, dass im Verhalten unserer Kranken eine auffällige Innervation der Antagonisten ausgesprochen ist. Das sogenannte reflectorische Widerstreben scheint oft genug auf einem solchen zu beruhen, auf einer abnorm gesteigerten Thätigkeit der Muskeln, die derjenigen Handlung, welche ausgeführt werden soll, widerstreben, ohne Intervention des Bewusstseins. In den Fällen, in welchen die Kranken allen Maassregeln, die vorgenommen werden sollen, Widerstand entgegensetzen, ist es allem Anscheine nach häufig die unwillkürlich vermehrte Beanspruchung der erwähnten Muskelgebiete, welche das Verhalten bedingt.“ Und p. 28: „Die Kranken stehen in der Thüre, gehen nicht hinein, nicht heraus, setzen dem Führen und Schieben in der Richtung und in jener Widerstand entgegen. Sie sträuben sich dagegen zu Bett zu gehen; sind sie darin, so widersetzen sie sich dem Aufstehen. Sie wollen nicht in's Bad; befinden sie sich darin, so wollen sie nicht heraus. Hier sind solche Fälle gemeint, bei welchen bewusste Motive des Verhaltens nicht angegeben werden und nicht zu erkennen sind. Welche bewussten Vorgänge sollten solchem Verhalten auch zu Grunde liegen? Bei solchen Kranken bekommt man oft den Eindruck gedankenloser Starrheit.“ Im Anschluss an diese treffende Schilderung des negativistischen Verhaltens möchte ich einen Fall kurz erwähnen, bei welchem dieses Phänomen in selten hohem Maasse ausgebildet war. Es handelt sich um eine an Katatonie leidende Kranke, die noch hier der Beobachtung unterliegt (Karoline Hosemann), welche nach einem initial-melancholischen Stadium ein solches der religiösen Exaltation mit pathetischer Redesucht durchgemacht hat und sich jetzt seit Monaten im Zustande einer Attonität mittleren Grades befindet. Dieselbe zeigte lange Zeit hindurch ein so widerstrebendes Verhalten, dass bei jeder Procedur die äusserste Gewaltaufwendung nothwendig wurde. Da man ihr den Genuss der frischen Luft verschaffen, aber schon aus Rücksicht auf die anderen Kranken die Balgereien mit ihr beim Zurückführen aus dem Garten vermeiden wollte, verfiel man auf das Mittel, ihr den entgegengesetzten Befehl zu ertheilen: „Bleiben Sie zurück! Gehen Sie nicht hinauf!“, worauf sie dann regelmässig sofort mit den anderen Kranken hinaufging, wozu sie auf andere Weise nicht zu bewegen war. Es ist vielleicht von Interesse, zu erwähnen, dass bei dieser

¹⁾ Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 42. Heft 1 (1885).

Kranken (ebenso wie auch in einem anderen Falle) das negativistische Verhalten durch intercurrente tiefe Chloroformnarkosen, welche einer Verletzung halber wiederholt nöthig wurden, nicht die geringste Aenderung erfuhr, sondern mit dem ersten Augenaufschlagen sofort mit der früheren Intensität zur Erscheinung kam. — Ich gestehe nun offen, dass die Annahme von der gesteigerten Antagonistenthätigkeit für mich vorläufig keine völlige Erklärung der sogenannten negativen Willensäusserungen enthält, oder mindestens, dass ich dadurch noch kein Verständniss für den eigentlichen Hergang der Sache zu gewinnen vermag. Es ist aber jedenfalls eine Hypothese, welche einen aussichtsvollen Fingerzeig für eine richtige Fragestellung bei einer späteren wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Problems giebt. Sie verdient um so mehr Beachtung, als die Rolle, welche die Antagonisten bei der normalen willkürlichen Innervation spielen, namentlich durch die Rieger'schen Untersuchungen¹⁾ als eine sehr bedeutende festgestellt worden ist. Für uns aber hat dieser Roller'sche Erklärungsversuch einen besonderen Werth, wenn wir damit vergleichen, was Rieger (l. c. p. 474) über die Erscheinungen der wächsernen Biegsamkeit sagt: „Was wir mit *Flexibilitas cerea* bezeichnen, ist der Ausdruck der Thatsache, dass die antagonistischen Muskeln in jedem gegebenen Augenblicke völlig gleichmässig innervirt sind. Es ist dies in der That die ganze Lösung des Geheimnisses, soweit es uns bis jetzt, gewissermaassen von seiner Aussenseite, zugänglich ist.“

Wir sehen also, dass zwei Autoren, welche von ganz verschiedenen Gesichtspunkten aus die hier in Betracht kommenden Phänomene untersucht haben, dabei zu Resultaten gelangt sind, welche, wenn wir sie neben einander halten, uns eine nahe innere Beziehung derselben darzuthun wohl geeignet sind. Wir erhalten dadurch die Möglichkeit einer einheitlichen Auffassung der negativen Willensbewegungen und der kataleptischen Erscheinungen, welche sich, oberflächlich betrachtet, so verschiedenartig, ja geradezu entgegengesetzt darstellen.

Die innere Verwandtschaft ferner der „negativen Willensbewegungen“ mit dem sonstigen bizarren gewohnheitsmässigen Thun liegt auf der Hand²⁾. Andererseits erinnern die Bewegungstereo-

¹⁾ Ueber normale und kataleptische Bewegungen. Archiv f. Psych. und Nervenkrankh. Bd. 13. Heft 2 (1882).

²⁾ In einem auf der Naturforscherversammlung zu Wiesbaden im Jahre 1873 gehaltenen Vortrage „über eine besondere Art von Zwangsvorstellungen mit entsprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken“ (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 30) hat Snell mehrere interessante Beispiele derartiger eigenthümlicher Tics mitgetheilt. Die von ihm vorgetragene psychologische Deutung und

typen in ihrer Gleichförmigkeit wohl nicht blos äusserlich an Krampfstände.

Was sodann das Symptom der Nahrungsverweigerung anbetrifft, so hebt Kahlbaum hervor (und Roller spricht etwas Aehnliches aus), dass im Gegensatze zur Nahrungsverweigerung bei anderen Krankheitsformen es bei der Katatonie sehr oft an irgend welchem, selbst krankhaftem Motive ganz und gar fehlt und dieselbe in diesen Fällen entschieden nur als das Resultat des Nichtwollens gegen jede Activität, die dem Kranken zugemuthet wird, als ein Moment aus der allgemeinen negativen Tendenz dieser Kranken angesehen werden muss. Die nähere Ausführung dieses Satzes möge im Originale (p. 48) nachgelesen werden. Schliesslich bemerkt er: „Zuweilen freilich scheinen auch bestimmte Wahnideen oder Wahngefühle als Motive für die Nahrungsverweigerung zu bestehen. Aber es könnte die Frage als naheliegend aufgestellt werden, ob nicht auch in diesen selteneren Fällen von Katatonie, wo sich für die Nahrungsverweigerung ein delirantes Motiv darbietet, das scheinbar motivirende Delirium gegenüber dem eigentlichen, sozusagen organischen Impuls nicht doch ein secundäres ist, etwa nach dem Schema des Erklärungsversuches oder der Reflexhallucination. Es würde die motivirende Wahnidee erst consecutiv aus dem Vorhandensein jener organischen Störung, welche der Negation zu Grunde liegt, hervorgehen.“ Wir werden weiter unten, wenn wir die Beziehungen des Bewusstseinsinhaltes zu den motorischen Störungen im Allgemeinen besprechen, sehen, dass wir uns diesen Erklärungsversuch sehr wohl zu eigen machen können.

Aehnliches finden wir mit Bezug auf das wichtige Symptom des Mutacismus, welches — freilich in sehr verschiedenen Intensitätsgraden — eine constante Theilerscheinung des katatonischen Krankheitsprozesses darstellt. Auch hier sind es nur die weitaus selteneren Fälle, in denen für die Schweigsamkeit ein delirantes Motiv besteht, wie innere Stimmen, die das Reden verbieten und dergleichen mehr, und in diesen sind wir mit Kahlbaum gleichfalls geneigt, die Hallucinationen als secundäre, consecutive Erscheinung anzusehen. In den überwiegend meisten Fällen jedoch stellt sich der Mutacismus ganz offenkundig nicht als eine irgendwie psychologisch begründete, sondern, wenn ich den Gegensatz so fassen darf, organisch bedingte Erscheinung dar. Man sieht förmlich die motorische Hemmung, wenn die Kranken deutlich alle Anstrengungen zum Reden machen und kaum im Stande sind, die Lippen von einander zu entfernen.

Bezeichnung dieser starr festgehaltenen Absonderlichkeiten mancher Kranker will mir jedoch nicht sehr glücklich scheinen.

Schon Kieser¹⁾ erwähnt, dass „zuweilen die Krankheit örtlich in einzelnen Bewegungsorganen auftrete und somit verschiedene Erscheinungen gebe“, und führt als Beispiele an einmal ein mehr isolirtes Befallenwerden der Sprachorgane²⁾ und ferner in anderen Fällen der Locomotionsorgane, „wo der Kranke sich nicht bewegt, auf einer Stelle steht, aber spricht“. Roller glaubt manche Fälle von Stummheit ebenfalls durch ein Ueberwiegen der antagonistischen Muskelaction sich erklären zu müssen. Sehr bemerkenswerth erscheint uns die Gegenüberstellung der in derselben Krankheit und oft in denselben Krankheitsfällen zur Beobachtung gelangenden Symptome des Mutacismus und der Verbigeration, welche Kahlbaum vornimmt. Er glaubt, dass sich beide Symptome vielleicht auf dieselbe Innervationsalteration zurückführen lassen. „Die Redesucht und Verbigeration wäre dann dem klonischen, die Schweigsamkeit dem tonischen Krampfe zu vergleichen“³⁾. Es ist dies ein geistreicher Erklärungsversuch, welchen wir registiren, weil er uns wenigstens einen Hinweis für ein Verständniss der auffälligen Erscheinungen zu enthalten scheint.

Noch haben wir einen Symptomencomplex keiner näheren Aufmerksamkeit gewürdigt, welcher gleichwohl sehr viel Charakteristisches enthält und für dessen Illustration wir weiter unten noch einige Krankengeschichten folgen lassen werden, ich meine das maniakalische Stadium der Katatonie. Kahlbaum sagt hierüber (l. c. p. 31): „Die einzelnen Elemente desselben sind zum Theil die nämlichen wie die des maniakalischen Stadiums anderer Krankheitsprozesse. Unter ihnen zeichnen sich aber einige durch ihr besonders häufiges und mehr andauerndes Vorkommen bei der Katatonie aus und können daher auch für sich, wenn sie in einem bestimmten Falle in grösserer Zahl und Andauer vorhanden sind, schon vor dem Stadium der Attonität als diagnostisch unterscheidende Merkmale benutzt werden. Als solches ist zunächst hervorzuheben etwas eigenthümlich Pathetisches im Benehmen der Kranken, ein Symptom, das bald mehr als schauspielerhafte Exaltation, bald mehr als tragisch-religiöse Ekstase erscheint, und gewissermaassen die expansive Stimmungsfarbe bildet, in welcher bei vielen Katatonikern all ihr Sprechen, Handeln und Gebahren gezeichnet ist. Bei Paralytikern ist mehr ein egoistischer Stolz und

¹⁾ l. c. p. 184.

²⁾ Solche Fälle sind sehr lehrreich für das Verständniss anderer complicirter. In hiesiger Anstalt befinden sich gegenwärtig noch 2 Katatoniker (Jochem und Buheitel), welche fast gar nicht oder nur wenige kurze Worte lispelnd zu antworten vermögen, und von denen mindestens der Letztere bestimmt kein delirantes Motiv für seine Schweigsamkeit hat. Im Gegentheil nimmt man deutlich wahr, dass er sich sehr bemüht, die erforderliche Innervation zu leisten. Beide Kranke beschäftigen sich regelmässig mit körperlicher Arbeit im Freien.

³⁾ Kahlbaum l. c. p. 44.

Hochmuth als diese expansive Stimmungsfarbe zu bemerken, bei der *Vesania typica* eine allgemeine sensuelle Heiterkeit. Bei anderen maniakalischen Zuständen eine jocose Laune, eine Lust am Nürrischen u. s. w., wenn schon mit dieser Unterscheidung von expansiven Stimmungsfarben nicht specifische, durchaus immer zutreffende Charaktere aufgestellt werden können.“

Diese für die Katatonie eigenthümliche pathetische Stimmung äussert sich in verschiedener Weise. In einigen Fällen declamiren und predigen die Kranken, und wenn, was oft, aber keineswegs immer der Fall ist, der Inhalt der Aeusserungen ein religiöser ist, so erscheint das aufgewendete Pathos wenigstens einigermaassen gerechtfertigt, obwohl die Erscheinung auch in diesen Fällen etwas eigenthümlich Triebartiges an sich trägt (auch Tiggés [l. c.] spricht von „zwangsmässigem Beten und Predigen“). In anderen Fällen aber werden die wichtigsten Dinge im hochgeschraubtesten Ausdrucke vorgetragen oder „es zeigte sich überhaupt eine der speciellen Lebenslage nicht entsprechende Vorliebe, über hochernste Dinge zu sprechen“. Immerhin ist — und darauf kommt es für uns hierbei an — das Pathos, zu dessen Begriff und Wesen doch das lange nachdrückliche Verweilen bei jedem Worte und Gedankenmoment gehört, eine Erscheinung, die sich sehr wohl mit dem übrigen starren Verhalten der Katatoniker vereinigen lässt. Auch Fritsch (l. c.) führt dasselbe als eine Theilerscheinung „dieser Affection des gesammten Nervensystems im Sinne des Gebundenseins“ an.

Im Uebrigen ist auch in dem maniakalischen Stadium der Katatonie die Neigung zu Negationen hervorzuheben. „Während die Manie anderer psychischer Krankheitsformen sich nicht nur durch die Fülle ihrer Willenserklärungen und Handlungen auszeichnet, sondern auch durch eine sehr hervortretende Leichtwilligkeit und grosse Veränderlichkeit im Wollen und Handeln, finden wir bei der Katatonie eine sehr bemerkenswerthe Monotonie des maniakalischen Handelns und bei aller Gewaltthätigkeit und Fülle des Agirens ein Hervortreten von negativen Willenserklärungen und negativen Gewohnheitshandlungen“¹⁾. Eine sehr anschauliche Schilderung der katatonischen Manie finden wir bei Brosius²⁾; auch er hebt die Gleichmässigkeit des Handelns des Katatonicus im Gegensatz zu dem typischen Maniacus hervor: „Alle Tage, vielleicht während einer gewissen Zeit der Agitation, findet man den Katatoniker unter seinem Bette liegen, in derselben Lage, stundenlang, auf Mund und Nase; in demselben Tempo, in derselben Richtung sieht man ihn im Zimmer

¹⁾ Kahlbaum l. c. p. 46.

²⁾ Brosius l. c. p. 782 ff.

an den Wänden herumgehen oder auf den Bettdecken spazieren, die er sich auf den Fussboden ausbreitete, und sieht er einen in seiner Nähe wohnenden Kranken, so sagt er vielleicht jedesmal über ihn oder zu ihm dasselbe, z. B. „was hat der eine schöne Nase, schöne Nase, schöne Nase“. Oder so laut er auch ist, er singt sehr oft dieselben Melodien, dieselben Lieder, er kreischt auf dieselbe Weise, tagelang, wochenlang, bei jeder Gelegenheit; auf dieselbe Weise, in derselben Haltung, mit denselben Attitüden sieht man ihn an das Clavier eilen, sich hinsetzen und spielen.“

So viel, denke ich, geht aus dem Gesagten hervor, dass die Symptome, durch welche die Katatonie sich auszeichnet, so different und mannigfaltig sie sich auch präsentiren mögen, und so wenig ein Fall dem anderen genau gleicht, durchweg eine innere Verwandtschaft erkennen lassen. Ein gemeinsamer Grundzug tritt uns beständig entgegen: Das ist das motorisch Unfreie, das Monotone, das Gleichförmige, Krampfähnliche aller der Zustände und Bewegungsvorgänge, während gleichzeitig, soweit die Erscheinungen in der willkürlichen Muskulatur sinnfällig werden, ächte Krampfstände zur Beobachtung gelangen.

Freilich reichen unsere heutigen Kenntnisse von der Physiologie und Pathologie der Gehirnfunktionen, sowie von dem nervösen Geschehen überhaupt und seinen mannigfaltigen Beziehungen zu dem Bewusstsein nicht aus, um eine Analyse der einschlägigen Erscheinungen auch nur hypothetisch vorzunehmen; indess will es mir scheinen, als wenn gerade die bei der Katatonie hervortretenden Phänomene für das weitere Studium des Hirnlebens sich einigermaassen fruchtbar erweisen könnten.

Es ist merkwürdig, wie stiefmütterlich die motorischen Störungen bei den sogenannten einfachen Psychosen und ihre Beziehungen zum Bewusstsein — im Vergleich z. B. mit den Sinnestäuschungen — bisher behandelt worden sind. Aus der psychiatrischen Literatur der letzten Decennien sind es, abgesehen von einzelnen Hinweisen, z. B. von Flechsig¹⁾, von Arndt²⁾, wohl blos zwei Aufsätze, welche hier in Frage kommen, das ist der von Friedrich Nasse³⁾: „Ueber die krankhafte Verbindung der Gedanken mit den willkürlichen Bewegungen mittelst des Gehirns“ und von v. Solbrig⁴⁾: „Die Beziehungen des Muskeltonus zur psychischen Erkrankung“. So verlockend es auch wäre, müssen wir uns hier versagen, auf den

¹⁾ Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen. Antrittsvorlesung. Leipzig 1882.

²⁾ Chorea und Psychose. Griesinger's Archiv. Bd. 1. Heft 3 (1868).

³⁾ Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 8. p. 350 ff.

⁴⁾ Dieselbe Zeitschrift Bd. 28. p. 369 ff.

Inhalt dieser Arbeiten einzugehen. — Interessant ist es nun, dass neuerdings fast gleichzeitig dem fraglichen Gegenstande von zwei Seiten eine erneute Behandlung zu Theil wurde. Es sind dies die bereits citirten, beinahe gleich betitelten Arbeiten von Roller und Freusberg. Beide Autoren sind darin einig, dass die mannigfaltigen Erscheinungen bei den einfachen Psychosen nicht direct aus den krankhaften psychologischen Vorgängen abgeleitet werden können, sondern dass es nothwendig ist, sie als etwas bis zu einem gewissen Grade Selbstständiges hervorzuheben und für ihr Zustandekommen eine besondere Erklärung zu suchen. In diesem Bestreben aber kommt bei beiden eine völlige Divergenz des Standpunktes zum Vorschein.

Freusberg setzt als das Primäre: „das psychische Ergriffensein“. Von diesem seien die motorischen Störungen abhängig zu denken (NB.: er beschäftigt sich zunächst blos mit denjenigen motorischen Symptomencomplexen, welche mitunter in dem acuten Stadium einfacher Psychosen „unter dem Bilde paroxysmeller Anfälle von Starre und von krampfartigen Bewegungen“ zur Beobachtung kommen)¹⁾, abhängig nicht in dem Sinne, dass sie directe Ausflüsse der psychologischen Vorgänge, der mehr weniger klaren Vorstellungen wären, sondern das Verhältniss sei vielmehr das, „dass die der Psychose zu Grunde liegenden Reizzustände in den psychischen Centren als solche einen sozusagen diffus irritirenden Reiz ausüben auf die motorischen Gebiete im Gehirn, der mit sozusagen reflectorischem Zwang in irgend welchen psychisch unfreien und nicht psychisch bestimmten Bewegungen sich entladen kann“. Dieser Satz ist nur eine specielle Anwendung des nachstehenden, welchen er als physiologisch bewiesenen Fundamentalsatz hinstellt: „dass Functionserregung jedes centralen Apparates (Centrums) Fernwirkungen übt auf andere functionelle Centren; dass mithin das nervöse Centralorgan als ein einheitlicher Apparat angesehen werden muss, innerhalb dessen die Functionserregung eines Abschnittes anderen, vielleicht allen functionellen Abschnitten (Centren) signalisirt wird, so dass vielleicht das ganze Centralorgan von jeder Erregung eines Theiles in Mitleidenschaft gezogen wird, welche je nach der Intensität der Einwirkung in beschränkter oder ausgebreiteter Weise functionell sich kundgiebt und zwar als Hemmung oder Miterregung“. Also: die in Frage stehenden paroxysmellen Anfälle sind ihrer Natur nach aufzufassen als psychomotorische Reiz- bzw. Hemmungserscheinungen; als ihr Sitz dürfen die Infracorticalcentren angesehen werden, und der sie auslösende Reiz ist nach Freusberg das psychische Ergriffensein.

¹⁾ Wir haben bereits oben (vgl. die Anmerkung auf p. 19) bemerkt, dass nach unserem Dafürhalten die von Freusberg mitgetheilten Krankheitsfälle mindestens zum grossen Theile der Katatonie zugehören.

In diametralem Gegensatz zu Freusberg's letztem Satze steht das Ergebniss, zu welchem Roller kommt. Wir bemerken vorweg, dass wir uns rückhaltslos Roller's Ausführungen anschliessen und ihnen eine eminente Bedeutung für die theoretische Auffassung des Wesens der Psychosen zuschreiben. Wir bedauern, dass der eigentliche Zweck dieser Arbeit nur eine ganz dürftige Wiedergabe seiner Ausführungen zulässt, und verweisen deshalb ausdrücklich auf das Original.

Roller beweist überzeugend die grosse Selbstständigkeit, mit welcher im physiologischen und noch mehr im pathologischen Organismus der motorische Apparat fungirt. Er zeigt einerseits, in wie ausgedehntem Maasse seine Thätigkeit der bewussten Willkür entzogen ist, andererseits aber hebt er hervor, dass in ausgiebiger Weise eine Rückwirkung („Renervation“) der motorischen auf die bewusste psychische Thätigkeit sich geltend macht. Nachdem er sodann auf die reiche und überaus mannigfaltig abgestufte Gliederung des motorischen Apparates hingewiesen hat und zu dem Schlusse gelangt ist, dass ein automatisches, selbstständiges Fungiren subordinirter Centren angenommen werden müsse, wendet er sich zu einer theoretischen Erklärung der Erscheinungen beim Irresein. Das wichtigste Ergebniss seiner Erwägungen ist das, dass — zum mindesten in einer grossen Reihe von Fällen — „die Centren des Bewusstseins“ nicht direct, sondern erst indirect, secundär krankhaft afficirt werden. Den Hergang der Sache könne man sich etwa so vorstellen: Primär trifft der krankmachende Reiz subordinirte Centren. Durch die Affection der relativ subordinirten Centren wird die Aufmerksamkeit zwangsmässig fixirt. „Die Vorstellungen und Empfindungen, welche beim Irren vorwiegend zur Perception, zum Eintritt in das Blickfeld des Bewusstseins drängen, sind diejenigen, welche durch den kranken Zustand der subordinirten Centren ausgelöst werden, und wenn die active Apperception, die Aufmerksamkeit in Thätigkeit tritt, so wird sie gefesselt durch die kranken Perceptionen, durch die das Blickfeld des Bewusstseins beherrschenden kranken Vorstellungen und Empfindungen.

Es wird ein mechanischer Zwang auf die Thätigkeit der Apperception ausgeübt. Aufgezwungen dem Bewusstsein werden die kranken psychischen Erscheinungen, die Zwangsvorstellungen, die Wahnvorstellungen melancholischer und maniakalischer Natur, die Angstvorstellungen, die Grössendelirien, die Stimmungsanomalien, die Hallucinationen, die Affecte, die wahnhaft gedeuteten Empfindungsstörungen, die Zwangshandlungen.

Wohin wir blicken im Irrsinn: immer wieder stossen wir auf ein anderes, ein fremdes; es sind nach Analogie des gesunden

Seelenlebens nicht erklärbare Vorgänge. Der logische Mechanismus wird im Irresein in Bewegung gesetzt nicht durch die apperceptive oder associative bewusste psychische Thätigkeit, sondern durch unter der Schwelle des Bewusstseins liegende pathologische Reizzustände.

Und wenn Roller schliesslich bemerkt: „Wie viele Fälle von Geistesstörung in der Weise aufzufassen sind, die als eine wahrscheinliche hinzustellen versucht wird: als Wirkungen einer Affection subordinirter Centren, auf diejenigen Gehirnthteile, welche den Bewusstseinsvorgängen dienen, ist schwer zu sagen,“ so möchte ich mich gewiss nicht anheischig machen, diese Grenze zu ziehen. Jedoch glaube ich — und deshalb habe ich den obigen Ausführungen in dieser Arbeit einen Platz einräumen zu müssen gemeint — dass in allererster Linie die Krankheit der Katatonie hierher gehören dürfte. Erstens trifft auf kaum eine Irreseinsform der von Roller hervorgehobene Umstand in so vollgültigem Maasse zu wie auf die Katatonie, dass die das Irresein wesentlich constituirenden psychischen Erscheinungen vom psychologischen Gesichtspunkte aus unverständlich oder doch nur in sehr eingeschränktem Maasse verständlich sind. Das Automatische, Zwangsmässige, wenn ich so sagen darf, organisch Bedingte tritt uns hier, wie wir gesehen haben, beständig entgegen. Sodann aber ist es der hier nicht näher zu verfolgende Vergleich mit den Zuständen der sogenannten „experimentellen Katalepsie“ oder des „Hypnotismus“ mit den dabei beobachteten „Suggestionerscheinungen“¹⁾, welcher unsere Auffassung wohl zu stützen geeignet sein dürfte.

Indessen verlassen wir das Gebiet hypothetischer Erwägungen, denen ja immerhin etwas Subjectives anhaftet, und wenden wir uns von Neuem der klinischen Betrachtung unserer Krankheitsform zu. Es sei mir gestattet, noch einige Fälle anzuführen, in denen sich das Stadium der Manie und die pathetische Ekstase ziemlich gut entwickelt zeigten.

X. Fall. Heredität und Vorleben. Pauline Plania, Dienstmädchen, 21 Jahre alt, aus Ober-Jentritz, Kreis Neisse.

Hereditäre Belastung ist nicht nachgewiesen. Es wird angegeben, Patientin sei früher in Mondscheinnächten herumgelaufen und dann wieder ruhig ins Bett gegangen, ohne ein Wort zu sprechen. Die leibliche und geistige Entwicklung war anscheinend normal. Die Menstruation soll sich schon frühzeitig eingestellt

¹⁾ Beiläufig möchte ich bemerken, dass bei dem auffallend häufigen Hervortreten religiöser Vorstellungen während des Exaltationsstadiums der Katatonie ich es nicht bloß für einen Zufall ansehen möchte, wie Rieger anzunehmen geneigt ist, wenn seine hypnotische Versuchsperson — suggestiv — auf Papier die Worte schrieb: „Deus te adoramus Teufel, Welt und noch einiges dergleichen.“ (l. c. p. 473.)

haben. Fünf Jahre hindurch stand die Plania in Diensten bei einer Kaufmannsfamilie in Liegnitz, die sehr religiös gesinnt war, sie auch täglich zur Messe mitnahm. Ausserdem konnte sie in die Kirche gehen, wann sie wollte; kurz, sie behandelten sie in dieser Beziehung wie ihr eigenes Kind. Sie bekam dann 4 Tage Urlaub, um eine kranke Schwester zu pflegen. Dabei blieb sie länger aus als 4 Tage und wurde deshalb aus dem Dienste entlassen. Hierüber grämte sie sich sehr; nahm aber dann den Dienst bei einer anderen Familie an, die jedoch nicht so religiös gesinnt war, und ihr nicht so oft gestattete, in die Messe zu gehen.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Am 13. Juli 1880, Vormittags, sah sie auf dem Markte viele schwarze Menschen laufen, und sprach viele Worte religiösen Sinnes zweimal nach einander. Dabei konnte sie aber noch ihre häusliche Arbeit besorgen. Nachmittags flocht sie sich die Haare auf, nahm sich die Haarschleifen herunter, machte Feuer an und verbrannte die falschen Zöpfe und Haarschleifen, und als die Frau sie überrascht fragte, was sie dort mache, antwortete sie: „Ich verbrenne den Hochmuthsteufel! Hebe dich weg von mir, Satanas! Denn es stehet geschrieben: Du sollst Gott deinen Herrn nicht versuchen!“ Sie wurde darauf zu ihrer Schwägerin gebracht, betete die ganze Nacht von Dienstag zu Mittwoch, bisweilen laut schreiend, und ging dann, Mittwoch früh, in die Messe. Hierauf war sie mehrere Stunden ruhig und gesetzt, fing dann aber wieder zu beten an. Als ihr Vater auf telegraphische Benachrichtigung ankam und mit ihr zur Dienstherrschaft ging, gab diese ihr das Dienstbuch, wobei als Entlassungsgrund: „Wegen Krankheit“ vermerkt war. Sie wurde hierdurch aber sehr aufgebracht und war nicht eher zufriedengestellt, als bis dies wieder ausgestrichen wurde. Dann verschenkte sie einen Spiegel, Handschuhe, eine sehr gute Taille, die sie einer Frau zum Verbrennen gab. Darauf wurde sie wieder ruhiger, besorgte das Hauswesen und ging zu Bette. Am Donnerstag Morgen früh 4 Uhr fing sie wieder an zu beten und schrie dabei so laut, dass man den Dr. S. holte. Dann fiel sie plötzlich in Starrsucht und blieb, die Augen starr in die Ferne gerichtet, ruhig liegen. Als sie so ein paar Stunden dagelegen hatte, wurde sie plötzlich wieder regsam, zog sich an, setzte sich zum Frühstück nieder und sprach in ganz geordneter Weise über ihren Zustand. Nur meinte sie, der Doctor sei der Teufel gewesen, der sie in Versuchung führen wolle, und wusste dabei aber ganz genau alle Worte anzuführen, welche er gesprochen hatte. Während sie noch darüber sprach, fing sie wieder an, starr zu sehen, wiederholte die gesprochenen Sätze und fasste plötzlich nach dem kleinen Sohne ihrer Schwägerin und meinte, dieser sei der Teufel. Nur mit grösster Mühe konnte dieser von ihr befreit werden, und alsbald wurde sie nach dem Krankenhause gebracht. Hier fällt sie täglich — so schreibt der Kreisphysikus weiter — mehreremal in eigentliche kataleptische Krämpfe. Die Nackenmuskeln sind gespannt, die Augen krampfhaft in die Ferne gerichtet, die Daumen heftig zusammengekniffen, die Athmung bisweilen tief, bisweilen ganz aufhörend, dabei nimmt jedes ihrer Glieder, nachdem man den anfänglich entgegen gesetzten Widerstand überwunden, die oft sehr unbequeme Haltung an, die man ihm gerade giebt. Dann liegt sie wieder mit offenen Augen da und wiederholt die Worte fortwährend: „Führe uns nicht in Versuchung!“ Nahrung verlangt sie niemals, schlingt aber bisweilen heiss hungrig einige Bissen hinunter. Am 9. August 1880 wurde sie in die hiesige Anstalt aufgenommen. Die Wärterin, welche die Kranke aus Liegnitz hierher begleitete, machte noch einige detaillirtere Angaben über ihr dortiges Verhalten: „Sie sei seit 3 Wochen im Liegnitzer Krankenhause, kam in einem Zustande von Starrsucht hin, sprach aber gelegentlich in der ersten Zeit; 8 Tage lang blieb sie im Bett. Das

Essen nahm sie meist erst nach längerem Zureden, oft presste sie den Mund fest zusammen. Mitunter sprach sie vom Hochmuthsteufel, sie müsse darunter leiden, dass der existire. Nach 8 Tagen wurde sie heftig, springt plötzlich auf, schlägt gegen die Thüre, schimpft, es wolle ihr Niemand etwas zu essen geben, sie müsse verhungern. Dann begann sie unruhig zu werden, schlug, wollte ausreissen, verunreinigte das Bett, musste isolirt werden. Gewöhnlich seitdem in starrem Zustande, sitzt steif da, spricht gar nicht. Plötzlich, gestern, hat sie wieder geschrieen, sie wolle zu essen haben, hat dann auch gegessen, dann wieder stumm. War zuweilen in kataleptischer Starre. Liess sich heute ruhig anziehen, sprach gar nicht, ging mit zum Wagen, schlürfte beim Gehen mit den Füßen, blieb ruhig im Wagen sitzen; ging ohne zu sprechen mit in die Abtheilung.

Am Tage der Aufnahme wurde folgender Status praesens notirt:

In ganz stuporösem Zustande aufgenommen. Sieht Niemand an, hat die Augen geschlossen; sitzt auf einem Fleck und rührt sich nicht. Ganz plötzlich springt sie heftig auf und drängt zur Thür hinaus.

Mittelgrosse Statur, schlank gebaut, dürrt ernährt, Fettpolster sehr gering, Muskulatur ziemlich kräftig. Schädel kurz, exquisit brachycephal. Stirn schmal, mittelhoch, nicht in Falten gezogen, Tubera hervortretend. Nasolabialfalten gleich, Ohren normal, Zähne sehr gut, passen auf einander. Zunge gerade herausgestreckt, zittert etwas, Gaumen normal, Zäpfchen steht gerade. Hals ziemlich kurz, kräftig. Thorax gut gewölbt, Lungenschall und Herztöne normal. Keine Abnormitäten an den übrigen inneren Organen. Pupillen gleich und reagiren.

10. August. Patientin ist plötzlich sehr laut geworden, hat sich nackt ausgekleidet, springt und tanzt in der Zelle umher. Fester Anzug; schimpft und flucht auf den Arzt: „Pech habt ihr mir zu essen gegeben — Pech! Hättest du mir nicht Pech zu fressen gegeben, du verfluchtes, ich hätte dir Mohrrüben, Fleisch, Reis gegeben“; spuckt um sich; dabei sehr selbstgefälliges Wesen. — Nachmittags: Spricht mit Vorliebe schlesisch platt; zeigt ein theatralisch gespreiztes Wesen.

11. August. Hat auch den festen Anzug zerrissen, beschmutzt sich. Verkennt die Personen ihrer Umgebung. Als es donnerte, sagte sie: „Siehst du, der liebe Gott ist böse, dass du mir immerfort Pech zu essen giebst.“

20. August. Nur stundenweise noch stuporös, kauert dann ganz still und in sich versunken und spricht nicht. Meist aber sehr heiter, springt, singt, tanzt, schimpft, beschmutzt sich, zerreisst; dabei immer eigenthümlich geziert und gespreizt.

In diesem Zustande maniakalischer Erregung von immerhin sonderbarer Färbung blieb die Kranke, wie die Journalnotizen ergeben, ziemlich unverändert den ganzen Monat August durch. Die Therapie bestand in 22°igen Bädern mit 18°igen Uebergießungen über den Rücken.

Am 1. September ist notirt: „Es wird mit Baden aufgehört, da Patientin ihre Sachen anbehält, sie erhält Flanellkleider und hält sich den Tag über auf dem Corridore auf. Ist noch bisweilen stumm; äussert einmal, sie sei zu einer Bildsäule geworden. Der liebe Gott schicke ihr durch einen Raben das Essen, von Menschen komme es nicht her.“

Am 10. September findet sich die für das Gesamtbild höchst bemerkenswerthe Notiz: „Es besteht noch immer ausserordentliche Heiterkeit und Euphorie.“ „Man könnte die Plania für eine Maniakalische halten, wenn man sie nur einmal sieht“ — dann: unverändert heiter, lärmend, aufgereggt bis zum

20. September, wo es heisst: „Ist seit 2 bis 3 Tagen stiller. Weiss, dass sie in Leubus ist; sitzt still da und spricht nur abgerissene Worte vor sich hin, die sie zu hören scheint. Sie weint plötzlich und lacht dann wieder, sagt pathetisch: ‚Ich spiele nur Comödie.‘ Wechselt oft die Farbe und scheint bisweilen ängstlich, sieht nach dem Fenster und sagt: ‚Ich sehe die Herrlichkeit offen.‘ Dann folgt wieder ein Stadium grösserer, namentlich sexueller Erregtheit, das mit einer geringen Remission den ganzen November durch anhält.“

Am 1. December findet sich die Bemerkung: „Nimmt oft eigenthümliche Stellungen ein, steht lange auf einem Beine, breitet die Hände aus, als wenn sie fliegen wollte etc.“

Am 11. Februar tritt die periodische Blutung ein, ohne auf das psychische Verhalten einen Einfluss zu üben.

Im April 1881 trat sodann gelegentlich einer von Fieber begleiteten und schmerzhaften Parulis einige Tage hindurch eine grössere Klarheit und Ruhe ein. Diese war nur von geringer Dauer, bald trat wieder die alte Erregung auf. Dieselbe nahm jedoch nach kurzer Zeit eine mehr ängstliche Färbung an, die sich in der Physiognomie und Haltung der Patientin spiegelte. Dabei traten wiederholt heftige negativistische Strebungen und Mutacismus auf. So ist am 5. Juni 1881 notirt: „Erhält wieder Kleider (vorher fester Anzug). Drängt aber noch sehr aus dem Zimmer, spricht gar nicht, scheint sehr ängstlich. Sobald sie herauskommt, hält sie sich an jedem Gegenstande fest, lässt sich nicht fortbewegen, will nicht wieder ins Zimmer, sucht durch die Thüre weiter in den Corridor zu kommen“; und am folgenden Tage: „Will nicht mit in den Garten, will nicht aus dem Zimmer, weicht in die Ecke zurück, sobald man hineinkommt, sieht ängstlich aus.“

8. Juli. Geht wieder in den Garten, sitzt dort ruhig, doch sieht sie noch ängstlich benommen aus, scheint viel zu hören, zittert am ganzen Körper bei allen Verrichtungen, selbst beim Waschen und Kämmen; lässt zuweilen Urin unter sich.

12. Juli. Schreit laut, als sie in den Garten geführt werden soll, bleibt deshalb oben.

16. Juli. Erhält Nachts statt Seegras, das sie aus Besorgnis eines conamen suicidii hatte, Decke und Strohsack, schläft ruhig. Appetit ist gut; doch spricht Patientin gar nicht.

24. Juli. Widerstrebt wieder beim Ankleiden; schreit: „Herr Jesus!“ Geht nicht mit in den Garten.

1. August. Lacht zuweilen, spricht aber nichts, giebt stets sehr zögernd die Hand.

Am 12. August wurde Patientin als ungeheilt entlassen, und war noch an diesem Tage beim Ankleiden höchst widerstrebend.

Wir glauben, dass ausser der Katatonie keine psychiatrisch geschilderte Krankheitsart im Stande ist, die reichhaltigen Symptome in sich zu begreifen, welche in der vorstehenden Krankengeschichte niedergelegt sind, welche nur eine Phase der Entwicklung der Krankheit wiedergibt und über deren weiteren Verlauf uns leider nichts bekannt ist. Eine differentiell-diagnostische Analyse der Erscheinungen kann hier überhaupt nicht in Frage kommen. Beiläufig wollen wir jedoch auf Kahlbaum's Bemerkung verweisen (l. c. p. 28): „Zuweilen auch kommt während mehrerer Wochen oder Monate, welche

im Ganzen vorwiegend deutlich das Gepräge der Manie an sich tragen, die Attonität nur vorübergehend an einzelnen Tagen vor.“

XI. Fall. Heredität und Vorleben. Frau Auguste Klose, 46 Jahre alt.

Der Vater der Kranken wurde in seinem 50. Lebensjahre geisteskrank und blieb es bis zu seinem wenige Jahre darauf erfolgten Tode. In einer Irrenanstalt war derselbe nicht gewesen; da er nicht gemeingefährlich war, wurde er zu Hause [verpflegt. Die Mutter, sowie die acht Geschwister der Patientin sind geistig gesund. — Patientin soll in ihrer Kindheit stets gesund gewesen sein, weder Krämpfe noch Kinderkrankheiten gehabt haben. Auch ihre spätere Entwicklung war eine normale. Sie soll ein sehr gewecktes Kind gewesen sein, das in der Schule gut lernte, einen guten Charakter hatte und sehr arbeitsam war. Bis zu ihrer Verheirathung, die im 24. Lebensjahre erfolgte, blieb sie im elterlichen Hause. Ihre Ehe mit dem Schmiedemeister Klose war eine sehr gute. Es entsprossen aus derselben fünf Kinder, von denen noch zwei leben. Nach der Geburt des dritten Kindes vor etwa 16 Jahren soll sie sehr krank gewesen sein, und es soll sich damals schon eine geistige Störung entwickelt haben, die jedoch nur etwa 14 Tage lang dauerte, und über deren Charakter nichts Näheres bekannt ist. Seit dieser Zeit war sie bis Anfang September 1886 stets geistig und körperlich gesund.

krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Ein zu dieser Zeit im Nachbarhause ausgebrochenes Feuer hatte sie so erschreckt und aufgeregt, dass sie in steter Furcht der Entstehung eines neuen Feuers schwebte. Es kam hierzu grosser Kummer in ihrer Familie, da ihr Ehemann seit längerer Zeit lungenleidend, und die immer aufs neue zugezogene ärztliche Hilfe viele Kosten verursachte. Hierdurch wurde allmählich ihr Gemüth so bedrückt, dass sie immer aufgeregter ward und auch sonst ein ganz verändertes Wesen zeigte. Während sie sonst sehr thätig in ihrer Wirthschaft und besorgt um ihren Mann war, fing sie an, beide zu vernachlässigen. Sie betete viel und ging in ihrer Unruhe mit dem Gebetbuche von einem Bekannten zum anderen. Sie führte dort oft ganz verwirrte Reden, dass sie verfolgt werde, dass in der Nacht Männer zu ihr kämen etc. Die Aufregung wuchs, sie konnte bald die Nächte nicht mehr schlafen und lief öfter in der Nacht unbekleidet fort. Am Morgen wurde sie dann in irgend einem verborgenen Winkel eines Schuppens, einmal auch in der Umzäunung eines Baumes auf einem freien Platze gefunden. Die Neigung, des Nachts herumzuvagiren, ist so stark, dass sie nicht mehr ohne Aufsicht gelassen werden kann. Gegen ihre Umgebung, ihre Wirthschaft und besonders ihren Ehemann wurde sie immer gleichgültiger, so dass der am 14. October erfolgte Tod des Letzteren gar keinen Eindruck auf sie machte. Ebenso gleichgültig verhielt sie sich während des Begräbnisses desselben. In den letzten Tagen (der betreffende Bericht des Kreisphysikus ist vom 19. October 1886 datirt) soll sie sich öfter haben bewegen lassen, Feldarbeiten und einige häusliche Verrichtungen vorzunehmen, doch währte ihre Beschäftigung stets kurze Zeit und sie führte dabei meist verwirrte Reden. Ihre Wahnideen beziehen sich hauptsächlich darauf, dass sie verfolgt sei, dass sie verhext sei, dass fremde Leute in der Nacht zu ihr kämen etc. Bei der Exploration benahm sie sich höchst widerspenstig, schrie und schimpfte und schlug um sich, so dass sie kaum von zwei Männern gehalten werden konnte. Eine körperliche Untersuchung war ganz unmöglich. Auf die an sie gerichteten Fragen antwortete sie entweder gar nicht oder in schreiendem Tone. Es war ihr gesagt worden, dass ein Arzt da sei. Sie schrie nun fort-

während: „Ich will keinen Doctor, ich bin gesund, ich habe mit Niemandem etwas!“ Nur einmal, als sie einen Augenblick ruhiger wurde, gab sie an, dass ihr Mann gestorben sei und dass sie gut schlafe, ferner ihr Alter. Weiteres war nicht aus ihr herauszubekommen.

Der Transport der Kranken in die hiesige Anstalt war schwierig und nur unter der Vorspiegelung ausführbar, dass es zum Abendmahle ginge. Bei der Aufnahme am 11. November zeigte sich die Kranke stark benommen und leicht ängstlich agitirt; die an sie gerichteten Fragen wurden nicht beantwortet; fortwährend lispelte sie leise und unverständlich vor sich hin. Sträubt sich sehr gegen ihre Abführung auf die Abtheilung.

Am 12. November wurde folgender Status praesens notirt: Grosse, hagere und etwas dürrtüg genährte, aber kräftig gebaute Frau, deren Schädel im Stirntheile ziemlich schmal, sonst aber ohne Besonderheiten ist. Der Gesichtsausdruck ist starr und erschrocken, der Blick irrt von einem Punkt zum anderen. Die Stirn ist ziemlich niedrig, die Nase ist gross, schmal und leicht gekrümmt (Habichtsnase). Die Lippen werden aufeinander gepresst, Mund und Nase werden mit der hohlen Hand bedeckt, wobei diese häufige Bewegungen ausführt, als ob sie etwas von Nase und Lippen abwischen wollte. Pupillen sind, soweit sich das bei der gegen jede nähere Untersuchung sich sträubenden Kranken erkennen lässt, ziemlich eng und gleich. Das schwarze volle Haupthaar ist mit spärlichen grauen Haaren durchsetzt. Starker Tremor der Hände.

Gegen Abend zeigt die Kranke sich auffallend verwirrt, ist nicht im Stande, auch nur eine einzige Anrede oder Frage zu beantworten, scheint diese völlig zu überhören, während sie noch am Vormittage sich wenigstens insoweit fixiren liess, dass sie einige ihre Personalien betreffende Anfragen richtig, aber kurz und stossweise beantwortete. Seit dem Mittagbrod, das sie noch völlig verzehrt hat, irrt sie ununterbrochen leise vor sich hinjammernd, ohne dass man bei aufmerksamem Hinhören auch nur ein einziges Wort deutlich verstehen könnte, in der Stube umher, fährt sich dabei mit den Händen beständig an Nase und Mund herum, reisst sich los, wenn man sie festhalten will, und hält Gegenstände, die ihr in die Hände kommen, z. B. eine Bettdecke, krampfhaft fest.

13. November. Die ihr gestern Abend¹⁾ gereichte Schlafmedicin (Paraldehyd) hat sie ebenso wie ihr Abendessen refüsirt, hat fast gar nicht geschlafen, ihr Bett wiederholt verlassen, um in der Stube hin und her zu irren, immer leise vor sich hinsprechend, bis sie sich von selbst auf eine Bank setzte. Heute Vormittag ist die Kranke in blinder Angst; sie hat sich eine ganze Anzahl Jacken angezogen, sträubt sich gegen das Ausziehen derselben, und läuft seit dem frühen Morgen beständig lispelnd und leise monoton jammernd im Zimmer herum. Aus ihrem Gemurmel war nur einmal deutlich zu hören: „Gott ist allmächtig und seine Güte währet ewiglich!“ Eine Röthung des Gesichts ist nicht zu bemerken. Subcutane Injection von 0,01 g um 11 Uhr Vormittags bewirkte keine Minderung der motorischen Unruhe, dagegen dreimaliges, stürmisches Erbrechen, zweimal vor und einmal nach dem Mittagbrod.

14. November. Gestern Abend wurde Patientin etwas ruhiger, blieb auf ihrem Platze sitzen, aber in fortwährender ängstlicher Erregung¹⁾ am Munde

¹⁾ Es erscheint mir sehr zweifelhaft, ob die Beobachtung, dass Patientin in ängstlicher Erregung sich befand, wirklich zutreffend ist. Der Umstand, dass die Monotonie ihres Gelispels sowie ihrer Bewegungen an Mund und Nase hervorgehoben ist, wie namentlich der oben angegebene Inhalt der einzigen verstandenen Aeusserungen der Patientin, legen die Vermuthung nahe, dass es sich

wischend, ausser Stande, eine der an sie gerichteten Fragen beantworten zu können. Schlaf ohne Medicin sehr unruhig. Heute Morgen dieselbe motorische Unruhe und Unstätigkeit, die Kranke zieht sich wieder sämtliche Jacken an, deren sie nur habhaft werden kann, und zeigt im Uebrigen während des Vor- und Nachmittags das bereits geschilderte Verhalten.

Heute wird folgende Therapie begonnen: Tr. opii spl. gutt. V dreimal täglich in steigender Dosis.

In den nächsten 14 Tagen änderte sich das Bild in keiner Weise, die Kranke irrte ziellos, aber nie in wilder Unruhe, im Zimmer umher, mit denselben wischenden oder greifenden Handbewegungen und mit ununterbrochenem Gelispel, das nach wie vor unverständlich blieb. Nur in seltenen Momenten war es möglich, ihre Aufmerksamkeit vorübergehend zu fixiren.

Am 2. December sah ich sie zum ersten Male, als ich Nachmittags vertretungsweise die Krankenvsiste machte. Sie sass mit einem Tuche um den Kopf da und bewegte beständig unruhig die Hände und Finger an ihren Kleidern hin und her. Der Gesichtsausdruck erschien verstört, doch nicht eigentlich von einem Affect beherrscht. Die dargebotene Hand hielt sie krampfhaft fest. Sie sagte auf Befragen, dass sie Kopfschmerzen habe, wusste nicht anzugeben, wie lange sie schon hier sei und lispelte einige unverständliche Worte. Gegen 12 Uhr Nachts wurde ich auf die Abtheilung gerufen, weil Patientin plötzlich im Bette sich aufgestellt hatte und unter lebhaften Gesticulationen laut schreiend zu predigen begonnen hatte, so dass sie alle Mitpatientinnen aus dem Schlafe aufstörte. Ich fand sie schon insoweit beruhigt, dass sie nur noch halb aufgerichtet im Bette sass und nicht mehr (nach Aussage der Wärterin) so laut wie vorher schrie. Sie perorirte beständig in salbungsvollem Kanzelton, dabei immer mit beiden Armen entsprechend gesticulirend, liess sich durch Anreden und Fragen nicht stören, nur manchmal tauchten einzelne, durch das zu ihr Gesagte angeregte Worte in ihrer predigtähnlichen Rede auf. Sie sprach langsam, mit gehobener Stimme, exquisit pathetisch jedes Wort betonend, zwangsmässig; dabei kehrten beständig ähnliche Wendungen und Sätze wieder. Es gelang, folgendes wörtlich zu notiren: (Warum sind Sie denn so laut, Frau Klose?) „Ich freue mich in dem Herrn, ich bin so gerecht hier. Gottes Hilfe ist gerecht. Lobet den Herrn in allen Landen. Her zu mir alle, die ihr gerecht seid!“ — (Aber Frau K., wer wird denn so laut sprechen, jetzt in der Nacht?) „Wer hat mir denn so alle Nacht hier so gepredigt und so vorgeleuchtet? Der Herr Jesus Christus, der geboren ist in dem jüdischen Lande. Soll ich Unrecht leiden, Unrecht leiden, Unrecht leiden, ich bin gerecht. Wo soll ich Schuld haben, ich weiss nichts. Es sind

hier schon um dieselbe Verbigeration handelte, welche im späteren Verlaufe so deutlich hervortrat. Bei etwas oberflächlicher Beobachtung, die sich mehr an den Totaleindruck hält, werden solche Kranke leicht als ängstlich agitirte Melancholiker imponiren. Vergl. Brosius l. c. p. 374: . . . „oder man sieht öfters den in sich versunkenen Kranken leise die Lippen bewegen, und sieht und hört man genau zu, so entdeckt man wohl, dass es für eine gewisse Zeit unverändert dieselben Lippenbewegungen, dass es dieselben Worte sind, welche der Kranke flüstert, unzählige Male hintereinander. Und hielt man etwa den schweigsamen, in sich versunkenen, regungslos dasitzenden Kranken für melancholisch, so wundert man sich, wenn es Worte und Sätze sind, die einen schmerzlichen Inhalt des Vorstellens nicht beweisen, wie es z. B. in dem citirten Falle die Worte waren: „Gescheidter Karl“ oder „Gott, wie schön!“ welche die Kranke dutzend Male hintereinander vor sich hinflüsterte.“

die drei Könige, es sind die drei Weisen aus dem Morgenlande, das sind die drei Könige. — Die Hand, das ist die rechte, das ist meine rechte Hand. Es sind keine Lügen, die Lügen wird der Herr richten.“ (Zu mir gewendet:) „Sie sind Lehrersohn; Sie sind ein gerechter Mensch, ein gerechter Sohn, ein gerechter Lehrersohn. So wie der Herr es verheissen hat, so hat er mich aufgerichtet, schon alle Nächte hier aufgerichtet, dass Niemand verdammt werden wird. Nur der Herr wird richten. Das wissen Sie, das wissen Sie, dass meine Sprache verstummt war, das haben Sie gesehen und gehört, aber jetzt hat mir der Herr die Sprache erworben und wieder aufgerichtet, laut und richtig, und mit Freuden wollen wir dann singen laut in der Kirche: Lobet Gott, ihr Christen allzugleich in seinem höchsten Thron, der hört euch laut im Himmelreich und schickt uns seinen Sohn.“ — (Wissen Sie, wo Sie hier sind?) „Ja, das ist hier des Herren Hand, ich bin unschuldig und gerecht hierher gekommen, und freue mich in dem Herrn. Da hat er mich jetzt aufgerichtet, und wird mich auch noch viele Mal aufrichten. Es ist ein falscher Mensch, der hat mich wollen so nehmen hier, das ist hier nicht, das ist hier nicht, hier nicht. Gottes Hand ist nicht hier und so wollen wir miteinander zusammen fröhlich Gott loben und danken; das will Niemand, Gottes Hand ist gerecht, sie richtet und rechtet . . .“ Nach Injection von 0,025 Morphinum trat nach 20 Minuten Beruhigung und später auch Schlaf ein. Das Gesicht war nicht besonders congestionirt, Puls 76 Schläge pro Minute, voll, Pupillen sehr weit.

3. December. Heut Vormittag irrte Patientin wie gewöhnlich unstät im Zimmer umher, mit den Fingern sich unruhig bewegend, und beständig vor sich hin lispelnd. Das Meiste blieb unverständlich, doch immer wieder hörte man die Worte: „gerecht, richtig, gerichtet.“ — Auf Fragen keine Antwort. — Später betheiligte sie sich in höchst mechanischer Weise am Federschleissen, ohne ihr lispelndes Sprechen aufzugeben.

4. December. Sitzt am Tische mit abwesendem Blick vor sich starrend, dabei immerfort die Finger bewegend und vor sich hinflüsternd. Als ihr die Hand gereicht wurde, sagte sie in monotonem Flüstertone: „Das ist die rechte Hand hier, die rechte Hand, die rechte Hand . . .“ lispelt unverständlich weiter . . . „ich bin ganz gerecht hier, ganz gerecht hier. Sie haben mir aufgeholfen in dem Irrthume. Ich bin ganz gerecht hier . . . Sie haben mich aufgerichtet. Gottes Hilfe richtet auf. Wir sind ganz gerecht hergekommen. Es kommt in den Menschen, ehe er's denkt, ehe er's denkt. Es ist so hineingekommen, auf der Bahn sind wir gefahren, auf der Bahn sind wir gefahren, aber Gottes Hand . . . die rechte Hand . . . gerecht . . .“ So geht das monotone Gelispel weiter, unbekümmert um die Umgebung oder Anreden. Nur durch besonders markirte Anrufe lässt sie sich vorübergehend fixiren.

Seither haben sich die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes andauernd bis heut — d. h. durch länger als ein Vierteljahr — erhalten. Patientin läuft unstät und unaufhörlich lispelnd umher; von ihrem monotonen Gemurmeln ist durch ganze Wochen hindurch trotz grosser Bemühungen gar nichts zu verstehen, dann gelingt es wieder einmal einzelne Worte aufzufassen, und es zeigt sich alsdann aus der häufigen Wiederholung derselben, dass es sich um eine continuirliche Verbigeration handelt. Dabei hat sich eine schon früher ange deutete Bewegungstereotypie in hochgradiger Weise ausgebildet. Unablässig werden einzelne Finger an Nase und Mund geführt, und dann in eigenthümlicher Weise in den halbgeöffneten Mund gesteckt, wie wenn sie darauf pfeifen wollte. Sie ist mit Koth und Urin äusserst unreinlich, meist sehr widerstrebend, und eine intercurrirende, in Chloroformnarkose ausgeführte Operation eines abscedirten Atheroms am linken Oberschenkel hat nicht den geringsten Einfluss auf den

Krankheitszustand geübt. Eine Wiederholung des lauten zwangsmässigen Predigens hat nicht stattgefunden. Die Nahrungsaufnahme hat sie nie anhaltend verweigert; meist muss ihr jedoch das Essen — mindestens die ersten Bissen — gereicht werden.

Der vorstehend mitgetheilte Fall ist noch nicht abgeschlossen. Möglicherweise folgt noch ein ausgeprägtes Stadium der Attonität nach¹⁾. Jedenfalls ist schon jetzt die lange Dauer anhaltender Verbigeration von Interesse. Wenn wir die bisher von der Kranken dargebotenen Erscheinungen überblicken, so wüssten wir im Anschluss an die landläufige Classification der Psychosen nicht eine Rubricirung des Falles vorzunehmen, während andererseits Verlauf und Symptome durchaus charakteristisch sich einfügen in die Krankheitsform der Katatonie.

Wir haben schon oben hervorgehoben, dass die pathetische Stimmungsfarbe verschiedenartig zur Aeusserung gelangen kann. Zur Illustration hierfür sei noch aus der Krankengeschichte eines anderen hier noch in Behandlung stehenden Katatonikers eine kurze Schilderung angeführt.

Dieselbe betrifft den Böttchergesellen Josef Harbig aus Bielen-
dorf, welcher schon vor drei Jahren — damals im Alter von 17 Jahren
stehend — an einer, wahrscheinlich als Katatonie aufzufassenden,
geistigen Störung erkrankte, aber nach elfmonatlicher Anstaltsbehand-
lung genas. Seit dem 12. Mai vorigen Jahres befindet er sich von
Neuem in hiesiger Anstalt. Seit Monaten zeigt derselbe ein eigen-
thümlich träumerisches, entrücktes Wesen, liegt fast den ganzen Tag
auf den Knien, oder nimmt sonst die absonderlichsten Stellungen ein
und verharret in denselben mit Hartnäckigkeit. So legt er sich z. B.
auf den Rücken und streckt die Beine stundenlang möglichst senkrecht
in die Höhe und dergleichen mehr. Fast bei jeder diesbezüglichen
Prüfung seines Muskelverhaltens ergab sich eine mehr oder minder
hochgradige, aber mindestens andeutungsweise vorhandene Biegsam-
keit. Negativistische Strebungen und allerhand Tics bei der Nahrungs-
aufnahme fehlen gleichfalls nicht. Dieser Kranke lispelt nun ebenfalls
seit Monaten in eigenthümlicher, abgebrochener, schwer verständlicher
Weise vor sich hin, und es folgt hier wörtlich das, was ich vom 2. bis
11. März in das Journal eingetragen habe.

2. März 1887. Patient kniet mit träumerisch benommenem Gesichtsaus-
druck am Fenster. Man hört die Kirchenglocken läuten. Er that nun, von dem
Arzte angeredet, nach und nach folgende Aeusserungen. (Das, was der Arzt zu

¹⁾ Seitdem obiger Satz niedergeschrieben wurde, sind reichlich 4 Monate
verflossen; es sei daher gestattet, nachzutragen, dass inzwischen ein Zustand von
Attonität mit völligem Mutacismus bei der Patientin sich ausgebildet hat und
noch jetzt besteht.

ihm sagt, wird nicht reproducirt, weil die Antworten fast nie darauf Bezug nahmen. Es sind mehr monologisirende Aeusserungen, die in einem äusserst wehleidigen Flüstertone, nur eben verständlich vorgebracht wurden. Es ist im Folgenden alles notirt, was er überhaupt sagte.) „Die sollen mit dem Läuten aufhören.“ — „Ich will sterben, ich will der Mutter Gottes dienen; ich habe eine Weh-Moral!“ — „Meine innere Brust ist wund!“ — „Bestellen Sie ein Schöffengericht!“ — „Ich komme nicht mehr heim!“ — „Mein Schwindel ist giftig; ja, mein Schwindel ist giftig!“ — „Sperren Sie mich hinauf auf den Ziegelboden! Zie—Ziegelboden — Zigeuner. — Ich bin ein Zigeuner!“ — „Helfen Sie mir durch eine Weh-Moral!“ — „Ich bin gebrandmarkt, gebrandmarkt!“ Die Aeusserungen erfolgten sehr langsam, abgebrochen, stossweise und sichtlich mit Anstrengung.

4. März. Ebenso wie vorgestern. (Kennen Sie mich?) Schüttelt mit dem Kopfe. — (Wo sind Sie hier?) „Ich bin im Elend.“ — (Das ist doch keine Ortsbezeichnung!) „In einem elenden Erdenthal.“ — „Ich komme nicht überein, überein mit meinen Brüdern.“ — „Ich bin ins Unglück gefallen.“ — (Wie ist denn das gekommen?) „Wenn ich noch einmal ein Haus, ein Haus könnte finden, einen Schutz!“ — (Wogegen denn?) „Ich finde nicht mehr den Ordensmann.“ — „Meinen kleinen Bruder Albert will ich noch einmal finden!“ — „Schäffer habe ich gemacht und ich bin Böttchergeselle.“ — (Sind Sie schon Geselle gewesen?) „Ich verstehe dieses nicht.“ — (Greift sich an das rechte Ohr und spreizt, wie schon vorher mehrere Male, in einer plötzlichen, aber nicht heftigen Bewegung die Finger der linken Hand.) „Die Ohren sind verstummt.“ — (Haben Sie Schmerz in den Ohren?) „Ich bin eine kranke Seele.“ — „Ich möchte noch einmal meinen Herrn Pfarrer sehen!“ — (Wie alt sind Sie denn?) „Ich bin uralt, ich bin uralt, ich bin uralt, alt.“ — (Wie lange sind Sie schon hier?) „Ich bin hier, bin hier in einer Gruft; ich bin schon von unendlich hier, von unendlich, un—unendlich hier.“ — „Die katholischen Brüder will ich noch einmal finden, katholischen, katholische Schule, katholische Schulmeister.“ — „Wenn ich nur nicht verloren, auf ewig, auf ewig, Ewigkeit, verloren, gefunden.“

Abends: Steht stumm und regungslos, aber etwas in sich zusammen-gesunken nahe der Thür mit schmerzlichem Gesichtsausdrucke, bei starrem ins Leere gerichtetem Blicke. Giebt keine Antwort.

6. März. Kniet im Zimmer umher, lispelt von Zeit zu Zeit etwas. Trüber, ins Leere gerichteter Blick.

7. März. Kniet.

8. März. Steht in sich versunken, ziemlich unbeweglich, aber ohne gespannte Gliederhaltung.

9. März. „Ich lebe im Verbrecherthum.“ Liest einen Brief, den er von Hause erhalten hat. „Ich werde nicht mehr heimkommen; ich richte den Speer gegen mich.“

10. März. Kniet stundenlang, sträubt sich, wenn man ihn aufheben will; spricht nicht.

11. März. „Herr Arzt, ich gehe mit Ihnen, ich will, ich will hinauf, ich will meine Brüder, ich will meine katholischen Brüder sehen; oben, oben, oben hinauf will ich, ich will oben schlafen, oben schlafen.“

Die vorstehenden Sätze, welche ich zur Kennzeichnung der eigenthümlichen und für Katatonie charakteristischen Stimmungslage, in welcher der Patient sich befindet, mitgetheilt habe, enthalten vielfach

Andeutungen von Verbigeration. An anderen Tagen fand sich dieses Symptom noch besser entwickelt; so hat der Oberwärter unter dem 27. Januar dieses Jahres notirt:

Patient spricht etwas verständlicher und zwischen jedem Worte eine längere Pause haltend:

„Ge—gebt — m—mir — mein — Sc—Sca—Scapulier, — da—da—damit — ich ge—gesund — ge—gesund — werde.“

Vorstehenden Satz hat er den ganzen Nachmittag gebetet.

Wir gelangen nunmehr zu der Mittheilung desjenigen Falles, dessen Beobachtung den Anstoss zu der vorliegenden Arbeit gegeben hat. Derselbe ist nach unserer Ansicht am meisten geeignet, den Werth des Krankheitsschemas der Katatonie darzuthun, obwohl einige nicht recht zum typischen Krankheitsbilde passende und auch nicht erklärte Complicationen bei demselben vorhanden waren und andererseits eine Anzahl wichtiger Symptome vermisst wurden. Trotzdem werden wir sehen, dass ein Verständniss für den eigenartigen Krankheitsverlauf nur gewonnen werden kann im Hinblick auf die bekannten Erscheinungen der Katatonie.

XII. Fall. Heredität und Vorleben. Marie Kupka, ledig, 32 Jahre alt, Nähterin, stammt aus einer somatisch und psychisch gesunden Familie. Die Eltern sind beide noch am Leben und befinden sich ebenso wie die fünf Geschwister der Kranken in völligem Wohlbefinden. Als Kind soll sie Masern und Scharlachfieber gehabt haben, seit dieser Zeit von acuten Krankheiten frei geblieben sein. Doch habe sie in den letzten Jahren an einem hässlichen Husten ohne Auswurf gelitten, welcher anfallsweise aufgetreten sei und trotz vieler Medication nicht habe beseitigt werden können. — Bezüglich der Erziehung der Kranken ist nichts Besonderes zu bemerken, sie entsprach den knappen, aber nicht gerade ärmlichen Vermögensverhältnissen der Familie. Als Schülerin zeichnete sie sich nicht aus, blieb aber auch nicht zurück. Schwere Gemüths-erregungen sind niemals an sie herangetreten. Doch wird ihr Wesen als von jeher „eigenthümlich“ bezeichnet, sie war still und leicht verletzlich. Ihre Constitution muss als erethisch bezeichnet werden, da sie zu Kopfcongestionem neigte und, wenn sie aus dem kalten in ein sehr warmes Zimmer kam, leicht in Ohnmacht fiel. Dasselbe passirte ihr, wenn sie Blut sah.

Krankheitsbericht bis zur Aufnahme. Mitte März 1886 fiel eine früher nie beobachtete grosse Vergesslichkeit an der Kranken auf, sie wusste nicht mehr, was sie den Augenblick zuvor gemacht hatte, starrte ins Leere; gleichzeitig wurde sie still, sass theilnahmlos da, lächelte zwischendurch ohne Ursache und wollte ein paar Mal ausgehen, ohne zu wissen, wohin? Sie stand des öfteren von der Arbeit unmotivirt auf, sah zum Fenster hinaus, setzte sich dann wieder hin, endlich liess sie die Arbeit ganz liegen und verbrachte den grössten Theil des Tages schlafend zu Bette. Bei eingehenderem Fragen, so berichtet Dr. L. unter dem 3. April 1886, erzählt sie, sie sehe öfters Engel und den lieben Gott. Diese sprächen zu ihr und erzählten ihr, die Menschen hätten ihr Böses nachgesagt und sie des Diebstahls und anderer unrechter Dinge bezichtigt. Dafür werde sie Gott zu einer reichen und angesehenen Person machen. Sie wurde mit der Notiz: „Acute hallucinatorische Verrücktheit mit dubiöser Prognose.

Indessen berechtigen die Art und Dauer der Störung zu Anstellung von Heilversuchen“ zur Aufnahme in die hiesige Heilanstalt angemeldet und am 20. April in dieselbe aufgenommen. An demselben Tage traf ein Brief des behandelnden Arztes Dr. L., von welchem der obige Bericht stammt, ein, folgenden Inhalts: „Frl. Marie K. von hier, welche morgen in die Anstalt eingeliefert wird, fasste ich ursprünglich, wie auch der von mir entworfene Fragebogen besagt, als acute hallucinatorische Geisteskrankte auf. Nun war der Verlauf insofern ein merkwürdiger, als die Patientin auffallend viel über unerträgliche Kopfschmerzen klagte, manchmal bedenklich schlafsuchtig erschien und, trotzdem sie stark hallucinirte, weder Stimmungswechsel noch Bewegungsdrang, sondern völlige Apathie zeigte. Auch hat sich die von Anfang an bestehende Pupillendifferenz zu Ungunsten der rechten Seite nicht geändert. Ich habe die Patientin mehrmals geaugenspiegelt und eine etwas starke Gefäßfüllung namentlich auf der linken Papille, sonst aber nichts Charakteristisches gefunden. Bei alledem kann ich mich des Verdachtes nicht erwehren, ob es sich hier nicht um mehr als eine einfache Psychose, nämlich um einen Tumor cerebri handelt.“

Der Transport in die Anstalt verlief ohne Störung, abgesehen davon, dass Patientin sich während der Fahrt erbrechen musste. Die sie begleitenden Angehörigen erwähnen noch, dass Patientin gut gegessen habe, angeblich sogar mehr als in gesunden Tagen. Auch sei eine Zunahme der Körperfülle während der Zeit der Krankheit unverkennbar hervorgetreten. Die Pupillendifferenz sei schon mit Beginn der Erkrankung von den Eltern bemerkt worden. Bezüglich des Verhaltens gelegentlich der Aufnahme ist notirt: Die Kranke sitzt ziemlich stuporös da, angeredet antwortet sie auf einfache Fragen correct, klagt über Kopfschmerzen, giebt zu, dass sie Engel gesehen, die auch mit ihr gesprochen hätten, lässt sich aber weiter nicht auf den Inhalt ihrer Sinnestäuschungen ein. Geht ruhig mit auf die Abtheilung.

Unter dem 7. Mai wird auf eine Anfrage nach dem Befinden der Patientin geantwortet, dass dieselbe „während ihres bisherigen Aufenthaltes in der Anstalt ein völlig in sich versunkenes und theilnahmloses Verhalten gezeigt hat. Sie sitzt den ganzen Tag über still und regungslos da, beschäftigt sich mit nichts und blickt starr vor sich hin. Eine Unterhaltung mit ihr zu führen, gelingt nicht, da sie den Sinn der an sie gestellten Fragen nur ganz unvollkommen aufzufassen scheint. Seit etwa 8 Tagen lässt sie regelmässig den Urin unter sich, zeitweise auch den Stuhlgang.“

Am 20. Mai nahm Dr. Simon, zweiter Arzt an hiesiger Anstalt, folgenden Status praesens auf:

Patientin ist eine kräftig gebaute, etwas corpulente Person. Hautfarbe im Allgemeinen blass, im Gesicht mit einem Stich ins schmutzig Graue. Sichtbare Schleimhäute ebenfalls blass. Muskulatur nicht sehr kräftig, an den oberen Extremitäten dürtiger entwickelt als an den unteren. Ruhig und in sich versunken, ohne den Blick einmal nach rechts oder links zu wenden, starr auf einen Punkt, auf den Erdboden blickend, sitzt die Kranke sich selbst überlassen auf ihrem Platze, spricht kein Wort, lässt den Kopf etwas vornüber und die Arme am Leibe herunterhängen, oder die Hände ruhen auf den Knien. Beim Aufheben der Arme und namentlich des Kopfes muss ein leichter Spannungsgrad der Schulter- und Nackenmuskulatur überwunden werden. Gesicht und Hände fühlen sich etwas feucht an. Temperatur normal. Der Gesichtsausdruck ist ein gleichgültiger, stumpfer und träumerischer. Abgesehen von einem zeitweisen Lächeln ist ein Mienenspiel nicht zu bemerken. Der Schädel ist wohlgeformt und zeigt keine Besonderheiten. Gesichtshälften symmetrisch. Bei emporgerichtetem Kopfe ist der Blick starr ins Leere gerichtet.

Augäpfel leicht prominent, frei und gleichmässig in allen Axen beweglich. Augenlidspalten auffallend gross und gleich. Spannungsgrad der Bulbi normal. Während bei diffusem Lichte die l. Pupille eine etwa mittlere Weite besitzt, so ist die r. Pupille nahezu ums Doppelte erweitert und erweist sich sowohl bei directer Beleuchtung wie bei reflectorischer Reizung vom linken Auge aus und auf Convergenzstellungen der Augenaxen als vollkommen reactionslos. Die l. Pupille reagirt dagegen prompt sowohl auf directen Lichteinfall wie auf reflectorische Reizung vom anderen Auge aus und bei Accommodationsbewegungen. Die ophthalmoskopische Untersuchung, die sich beiderseits relativ leicht ausführen lässt, ergiebt rechts wie links leicht gelblich verfärbte Papillen mit etwas verwaschenen Contouren. Der Füllungsgrad und die Anordnung der Retinalgefässe haben nichts besonders Charakteristisches. Sehvermögen scheint auf beiden Augen gleich gut und nicht wesentlich beeinträchtigt zu sein. Die Nase ist dick und etwas kolbig. Die Nasolabialfalten sind beiderseits wenig markirt, rechts noch etwas besser als links, und wird der rechte Mundwinkel beim Lachen etwas höher gezogen als der linke. Die Zunge zeigt geringen weisslichen Belag, wird ruhig, ohne Zitter- und Zuckbewegungen hervorgestreckt, weicht aber mit ihrer Spitze deutlich nach rechts ab. Das Zäpfchen steht schief nach rechts hinüber. Das Gaumensegel hebt sich beim Intoniren gleichmässig und ausgiebig. Am Ober- und Unterkiefer, den Zähnen und Ohren nichts Bemerkenswerthes. Hals kurz, leichte Struma mit besonderer Entwicklung der seitlichen Lappen. Brustkorb gut gebaut; Lungen anscheinend gesund. Herzdämpfung nicht deutlich abzugrenzen aber nicht vergrössert; Ictus cordis weder sicht- noch fühlbar. Herztöne deutlich und rein. Radialarterie von mittlerer Weite und Spannung, Puls regelmässig, ziemlich kräftig, 72 Schläge in der Minute. Leber nicht vergrössert, Abdomen weich, nirgends auf Druck empfindlich. An den unteren Extremitäten keine Oedeme. Urin wasserhell, blassgelblich, specif. Gewicht 1011, frei von Eiweiss. Der Gang der Patientin ist leicht schleppend, ohne Schwankungen und ataktische Erscheinungen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen kein Schwanken. Mit leichter Mühe vermag die Patientin mit dem rechten wie mit dem linken Beine auf einen Stuhl und wieder herunter zu steigen, muss sich dabei aber an der Stuhllehne anhalten. Tremor der Extremitäten besteht nicht. Intendirte Bewegungen vermag die Patientin mit den Extremitäten wie mit dem Kopfe und dem Rumpfe recht wohl auszuführen, ohne dass hierbei etwas Anderes als eine gleichmässige Trägheit bei jeder Bewegung zu constataren wäre. Bei der Apathie der Kranken verharret, nachdem eine Bewegung von ihr ausgeführt worden ist, das betreffende Glied gewöhnlich in der neuen Lage, bis das Ermüdungsgefühl oder die Aufforderung, eine andere Position einzunehmen, sie veranlasst, dem Gliede eine andere Lage zu geben. So bleibt die Kranke, wenn man sich ihre Zunge hat zeigen lassen, meist mit zum Munde herausgestreckter Zunge noch einige Minuten lang sitzen. Eine ausgeprägte kataleptische Muskelstarre existirt nicht. Die Prüfung der Sensibilität wird durch die traumartige Benommenheit der Patientin wesentlich erschwert; ihre Angaben sind zum Theil direct widersprechend. Doch kann man aus der grossen Zahl von Einzelversuchen wenigstens den Schluss ziehen, dass Tasteindrücke von verschiedenster Intensität allenthalben empfunden und im Allgemeinen auch richtig localisirt werden, dass aber die Fähigkeit, die Intensitätsgrade zu unterscheiden, wesentlich herabgesetzt ist. Es werden leichte Berührungen mit einem Wollfaden und einem Haarpinsel ebenso prompt wahrgenommen, wie Nadelstiche; ob aber die Berührung mit einem harten oder weichen Gegenstande ausgeführt worden, ob man sich des spitzen oder stumpfen Endes der Nadel bedient habe, wird fast regelmässig falsch angegeben. Ueberall kann man die Nadel durch

die ganze Dicke der Haut stossen, ohne dass die Kranke eine Schmerzensäusserung macht oder auch nur eine Miene verzieht. Noch unsicherer werden die Angaben der Kranken beim Versuche, die Grösse von Tastkreisen zu bestimmen. Die electrocutane Empfindlichkeit bei Application des electrischen Pinsels ist relativ gut erhalten, indem die Kranke auch bei schwachen Strömen die Empfindung als eine stechende bezeichnet. Das Kniephänomen ist beiderseits deutlich nachweisbar, das Fussphänomen ist nur andeutungsweise vorhanden. Der Händedruck ist beiderseits ein ganz schwacher. Bei geschlossenen Augen verwechselt die Kranke bei wiederholt mit ihr vorgenommenen passiven Lageveränderungen der Glieder häufiger die Begriffe von rechts und links, vermag aber jede ihr aufgebene Bewegung mit den Armen und Beinen richtig auszuführen.

Die Kranke, deren äusseres Verhalten ein völlig apathisches, in sich versunkenes ist, vermag die an sie gerichteten einfachen Anfragen richtig aufzufassen und correct zu beantworten. Eine Unterhaltung mit ihr gelingt jedoch zu verschiedenen Zeiten nicht gleich gut. Während sie heute ihre Personalien zutreffend angiebt, einige richtige Angaben über den Verlauf ihrer Krankheit macht und sich als recht wohl orientirt erweist, hatte sie gestern auf die meisten der ihr vorgelegten Fragen weiter nichts als ein leises Ja oder Nein oder ein leichtes Kopfnicken zur Antwort. Zu anderen Malen beantwortete sie eine und dieselbe Frage bald affirmativ, bald negativ und ganz automatisch, je nach der Art der Fragestellung. Eine constante Klage sind die Kopfschmerzen, an denen sie, wie sie heute angiebt, etwa seit Februar ds. Js. leiden will. Diese Schmerzen sitzen nicht an einer bestimmten Stelle, sondern im ganzen Kopfe. Die Kranke ist wiederholt unrein gewesen mit Urin und einige Male auch mit Koth, und schien an den Tagen, an welchen sie sich verunreinigte, die Bewusstseinstrübung und Apathie eine besonders tiefe zu sein. An einem solchen Tage hat sie auf Geheiss resp. Dictat die nachstehenden Schreibversuche gemacht. Nur ein einziges

unbarm } = unglücklich.
unbarm }
Moritz August Johannsen
54 Artillerie = Artillerie.

Mal, und zwar im Anfange ihres Hierseins, hat sie es bisher zu einer mehrstündigen geordneten Beschäftigung (Stricken) gebracht. Seitdem beschäftigt sie sich mit gar nichts, erklärt sich zu jeder Arbeit ausser Stande, ohne hierfür einen näheren Grund anzuführen, und ist mehr oder weniger auf die Pflege Anderer angewiesen.

24. Mai. Das äussere Verhalten der Kranken ist an den letzten beiden Tagen etwas zugänglicher gewesen; bei der Unterhaltung ging sie sogar einige Male auf Spässe ein, indem sie laut dazu lachte.

26. Mai. War beim gestrigen Besuche ihrer beiden Schwestern ziemlich lebhaft und beantwortete die meisten der an sie gestellten Fragen langsam und mit leiser Stimme, aber correct.

31. Mai. Sass in den letzten Tagen fast stets theilnahmlos und in sich versunken da und stützte den Kopf in die Hand, beschäftigte sich mit nichts und klagte beständig über Kopfschmerzen. Zum Essen, An- und Auskleiden musste sie stets aufgefordert werden, verunreinigte sich öfters mit Urin und einmal grob mit Koth.

10. Juni. Zeigt seit einigen Tagen ein viel regsameres Verhalten. Sie

29. Juni. Am 26. d. M. hat sie auf Aufforderung des Arztes abermals einen Brief geschrieben, dessen Facsimile hier folgt. — Bis heute ist eine

Leipzig den 26. 86,

26/7 86 Meinem lieben gütlichen Eltern

*Meinem Vater ist mein Antwortreiben
auch sehr zu nütze. Sind angenommen wird
auch es pflanzt, sehr pflanzt. in nützlich
und jetzt in Handlungen kommen. (Vergleiche
dieses Schreiben) angenommen sein in nützlich
den Brief liest mich auf grüßen*

Ihre erliebte Sohn. Ihr lieber Vater,

wesentliche Aenderung nicht eingetreten. Die Kranke beschäftigt sich fleissig mit Stricken, ist, wie es scheint, in gleichmässig ruhiger, heiterer Stimmung, theiligt sich zuweilen von selbst an der Unterhaltung, zeigt sehr guten Appetit, hat auch an Körpergewicht etwas zugenommen, bleibt aber dabei, dass sie nicht schlafen könne, obwohl sie die ganze Nacht hindurch ruhig und mit geschlossenen Augen im Bette liegt. Kopfschmerz soll nicht mehr aufgetreten sein. Der Eindruck, den sie aber stets macht, ist derjenige einer gewissen Benommenheit, die Bewegungen gehen wie das Sprechen langsam von statten und haben etwas Automatisches.

6. Juli. Das äussere Verhalten ist sich im Wesentlichen gleich geblieben; bei der heute mit ihr angestellten Prüfung localisirt sie Tastempfindungen im Wesentlichen richtig und schnell, ohne sich eine Verwechslung von Rechts und Links zu Schulden kommen zu lassen; ebenso hebt sie, als sie aufgefordert wird, die rechte bezw. die linke Hand zu erheben, stets die richtige Extremität. Die Physiognomie hat etwas Freundliches aber Schlaues. Das Verhalten der Pupillen zeigt gegen früher keine Aenderung. Kein Kopfschmerz.

11. Juli. Gestern fiel im Verhalten der Patientin eine vermehrte Verwirrtheit und Unruhe auf. Sie lief ab und zu von einem Platze zum anderen, nahm die ihren Mitkranken gehörigen Handarbeiten weg, ihre Antworten erfolgten viel langsamer als sonst, waren aber im Allgemeinen richtig. Meist sass sie ohne jede Beschäftigung, apathisch auf ihrem Platze mit vornüberhängendem, leicht congestionirtem Kopfe, der sich nicht heiss anfühlte. Kopfschmerzen sollen nicht bestehen. Hat sich heute wiederholt mit Urin im Wachsaa, wohin sie seit gestern Abend dislocirt werden musste, verunreinigt; hat angeblich gut geschlafen.

15. Juli. Sitzt fast den ganzen Tag still und in sich versunken auf ihrem Platze, ohne über irgend etwas zu klagen, spricht spontan kein Wort, antwortet in der Regel erst auf mehrmaliges Befragen, erklärt, ihr fehle nichts, aber arbeiten könne sie nicht. Häufige Verunreinigung mit Urin, „sie wisse nicht, wenn der Urin abgehe“.

18. Juli. Ist heute Nachmittag öfters von einem Platze zum anderen gelaufen, hat sich mehrere Male ihrer Kleider entledigt und sich auf eine Bank ausgestreckt.

19. Juli. Sitzt mit vergnügtem Gesichte im Garten im Grase, hat sich die Strümpfe ausgezogen. Nachmittags singt sie viel und laut, ist zu Spässen aufgelegt, fühlt sich angeblich ganz gesund und verunreinigt sich wiederholt.

20. Juli. Die Kranke ist erheblich stärker verwirrt als vordem und dabei in einer stets gehobenen heiteren Stimmung, lacht viel, schwatzt allerlei Unsinn, zieht sich Schuhe und Strümpfe aus. Das Gesicht ist congestionirt, die Augen glänzen, Neigung zum Witzeln und sich in die Unterhaltung Anderer einzumischen, indem sie die Fragen, die gar nicht an sie gerichtet sind, aufsnappt und schnell, freilich in einer meist albern und kindischen Weise, beantwortet. Appetit und Schlaf lassen nichts zu wünschen übrig. Kopfschmerzen werden je nach der Fragestellung, bald zugegeben (mit lachender Miene), bald in Abrede gestellt.

23. Juli. Hat sich ausgezogen. (Warum ziehen Sie sich aus?) „Weil ich muss.“ — (Wer befiehlt's Ihnen denn?) „Der Mann.“ — (Welcher Mann?) „Der von der Bahn.“ — (Warum denn?) „Weil man's mir geheissen hat.“ — (Wo ist denn der Mann?) „Er ist fortgegangen.“ — (Ist er hier gewesen?) „Ja.“ — (Wo sind wir hier?) „In Leubus.“ — (Was machen Sie denn hier?) „Arbeiten.“ — (Sind Sie deswegen hier?) „Ja.“ — So folgen, man mag fragen, was man will, Schlag auf Schlag Antworten auf Fragen. Das ganze Krankheitsbild trägt einen stark maniakalischen Zug.

30. Juli. Die starke Verwirrtheit bei einer gleichmässig heiteren und euphoristischen Stimmung dauert an und ist mit einer leichten motorischen Erregung verknüpft.

3. August. Patientin singt heute wie auch gestern schon mit einer durchdringenden Stimme immerfort dieselben Lieder, dabei in langsamem Schritte im Zimmer auf und ab wandelnd, die Haare aufgelöst, die Augen glänzend. Das Ganze macht einen zwangsartigen Eindruck.

4. August. Patientin redet unaufhörlich in einem stark pathetischen Tonfalle, der noch dadurch etwas Eigenthümliches erhält, dass die Silben deutlich scandirt werden. Mit gehobener, leicht singender Stimme, in declamatorischer Weise fügt sie Satz auf Satz, wie z. B. folgendermassen: „Ich war das einzige Kind reicher Eltern. O, Herr Doctor! Ich habe einen einzigen Vater; es ist ein guter alter Vater. Ich blühte heran zu einer Jungfrau; ach Herr Doctor, haben Sie meinen Mann gekannt? Es war der Doctor Berger. Es war ein Arzt, ein lieber Arzt. Er ward mein Mann, wir lebten unendlich glücklich, mein guter einziger Mann. Er war ein Arzt, das einzige Kind reicher Eltern; mein Vater ist ein Kaufmann. O, Herr Doctor! ja er ist ein Kaufmann, er lebt in Berlin!“ Und so geht es, fast immer in denselben Worten sogar ganz stereotyp weiter.

5. August. Bei der Visite bricht Patientin in ein convulsivisches Schluchzen aus, in ganz ähnlicher Weise wie gestern beständig declamirend; nur dass der Ton heute nicht ein freudig gehobener, sondern ein schmerzlich erregter ist. Die Worte werden wie unwillkürlich, triebartig hervorgestossen.

6. August. Patientin hat sich ein wenig beruhigt; doch ist ihr Gesamtzustand unverändert. So oft sie des Arztes ansichtig wird, tritt sie vor ihn hin, und sagt mit langsamem scandirendem Tonfalle und eigenartigem Pathos: „Herr Doctor, verschaffen Sie mir eine Lage Wolle! Herr Doctor, ich möchte arbeiten! Herr Doctor, können Sie mir eine Lage Wolle verschaffen?“ Diese Bemerkung wiederholt sie in kurzen Zwischenräumen wohl an die zwanzig Male. Sie fällt

der Umgebung so lästig, dass sie aus dem Wachsaaale in die Clausenabtheilung dislocirt werden muss.

10. August. Nicht sehr verändertes Krankheitsbild. Seither beständiges Declamiren derselben Sätze. Dabei tritt nunmehr ein erotischer Zug deutlich hervor.

11. August. Die Erregung äussert sich jetzt auch mehr in der motorischen Sphäre. Beständige Unruhe, dabei kommt eine Art „Stellungs-Nymphomanie“ (Neumann) zur Erscheinung. Sie macht wollüstige Bewegungen, forcirte Muskelcontractionen, wobei namentlich die Muskulatur der unteren Extremitäten stark in Action tritt. Morphiuminjection von 0,025 g schafft keine Linderung der Erregung.

Nachzutragen ist, dass in den letzten Tagen mehrmals vorübergehend eine Dilatation auch der linken Pupille hervortrat.

Nachmittags: Patientin hat mehrfach erbrochen, das erste Mal etwas gallig gefärbten Speisebrei; die beiden nächsten Male nur schleimige Flüssigkeit. Puls nicht sehr kräftig. 84 Schläge in der Minute.

12. August. Die motorische Unruhe der Patientin dauert in der oben beschriebenen Weise an; trotz 8 g Paraldehyd hat Patientin wenig oder gar nicht geschlafen. Beständige Declamationen fast immer derselben Sätze.

13. August. Patientin ist so unruhig, dass eine Injection von 0,05 g Morphium gemacht wird. Nach derselben keinerlei Beruhigung. Nachmittags steigert sich der Bewegungsdrang der Patientin, welche sich beständig an der Erde herumwälzt und den anderen Kranken die Kleider zerreisst, derartig, dass sie isolirt werden muss. Bei der Abendvisite zeigt sich Patientin in der hochgradigsten Erregung, liegt auf der Erde, Jactationen der Extremitäten, die fast krampfartig erscheinen, folgen ununterbrochen aufeinander; einen Becher Wasser, den sie flehentlich erbittet und den sie mit gieriger Hast ergreift, ist sie ausser Stande zu leeren, weil die Unruhe ihrer Muskulatur sie beständig hin und her schleudert, die Augen glänzen, das Gesicht ist blass, sie macht ab und zu Brechbewegungen, wobei aber blos etwas Speichel zum Munde herausläuft. Dabei spricht sie keuchend in pathetischem Tone unzusammenhängende halbe Sätze, immer wieder die gleichen, wobei zumeist die in den letzten Tagen gesprochenen wiederkehren: „Ich war die einzige Tochter — ein alter reicher Vater — ich hatte gebrochen — eine blühende Jungfrau.“ Eine Morphiuminjection wurde nicht gemacht, weil die linke Pupille stark verengt war; auch die rechte, die sonst immer extrem weit und starr war, war etwas enger als gewöhnlich und reagierte deutlich, als die Lampe herangebracht wurde. Sie erhält 2 g Chloral und nach einer Stunde noch 1,5 g ohne die geringste sedative Wirkung. Wird ins Seegras gelegt.

14. August. Sie hat die ganze Nacht unausgesetzt auf der Erde herumgewirthschaftet und sich trotz einer ungewöhnlich grossen Portion Seegras am ganzen Körper blaue und rothe Flecke zugezogen. Heute noch unverändert. Abends von 5—6 Uhr eine Priessnitz'sche Totaleinwicklung, wobei 2 Wärterinnen ihr Kopf und Füsse halten müssen. Die Zunge ist braun, trocken, rissig. Die Lippen gleichfalls mit fuliginösem Belag bedeckt. Abends zeigt sich Patientin, die auf der Erde sitzt, in derselben Erregung, aber schon sehr erschöpft, die Bewegungen sind weniger intensiv, aber ebenso continuirlich, die Stimme ist rau und heiser, sie perorirt andauernd in gleicher Weise. Patientin, die am Tage mit einem Schmutzkittel (geschlossenem Rock) bekleidet war, wird wieder ins Seegras gelegt. Sie erhält zunächst 2 g Chloral.

15. August. Auch 2 weitere Gramm Chloral, die ihr verabreicht wurden, er-

zeugten keinen Schlaf. Heute im Ganzen das gleiche Bild schwerster motorischer Unruhe; doch erfolgen die Bewegungen in grösseren Zwischenräumen; spricht beständig in abgerissenen Worten, welche Fragmente der von ihr in den vergangenen Tagen beständig wiederholten Sätze darstellen.

17. August. Patientin hat bisher noch nicht geschlafen, obwohl die einstündige Einwicklung gestern Nachmittags wiederholt wurde und sie Abends 2 g Chloral combinirt mit 0,02 g Morphinum erhielt und dann später noch 1 g Chloral. Gegessen hat Patientin gestern und heute nichts, da sie, wie sich beim oft versuchten Trinken zeigt, unfähig zu sein scheint, geordnete Schluckbewegungen zu machen. Heute Nachmittag zeigten sich die Pupillen beiderseits völlig gleich, ziemlich weit; beide scheinen zu reagiren. — Abends einstündige Totaleinwicklung, sodann 0,04 Morphinum subcutan und 1 g Chloral per os. — Kein Schlaf.

19. August. Andauernde Erregung. Patientin sitzt auf der Erde, schlägt mit den Händen von Zeit zu Zeit um sich; die Bewegungen der Extremitäten erinnern an klonische Krämpfe, die des Rumpfes mitunter an tonische Contractionen. Dabei spricht sie beständig in halben Sätzen, wie oben geschildert. Zu den stereotypen anderen Sätzen ist ein neuer hinzugekommen: „Es brannte ein Haus. Ich habe ein Haus brennen sehen. Sahen Sie ein Haus brennen?“ Es scheint manchmal, als wenn Patientin hallucinirt wäre; von Zeit zu Zeit hält sie im Sprechen inne, horcht auf und fragt dann: „Hörten Sie rufen? ich hörte rufen.“ Patientin fiebert offenbar, sie fühlt sich heiss an, der Puls ist beschleunigt. Die Lippen trocken, Zunge bräunlich, belegt. Einen ihr gereichten Trunk Wasser schluckt sie nur zum kleinsten Theile herunter, das meiste lässt sie neben dem Becher zum Munde herausfliessen, zum Theil sprudelt sie es heraus, nachdem sie es vorher im Munde behalten. Doch zeigte sich deutlich, dass sie zu schlucken vermag. — Gegessen hat sie gestern nichts, auch von Milch, die ihr gegeben, hat sie nur wenig genommen.

In den nächsten Tagen hielt das Fieber, das freilich nicht thermometrisch constatirt werden konnte, an. Die Untersuchung, so unvollkommen dieselbe auch nur möglich war, ergab deutlich eine rechtsseitige Pneumonie. Die Kräfte nahmen zusehends ab, dabei bestand die Bewegungsunruhe fort und auch das pathetische Declamiren derselben Sätze dauerte — man kann wirklich sagen — bis zum letzten Athemzuge unverändert an. Am 25. August erfolgte der exitus letalis.

Die Section, welche am folgenden Tage gemacht und welcher nicht ohne Spannung entgegengesehen wurde, enttäuschte hinsichtlich des Hirnbefundes völlig. Schädeldach und Dura mater ohne Abnormitäten. Die Pia mater an der Convexität nirgends getrübt oder verdickt, an der Basis zeigte das von der Medulla obl. zum Kleinhirn herüberziehende Blatt eine mehr sehnige Beschaffenheit. Die venösen Gefässe waren als dicke blaue Stränge in extremem Füllungszustande angetroffen, in den Maschen des Arachnoidealraumes fand sich viel seröse Flüssigkeit. Die Pia mater war überall leicht und ohne Substanzverlust abzuziehen, nur an dem Präcentralgyrus und an der ersten Stirnwindung der linken Seite haftete sie etwas fester, aber auch hier waren die Adhärenzen relativ leicht zu lösen. Die Windungen waren deutlich ausgeprägt, mässig zahlreich. Die Rindensubstanz zeigte normale Zeichnung und nirgends eine Verschmälerung. Die Hirnsubstanz war durchweg stark durchfeuchtet. Die Seitenventrikel enthielten ein wenig vermehrte und leicht flockig getrübe Flüssigkeit, das Ependym war glatt. Nirgends Heerdekrankungen nachweisbar. Die Basilararterien zeigten keine atheromatöse Entartung. — Der Befund an den übrigen

Organen war kurz folgender: An der rechten ganzen Lunge und links im Unterlappen eine Pleuropneumonie, links im Stadium der Anschoppung, rechts graue Hepatisation. Ausserdem zeigten sich in der rechten Lunge 2 hämorrhagische Infarcte ziemlich frischen Datums. Die zu diesen Stellen (im Mittel- und Oberlappen) führenden Arterienlumina durch rothe Blutgerinnsel geschlossen, während die Arterien, die vom Hauptstamme aus präparirt wurden, sonst durchweg frei von Gerinnselbildung waren. Herz ohne Besonderheiten, insbesondere der Klappenapparat intact. In der Milz eine tief eingezogene Narbe. Die linke Niere wies einen Infarct auf, welcher etwas älteren Datums zu sein schien; das Oberflächen-niveau an dieser Partie nicht prominent, sondern eingesunken. Die rechte Niere zeigte sich total durchsetzt von älteren und frischeren Infarcten, so dass sie ein ganz buntes Aussehen bot. Als Ursache fand sich in der Aorta ascendens, an welcher auch sonst an mehreren Stellen die Intima atheromatöse Plaques zeigte, da wo sie eben beginnt den Bogen zu bilden, ein etwa 4 cm langes, der Wand fest anhaftendes älteres Gerinnsel. Dasselbe war an seinem peripheren Abschnitt bröcklig zerfetzt und in toto canalisirt. Man konnte eine mässig dicke Sonde durch dasselbe hindurchführen. Die übrigen Organe, insbesondere die virginalen Genitalien, boten keine Abnormitäten dar.

Versuchen wir ein Verständniss des vorstehenden Falles zu gewinnen, indem wir von den durch Kahlbaum's Monographie uns überlieferten symptomatologischen und nosologischen Errungenschaften vor der Hand abstrahiren, so stossen wir auf nicht geringe Schwierigkeiten nicht bloss hinsichtlich der Diagnose, sondern auch schon hinsichtlich der Analyse der einzelnen Stadien der Krankheit.

Anfänglich zeigt die Patientin einen Zustand schwerer Benommenheit, in welchem die psychischen Leistungen auf ein niederes Maass eingeschränkt sind, allgemeine Apathie, stumpfes, dumpfes, träges Hinbrüten, sehr verlangsamte und unvollkommene Apperception. Unfähigkeit zu jeglicher Beschäftigung, fast völliger Mangel an psychomotorischer Initiative, äusserste Wortkargheit. Die Sinnestäuschungen, welche anfangs bestanden und auch zugegeben wurden, waren später nicht mehr vorhanden oder zum mindesten so wenig hervortretend, dass sie jedenfalls nicht zur Erklärung für das übrige psychische Verhalten dienen können. Im Ganzen erinnerte das Gesamtbild am meisten an die Krankheitszustände, welche von einer Reihe von Autoren unter dem wenig glücklich gewählten Namen der primären Dementia sogar als selbstständige Erkrankungsformen beschrieben werden. Andererseits konnte der hartnäckige, unerträgliche Kopfschmerz im Verein mit dem abnormen Pupillenverhalten und den Lähmungserscheinungen im Gebiete des N. facialis den Gedanken an einen Tumor cerebri sehr wohl nahelegen, wenn auch freilich die Frage der eventuellen Localisation desselben völlig offen bleiben musste. Sieht man sich wiederum die schriftlichen Productionen der Kranken an, so lassen die unregelmässig geformten und unsicheren Schriftzüge, wie nament-

lich das Fehlen vieler Buchstaben und halber Worte, die Vermuthung der progressiven Paralyse aufkommen. Auch mit dieser Annahme würden Kopfschmerz, Pupillendifferenz und Lähmungserscheinungen sehr wohl vereinbar sein. Der Gang der Patientin wird als nicht ataktisch geschildert, aber er hatte immerhin etwas Auffallendes, Schleppendes, und wenn man hinzurechnet, dass namentlich bei Frauen die Erscheinungen, in welchen sich die paralytische Krankheit manifestirt, von der klassischen Form vielfach abweichen, so konnte diese diagnostische Vermuthung nicht ohne Weiteres von der Hand gewiesen werden.

Wie aber steht es mit dem zweiten, oder wenn wir die sich dazwischen schiebende Phase scheinbar beginnender Remission mitzählen wollen, mit dem dritten Stadium der Krankheit?

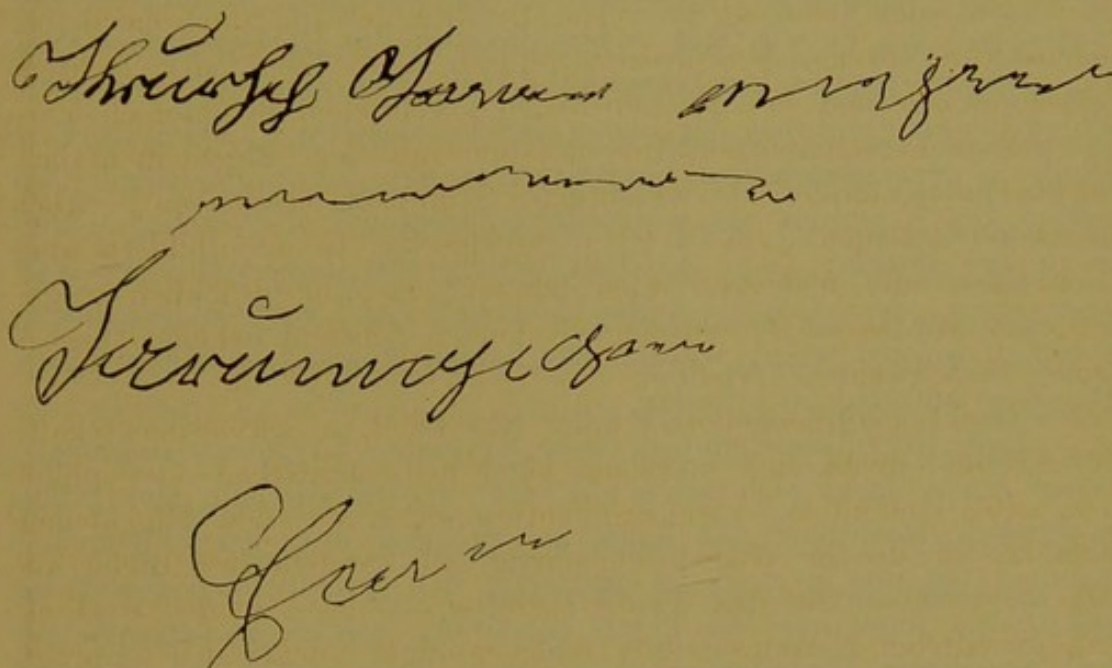
Eine zusammenfassende Bezeichnung lässt sich überhaupt wohl nicht finden, welche die eigenartigen Erscheinungen in sich zu begreifen vermöchte. So viel ist unzweifelhaft, dass der Grundzug des Verhaltens von einer maniakalischen Erregung gebildet wird. Aber mag die im obigen Berichte gegebene Schilderung des Zustandes auch eine, wie ich selbst, der ich sie seiner Zeit angefertigt habe, am besten fühle, recht unvollkommene sein, mag auch ein getreues Abbild der Wirklichkeit nicht daraus entnommen werden können, so viel, meine ich, geht deutlich auch aus ihr hervor, dass es sich um einen von der ächten oder einfachen Manie himmelweit verschiedenen Zustand handelt. Das langsame pathetische Recitiren sinnloser Sätze, die sich fortwährend wiederholen, welches in ununterbrochener Folge, Tag und Nacht, drei Wochen lang bis zum Tode anhält, das Zwangsmässig-Automatische dieser Sprachbewegungen, das ebenso wie das an den vorhergehenden Tagen producirt triebartige Singen etwas unbeschreiblich Starres, Unheimliches an sich trug, im Verein mit den gleichförmigen monotonen convulsivischen Tobbewegungen gewährte ein Krankheitsbild, welches wir den landläufigen und allgemein anerkannten psychiatrischen Krankheitsformen vergeblich anzureihen bemüht sind.

Sobald wir uns dagegen die durch Kahlbaum geschaffene Symptomatologie der Katatonie zu Nutze machen, sehen wir, wie die Analyse dieses Zustandes zwangslos sich ergibt, wie das auffallende Gesamtbild sich ohne Mühe und Künstelei in einfache wohlbekannte Phänomene auflöst: Nach dem Eingangsstadium einer Attonität mittleren Grades haben wir eine katatonische Manie, in welcher die symptomatischen Züge der pathetischen Ekstase und der Verbigeration sich in exquisiter Entwicklung ausgeprägt finden.

Haben wir somit auch ein volles Verständniss für die Gesamtbilder, welche die Patientin dargeboten hat, gewonnen, so können wir doch nicht übersehen, dass, wie wir schon in den den Krankheits-

bericht einleitenden Worten hervorhoben, sich unerklärte Complicationen finden, welche den Fall zu einem Curiosum gestalten.

Die Heftigkeit und Hartnäckigkeit der Kopfschmerzen ist auffallend. Das Pupillenverhalten und die Lähmungserscheinungen sind unerklärt. Ganz besonders aber sind die schriftlichen Productionen der Kranken merkwürdig. Für die an einzelnen Tagen während der Attonität beobachtete völlige Unfähigkeit, spontan und auf Dictat zu schreiben (vergl. p. 75), kann ein Pendant in der Leistung eines anderen Katatonikers (Krusch) beigelegt werden. Dasselbe stellt den



The image shows three distinct handwritten samples in cursive script. The top sample is a long, flowing line of text that is mostly illegible due to extreme cursive and some ink bleed-through. The middle sample is a shorter, more compact line of text, also in cursive, which is slightly more legible but still difficult to decipher. The bottom sample is a single, large, stylized letter or initial, possibly 'G', written in a very fluid and somewhat abstract cursive style.

Versuch des betreffenden, im Stadium der Attonität befindlichen Kranken dar, die Antwort auf einen Brief, welchen er von Hause erhalten, zu schreiben.

Eine analoge Production aber, wie die beiden ersten Briefe des Kupka sie darstellen, ist uns in keinem anderen Falle entgegengetreten¹⁾. Es lässt sich nicht leugnen, dass die Aehnlichkeit mit Briefen paralytischer Kranker eine frappirende ist, und es bleibt uns nur übrig, an die interessanten Fälle von Knecht²⁾ zu erinnern, welche auch vorläufig als casuistische Curiositäten betrachtet werden müssen. Jedenfalls können wir auf Grund unserer gesammten sonstigen Beobachtungen nur den Kahlbaum'schen Satz³⁾ bestätigen: „Eigentliche Paralysen kommen bei Katatonikern so selten vor, dass sie als nicht zum Bilde dieser Krankheitsform gehörig betrachtet werden müssen.“

¹⁾ Neuerdings ist ein analoger Fall hier beobachtet worden.

²⁾ Vergl. das Citat auf p. 2. Anm. 1.

³⁾ l. c. p. 51.

Weiter ist merkwürdig an dem Falle Kupka der Verlauf, indem nicht nur ein maniakalisches Stadium vor der Attonität, sondern auch die initial-melancholische Verstimmung vollständig fehlen.

Haben wir trotzdem ein Recht, diesen Fall als Katatonie zu deuten? Dadurch, dass wir denselben hier angeführt haben, haben wir die Frage bereits bejaht; aber wir meinen auch vollständig im Sinne Kahlbaum's zu handeln. Er giebt auf p. 87 folgende „Begriffsbestimmung“ seiner Krankheit: „Die Katatonie ist eine Gehirnkrankheit mit cyklisch wechselndem Verlaufe, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eines oder mehrere fehlen können und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen.“ Auch wenn der Passus: „von welchen psychischen Gesamtbildern aber auch eines oder mehrere fehlen können“ nicht ausdrücklich ausgesprochen worden wäre, würden wir keinen Anstand nehmen, unsere Diagnose aufrecht zu erhalten.

Eine Begriffsbestimmung einer Krankheit im naturwissenschaftlichen Sinne deckt sich nicht mit einer mathematischen oder philosophischen Definition; sie kann naturgemäss nur den allgemeinen Rahmen für die in concreto eigenartig sich darstellenden Bilder abgeben, sie kann nur den Typus normiren, welcher in den wechselvoll gestalteten Einzelprozessen mehr weniger variiert sich ausprägt. Wir unterschätzen keineswegs die Wichtigkeit und Bedeutung, welche für die Auffassung einer Krankheit in der Betonung ihrer charakteristischen Verlaufsweise liegt. Denn hierin ist ein klinischer Ausdruck für den derselben zu Grunde liegenden pathologischen Prozess gegeben. Aber man gehe im Geiste das Register aller bekannten und namentlich der bereits pathologisch-anatomisch fundirten Krankheiten durch, bei denen also die klinische Diagnose autoptisch controlirt werden kann, und prüfe, ob der Verlauf der Einzelfälle ein sich immer gleichmässig wiederholender oder nicht vielmehr ein individuell unendlich wechselvoller ist!

Mit Recht aber sagt Kahlbaum, dass in allen Stadien dieser Krankheitsform (sc. der Katatonie) die charakteristischen Symptome so auffallende sind, dass eine Verwechselung mit anderen Krankheitsformen nicht wohl möglich ist, wenn man die Krankheitsform der Katatonie als solche überhaupt einmal anerkannt und kennen gelernt hat. Und ich möchte diesem Satze noch einen zweiten, freilich zunächst völlig subjectiven hinzufügen, dass nämlich nicht nur die einzelnen Symptome, welche Kahlbaum mit Meisterschaft gekenn-

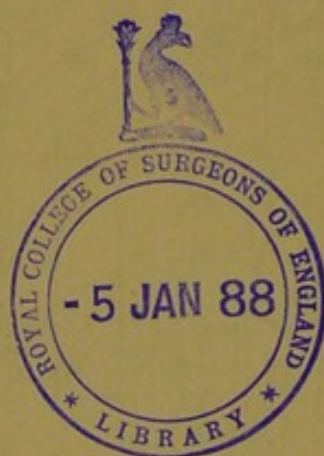
zeichnet hat, so charakteristisch sind, sondern auch das Totalgepräge, welches die Kranken darbieten. Man fürchte nicht, dass ich auf den historisch berücktigten ärztlichen Tact hinauskomme, wenn freilich ich an denselben in gewissem Sinne hierdurch zu appelliren geneigt bin. Nur bin ich mir wohl bewusst, dass das nicht ein mystisches, undefinirbares Etwas ist, sondern dass es sich um die individuell verfeinerte Auffassungs- und Beobachtungsfähigkeit handelt, welche die unendlich vielen kleinen Züge, aus denen jedes Zustandsbild sich zusammensetzt und deren in der klinischen Symptomatologie nicht im Einzelnen Erwähnung gethan werden kann, zu berücksichtigen und diagnostisch zu verarbeiten gelernt hat. Maudsley sagt: „Ich kann nicht umhin zu bemerken, dass die Natur fast in jeder Krankheit, vorzüglich aber im Irresein, in einer Menge weniger hervorstechender Symptome zu uns spricht, die fast immer übersehen werden, da die Aufmerksamkeit fast ausschliesslich auf einige wenige hervorragende Symptome gerichtet ist.“ Ich möchte nun glauben, dass Jeder, der eine grössere Zahl von Fällen von Katatonie mit Aufmerksamkeit beobachtet hat, mir beistimmen wird, wenn ich behaupte, dass nicht nur einige hervorstechende Symptome, sondern die Totalität der Zustandsbilder sich als eine entschieden eigenartige darstellt.

Mit der Anerkennung dieses Satzes aber wird die Existenzberechtigung der Katatonie als selbstständiger Krankheitsform von Neuem ausgesprochen.



THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM THE FIRST SETTLEMENT
TO THE PRESENT TIME
BY
JOHN HUTCHINGS
OF THE BOSTON BAR
IN TWO VOLUMES
VOL. II
BOSTON
PUBLISHED BY
JOHN HUTCHINGS
AT THE SIGN OF THE SHIELD
IN THE CITY OF BOSTON
1796





Remount all, and first only. Remount all &
and first only.
The Government requires a list of
'Remount all, and first only' to be
'Remount all, and first only' to be
'Remount all, and first only' to be
'Remount all, and first only' to be

~~What you
that I have not written
Julius Fine Arts, D. S. C. 2018
17. What you have not written. D. S. C.
D. S. C. 2018
D. S. C. 2018~~

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

2nd Army - 1st Division
 1st Division - 1st Brigade
 1st Brigade - 1st Battalion
 1st Battalion - 1st Company

1. Shelving for books and papers in the library
 2. for the library and for the library
 3. for the library and for the library
 4. for the library and for the library
 5. for the library and for the library
 6. for the library and for the library
 7. for the library and for the library
 8. for the library and for the library
 9. for the library and for the library
 10. for the library and for the library

(Faint handwritten notes, possibly bleed-through from the reverse side)

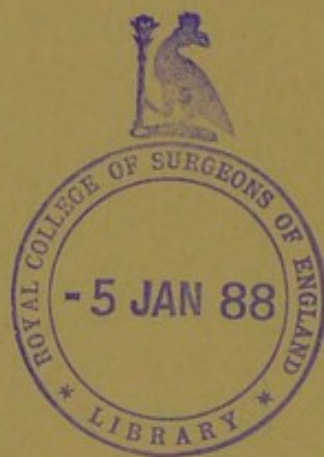
Dear
 Love
 Yours
 Nov 11
 John

~~Com. 2nd~~
~~Com. 3rd~~
~~Com. 4th~~
~~Com. 5th~~
~~Com. 6th~~
~~Com. 7th~~
~~Com. 8th~~
~~Com. 9th~~
~~Com. 10th~~
~~Com. 11th~~
~~Com. 12th~~
~~Com. 13th~~
~~Com. 14th~~
~~Com. 15th~~
~~Com. 16th~~
~~Com. 17th~~
~~Com. 18th~~
~~Com. 19th~~
~~Com. 20th~~
~~Com. 21st~~
~~Com. 22nd~~
~~Com. 23rd~~
~~Com. 24th~~
~~Com. 25th~~
~~Com. 26th~~
~~Com. 27th~~
~~Com. 28th~~
~~Com. 29th~~
~~Com. 30th~~
~~Com. 31st~~
~~Com. 32nd~~
~~Com. 33rd~~
~~Com. 34th~~
~~Com. 35th~~
~~Com. 36th~~
~~Com. 37th~~
~~Com. 38th~~
~~Com. 39th~~
~~Com. 40th~~
~~Com. 41st~~
~~Com. 42nd~~
~~Com. 43rd~~
~~Com. 44th~~
~~Com. 45th~~
~~Com. 46th~~
~~Com. 47th~~
~~Com. 48th~~
~~Com. 49th~~
~~Com. 50th~~
~~Com. 51st~~
~~Com. 52nd~~
~~Com. 53rd~~
~~Com. 54th~~
~~Com. 55th~~
~~Com. 56th~~
~~Com. 57th~~
~~Com. 58th~~
~~Com. 59th~~
~~Com. 60th~~
~~Com. 61st~~
~~Com. 62nd~~
~~Com. 63rd~~
~~Com. 64th~~
~~Com. 65th~~
~~Com. 66th~~
~~Com. 67th~~
~~Com. 68th~~
~~Com. 69th~~
~~Com. 70th~~
~~Com. 71st~~
~~Com. 72nd~~
~~Com. 73rd~~
~~Com. 74th~~
~~Com. 75th~~
~~Com. 76th~~
~~Com. 77th~~
~~Com. 78th~~
~~Com. 79th~~
~~Com. 80th~~
~~Com. 81st~~
~~Com. 82nd~~
~~Com. 83rd~~
~~Com. 84th~~
~~Com. 85th~~
~~Com. 86th~~
~~Com. 87th~~
~~Com. 88th~~
~~Com. 89th~~
~~Com. 90th~~
~~Com. 91st~~
~~Com. 92nd~~
~~Com. 93rd~~
~~Com. 94th~~
~~Com. 95th~~
~~Com. 96th~~
~~Com. 97th~~
~~Com. 98th~~
~~Com. 99th~~
~~Com. 100th~~

[illegible][illegible]

Alb. moll. p.
minim. fult. 2.
Alb. moll. p.
minim. fult. 2.
Alb. moll. p.
minim. fult. 2.

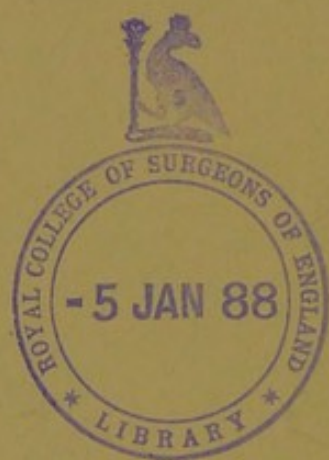
1. First Principle of Geometry
 2. Second Principle of Geometry
 3. Third Principle of Geometry
 4. Fourth Principle of Geometry
 5. Fifth Principle of Geometry
 6. Sixth Principle of Geometry
 7. Seventh Principle of Geometry
 8. Eighth Principle of Geometry
 9. Ninth Principle of Geometry
 10. Tenth Principle of Geometry



[illegible]

Das obige Velle befindet sich in dem Original
in vielfacher Abschrift von Herrn von Pöhlmann.

[illegible]



I have been thinking of you a great deal lately
 and wondering how you are getting on. I hope
 you are well and happy. I have been very
 busy lately, but I have managed to find some
 time to write to you. I have been thinking
 of you a great deal lately and wondering how
 you are getting on. I hope you are well and
 happy. I have been very busy lately, but I
 have managed to find some time to write to
 you. I have been thinking of you a great deal
 lately and wondering how you are getting on.

Erbarmt Euch doch Euer^{er}mt Euch doch

[illegible][illegible]

