

## VIII.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität  
Kiel (Director: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Siemerling).

### Katatonie im Kindesalter.

Von

Prof. Dr. **Raecke,**

Privatdocent und Oberarzt der Klinik.



Die Katatonie gilt vielfach als eine Erkrankung, die sich erst an die körperlichen und psychischen Umwälzungen der Pubertätszeit anschliesst, obgleich schon ihr Begründer Kahlbaum<sup>1)</sup> hervorgehoben hat, dass sie in jedem Alter, „sogar in der Kindheit“ aufzutreten vermag.

Auch Kraepelin, der die Lehren Kahlbaum's weiter ausgebaut hat und die Katatonie als eine Untergruppe des von ihm neu geschaffenen Begriffes *Dementia praecox* aufgefasst wissen will, betont, dass die ersten Spuren dieses Leidens bis in's 14., ja 12. Lebensjahr zurückgehen können<sup>2)</sup>. E. Meyer<sup>3)</sup> hat Katatonie bei Kindern von 12—14 Jahren wiederholt gesehen. Ziehen<sup>4)</sup> gelang es sogar, die Entwicklung der Störung bis in's 7. Jahr zurück zu verfolgen. Freilich habe es sich da um „sehr seltene Fälle“ gehandelt. Ziehen giebt auch eine reiche Literaturübersicht<sup>4)</sup>.

Dagegen glaubt Infeldt,<sup>5)</sup> an der Ziehen'schen Aufstellung einer *Dementia praecox*-Gruppe bei Kindern Kritik üben zu sollen. Eine solche Form der Geistesstörung gehöre kaum dem eigentlichen Kindesalter, nämlich der Zeit vor dem Beginne der Geschlechtsreife, an.

---

1) Kahlbaum, Die Katatonie. Berlin 1874.

2) Kraepelin, Psychiatrie. 7. Auflage. 1904. II. Theil. S. 193.

3) E. Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena 1907.

4) Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. II. Berlin 1904.

5) Infeldt, Beiträge zur Kenntniss der Kinderpsychosen. Jahrbuch für Psych. 22. S. 326.

Aehnlich geht Thomsen<sup>1)</sup> in seiner vortrefflichen Besprechung der Prognose der Geistesstörungen von der Annahme aus, dass die Formen der Katatonie-Gruppe sich erst mit dem 15. Jahre einzustellen pflegten, und Berze<sup>2)</sup> bespricht zusammenfassend das Auftreten von Verblödungsprocessen bei Individuen unter 20 Jahren.

Die meisten psychiatrischen Lehrbücher erwähnen das Auftreten katatonischer Krankheitsbilder im Kindesalter überhaupt nicht. Das hängt wohl zum Theil damit zusammen, dass, wie Berze und Infeldt mit Recht bemerkten, die Kinderpsychosen nicht leicht in die Irrenanstalten gelangen, sondern, wenn überhaupt, in der Regel von den Hausärzten behandelt werden. Auch scheint, selbst in ärztlichen Kreisen, das Vorurtheil verbreitet zu sein, als wären Irrenanstalten zur Aufnahme geisteskranker Kinder nicht geeignet<sup>3)</sup>.

Die zerstreuten casuistischen Mittheilungen in der Literatur rühren daher selten von Spezialisten her und legen auf die klinische Form der Psychose geringeren Werth. In Folge dessen konnte noch kürzlich in einer psychiatrischen Discussion<sup>4)</sup> die Frage aufgeworfen werden, ob nicht kindliches Alter die Möglichkeit der Katatonie ausschliesse. Wurde diese Frage auch übereinstimmend verneint, so ist es doch bemerkenswerth, dass sie erörtert wurde. Jedenfalls lässt sich sagen, dass die Katatonie der Kinder bisher nicht allgemein die Beachtung gefunden hat, welche ihr gebührt. Daher dürfte die Veröffentlichung der nachstehenden zehn Beobachtungen jugendlicher Katatonie aus der Kieler Klinik gerechtfertigt erscheinen.

Vorausgeschickt sei, dass die Krankengeschichten zum Theil gekürzt sind, und dass namentlich aus ihrem Abschnitt über den körperlichen Befund nur das Nothwendigste mitgetheilt ist, um unnöthige Längen zu vermeiden.

### Fall I.

Franz M., 12 Jahre alt, wurde am 27. Mai 1906 in die Klinik aufgenommen.

Nach Angabe der Elten bestand keine Heredität. Patient hat sich normal entwickelt, keine besonderen Krankheiten durchgemacht, sehr gut gelernt. Angeblich war er in der Schule immer der Beste gewesen. Doch galt er bei

---

1) Thomsen, Die allgemeine practische Prognose der Geistesstörungen. Med. Klinik. 1907. No. 45 und 46.

2) Berze, Ueber psychische Störungen des Kindesalters. Separat-Abdruck aus „Saluti juventutis“. Deuticke.

3) Vergl. Gottgetreu, Beitrag zur Klinik der Kinderpsychosen. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62. S. 758.

4) Zeitschr. f. Psych. Bd. 64. S. 883.

den Lehrern, wie sich durch Nachfrage ergab, immer als merkwürdig verschlossen, still und zurückhaltend. Seit 1. April 1906 half er als Dienstjunge beim Bauern, schlief aber Nachts zu Hause.

Am 8. April fiel er mit einer leeren Milchkanne die Treppe hinunter, ohne sich äusserlich zu verletzen. Kein Erbrechen, Schwindel oder Bewusstseinsstörung beobachtet. Hernach keine Klagen. Erst Ende April sehr still und Klagen über Kopfschmerzen. Als er am 24. Mai Abends nach Hause kam, hielt er sich den Kopf und klagte auf Befragen: „Ich kann ja nicht sprechen!“ Im Uebrigen sagte er nur „Ja“ und „Nein“; meist schüttelte er stumm den Kopf. Aufforderungen wurden nicht immer befolgt. Aber am 26. Mai las er noch aus dem Gesangbuch vor.

Bei der Aufnahme stumm, muss zur Abtheilung geführt werden. Steht öfters auf, setzt sich dann wieder.

Status. Kräftig gebauter Knabe von mittlerer Ernährung und normaler Gesichtsfarbe. 80 Pfund. Schädel nirgends auf Druck oder Beklopfen empfindlich. Pupillen mittelweit, gleich, leicht verzogen. Licht- und Convergenzreaction prompt. Facialis rechts  $>$  links. Zunge und Hände zittern. Haut- und Sehnenreflexe lebhaft. Fussclonus angedeutet. Zehenreflexe plantar. Sensibilität und Motilität nicht gestört. Hypochondrien leicht druckempfindlich. Puls 76. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Nennt nach langem Zureden leise und zögernd Namen und Alter. Weiss nicht Wochentag und Monat. Gegenstände richtig, doch erst nach langem Zögern, bezeichnet. Liest flott aus der Bibel. Rechnet leidlich. Erzählt vom Fall von der Treppe. Der Kopf habe nachher weh gethan; jetzt nicht mehr. Gähnt häufig, zeigt eine fast choreiforme Unruhe im Körper. Weiss, dass er vorher nichts gesprochen hat, kann den Grund nicht angeben. Liegt nachher wieder ganz starr und abweisend im Bett, spricht nicht mehr, schreibt nur einmal auf Verlangen seinen Namen. Muss abgeführt werden.

28. Mai. Nachts ruhig geschlafen. Wünscht bei der Visite „Guten Morgen“. Sagt auch, er habe keine Schmerzen. Dann ist er wieder stumm, befolgt aber sonst Aufforderungen. Gähnt viel, isst gut.

29. Mai. Schläft sehr viel. Liegt meist unter der Decke versteckt. Antwortet zuweilen ganz ordentlich, dann wieder gar nicht.

30. Mai. Sehr widerstrebend. Macht immer das Gegentheil von dem, was ihm geheissen wird. Verweigert die Nahrungsaufnahme. Sich selbst überlassen, apathisch.

31. Mai. Fängt Mittags plötzlich an zu singen und zu flöten, wirft sich im Bett umher, schreit sehr laut: „Ich will zu meinem Vater!“ Im Dauerbade Anfangs zornig erregt, schreit, drängt heraus; nachher ruhig. Schläft später im Bett. Die nächsten Tage apathisch.

3. Juni. Freier, geht allein zum Closet. Bei Besuch vergnügt. Isst gut. Hat 2 Pfund zugenommen.

8. Juni. Nachts eingenässt. Sagt, er habe es nicht gemerkt. Theilnahmslos für die Umgebung. Sonst lebhafter. Liest.

15. Juni. Schläft immer noch am Tage viel. Nachts eingenässt. Ant-

wortet meist auf die ersten Fragen nicht, dann bei Zureden richtig, um plötzlich wieder zu verstummen.

16. Juni. Singt zeitweise ein Lied vor sich hin; schliesst dann plötzlich die Augen, liegt stumm da.

18. Juni. Läuft plötzlich zum Pfleger, sagt, es wären Spitzbuben im Zimmer. Legt sich dann wieder apathisch hin im Bett. 84 Pfund.

20. Juni. Spricht mehr mit der Umgebung. Nässt ein.

25. Juni. Steht regelmässig auf, hilft etwas bei der Hausarbeit. Beschäftigt sich auch mit Bilderbüchern. Spricht noch sehr wenig, ist aber zugänglicher. 86 Pfund.

30. Juni. Nachts eingenässt. Sonst freier. Erzählt, er habe bei dem Bauern auch schon im Winter mitunter geholfen. Nach dem Fall habe er keine Kopfschmerzen gehabt. Die seien erst später gekommen. Jetzt habe er keine Schmerzen mehr. Sagt häufig wie ausweichend: „Das weiss ich nicht“.

5. Juli. Hatte Besuch, ist guter Stimmung. Ruhig und geordnet. Giebt bereitwilligst Auskunft. Kann sein Verhalten nicht motiviren. Drängt auf seine Entlassung. 90 Pfund.

6. Juli. Vom Vater abgeholt.

Zu Hause fast sogleich wieder stuporös, so dass ihn der Vater am 11. Juli wiederbringt.

11. Juli. Bei der zweiten Aufnahme wieder einsilbig, gähnt viel. Steht bei der Untersuchung fortwährend auf, will aus dem Zimmer, ohne etwas zu sagen. Nennt Wochentag und Datum falsch. Schweigt oft ganz.

(Wie lange zu Hause?) „Als ich 16 Jahre alt war, kam ich nach“ . . .

(Wie lange zu Hause?) „5 Tage“.

Verstummt dann definitiv. Später äussert er, er sei erst einen Tag entlassen; giebt auch sonst ganz verkehrte Antworten. Isst und schläft gut. Gewicht 93 Pfund.

12. Juli. Freier, sagt, er habe die letzten Tage immer Kopfschmerzen gehabt. Bezeichnet Gegenstände richtig. Giebt aber sonst mitunter noch ganz verkehrte Antworten.

13. Juli. Wimmert heute leise vor sich hin, antwortet nicht auf Fragen. Drängt bei Besuch auf Entlassung.

15. Juli. Zustand wechselt sehr: Bald giebt Patient ordentliche Antworten, bald unzusammenhängend, bald gar nicht. Nachts zuweilen unruhig. Weint zeitweise.

21. Juli. Freier, geht in den Garten. Keine Klagen. Zufriedener Stimmung. Hilft. Steht aber auch noch viel umher.

25. Juli. Abgesehen von seiner Einsilbigkeit dauernd geordnet. Zuweilen vergnügt mit anderen Kranken. Fleissig.

1. August. Unterhält sich mehr mit seiner Umgebung. 94 Pfund.

8. August. Dauernd geordnet. Spricht ohne Zögern. Isst und schläft gut. Etwas stumpfes Wesen. 97 Pfund.

Von den Angehörigen abgeholt.

Gebessert entlassen.

Nach Mittheilung im Januar 1908 ist Patient jetzt völlig wiederhergestellt und lernt fleissig in der Schule. Er klagt nur noch zuweilen über Schmerzen im Hinterkopf.

Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen normal entwickelten 12jährigen Knaben, der in der Schule sehr gut gelernt hatte, und der allmählich in einen Zustand von Stupor mit Negativismus und Mutismus, Stereotypien, Nahrungsverweigerung, Einnässen und gelegentlichen kurzen Erregungen verfiel, so dass man das ausgesprochene Bild einer Katatonie vor sich hatte. Das leichte Trauma, welches volle 9 Wochen vorausgegangen war, dürfte ätiologisch kaum in Frage kommen. Auch von Erschöpfung war keine Rede. Die Ernährung war bei der Aufnahme nicht schlecht, wenn auch in der Klinik eine erhebliche Gewichtszunahme erzielt wurde. Wichtiger erscheint die Angabe der Lehrer, dass der Knabe stets merkwürdig verschlossen, still und zurückhaltend gewesen sei. Man darf hier wohl eine gewisse Disposition zu psychischer Erkrankung annehmen, wenn auch Imbecillität sicher nicht bestand. Die Krankheit hatte sich allmählich mit Kopfschmerzen entwickelt. Patient war immer stiller geworden, bis dann am 24. Mai der Ausbruch mit der merkwürdigen Erklärung erfolgte, nicht sprechen zu können. Die leichten Erregungen beschränkten sich einmal auf zorniges Fortdrängen mit Schreien und Singen, einmal auf ängstliche Unruhe mit der Vorstellung, es seien Spitzbuben im Zimmer. Nur in den ersten Tagen erschien die Orientirung leicht gestört. Die Besserung vollzog sich allmählich. Als die Abholung zu früh geschah, erfolgte ein Rückfall. Bei der Wiederaufnahme kam es zu einer Andeutung von Vorbeireden. Sonst stand dauernd die Hemmung im Vordergrund des Bildes. Zeitweise war trübe Stimmung vorhanden, meist herrschte Affectlosigkeit vor. Bei der 2. Entlassung war eine erhebliche Besserung erzielt. Indessen fiel das etwas stumpfe Wesen auf. Spätere Erkundigungen ergaben, dass Patient ganz wiederhergestellt sein soll.

Freilich sind seit der Entlassung erst  $1\frac{1}{2}$  Jahre verflossen.

## Fall II.

Bertha R., 14 Jahre alt, wurde am 25. Februar 1905 in die Klinik aufgenommen.

Ueber Heredität wenig bekannt. Mutter todt. Vater Potator, kümmert sich nicht um das Kind. Aeltere Schwester epileptisch, eine zweite vor Jahren an „Nervenkrankheit“ gestorben. Patientin war bisher angeblich gesund. Gut gelernt. Stets still, doch sehr gutartig. Noch nicht menstruiert. Kurz vor Weihnachten klagte Patientin über Schmerzen in „den Knochen“, in Brust und Leib. Seither zu Bett.

Vor 14 Tagen plötzlich erregt, schimpfte die Grossmutter, an der sie sonst sehr hing, „altes Weib“, behauptete, dieselbe habe ihr etwas in's Bett gelegt, damit sie nicht mehr gesund werde. Wurde gegen dieselbe aggressiv, sobald sie sie sah, warf mit Geschirr nach ihr. Auch eine Nachbarsfrau, die bei dem Kinde wachte, wurde von ihr als Hexe bezeichnet. Dann wieder sprach Patientin nicht, brütete, ohne zu antworten, stumpf vor sich hin. Schlieft nicht, ass schlecht, hielt den Stuhl an. Schien nicht mehr gehen zu können.

25. Februar. Auf die Abtheilung getragen. Sehr abgemagert: 55 Pfd. Temperatur 37,8°. Pupillen mittelweit, gleich, reagiren. Hirnnerven frei. Presst die Kiefer so fest zusammen, dass der Mund nicht geöffnet werden kann. Alle Glieder krampfhaft gespannt. Kniephänomene erhalten. Zehenreflexe plantar. Reaction auf Nadelstiche nur im Gesicht. Puls 96. Innere Organe, auch Lungen ohne Besonderheiten.

Patientin spricht nicht auf Fragen, widerstrebt, sitzt mit weit aufgerissenen Augen im Bett, fixirt nicht. Es macht den Eindruck, als ob sie Angst habe. Im Bade sagt sie einmal: „Wollt ihr mir alle vergeben?“ und vorher bei der Aufnahme: „Ich bin verhext!“ Sträubt sich sehr gegen Nahrungsaufnahme. Widerstrebt, sobald man sie nur berührt. Hat die Beine angezogen. Als sie aus dem Bett genommen wird, äussert sie widerstrebend: „Nein, das meinte ich nicht!“ Hingestellt, will sie erst nicht stehen, steht dann in ängstlich abweisender Stellung mit geknickten Knien und ruft: „Nein, nein, nein!“

Sitzt Nachts aufrecht, ohne zu schlafen.

26. Februar. Liegt mit ängstlich scheuem Gesichtsausdruck im Bett, schaut im Saale umher, hält die Arme auf der Brust gekreuzt, die Beine angezogen. Widerstrebt sehr, schluckt nicht, Sondenfütterung. Kein Fieber.

27. Februar. Sitzt die halbe Nacht aufrecht im Bett. Eingenässt. Hält morgens beide Hände auf den Leib gepresst, schreit laut; beruhigt sich bald. Sondenfütterung. Unrein mit Koth.

28. Februar. Kramt mit dem Bettzeug, spricht und isst nicht. Sehr widerstrebend. Unsauber.

6. März. Völlig regungslos zu Bett. Alle Glieder gespannt. Widerstrebt. Abends zum ersten Male Temperaturerhöhung bis 37,5°. Die nächsten Tage wieder niedere Temperatur.

11. März. Spricht noch garnicht. Abstinirt. Wehrt sich beim Füttern mit Schlagen und Kratzen. Dauernd unsauber. Wirft das Moos aus dem Bett. Schleudert den Thermometer fort. Gewicht 52 Pfund.

17. März. Spricht heute zum ersten Male und zwar bei der Sondenfütterung: „Geh weg, du alte Kröte mit dem ekligen Kram!“ Geht vom Nachstuhl allein zum Bett zurück. Sitzt dann aufrecht, schaut zum Fenster hinaus. Sehr unsauber. Würgt die Fütterung häufig wieder heraus.

21. März. Beobachtet die Vorgänge in der Umgebung, spricht aber nicht, auch nicht mit der Tante, welche sie besucht. Gewicht 55 Pfund. Temperatur dauernd normal.

31. März. Seit dem 26. d. Mts. allmählich ansteigendes Fieber. Abends, heute zum ersten Male 39,5°. Geringer Husten. Bei dem heftigen Widerstreben

Untersuchung resultatlos. Patientin spricht etwas mit der Pflegerin, erzählt von Schule und Lehrer, möchte in Saale helfen.

6. April. Remittirendes Fieber dauert an. Ueber der linken Lungenspitze deutliche Dämpfung und kleine, mittelblasige Rasselgeräusche. Auswurf nicht zu erhalten. Patientin äussert obscöne Worte, beantwortet Fragen nicht. Erbricht die Sondenfütterung oft. Schläft wenig.

24. April. Beobachtet Vorgänge in der Umgebung. Fordert sich Apfelsinen. Nimmt sonst keine Nahrung. Ruft bei Fütterungen: „Zurück!“ Auf Fragen keine Antwort. Dämpfung und Rasseln über dem ganzen linken Oberlappen. Gewicht 49 Pfund.

28. April. Erzählt spontan der Pflegerin von der Schule. Ruft sonst nur obscöne Wörter. Fieber dauert fort. Kein Auswurf. Wenig Husten. Äussert einmal, sie wolle sterben.

30. April. Zugänglicher, weniger widerstrebend, nimmt etwas Nahrung, äussert einzelne Wünsche. Lungenbefund unverändert. Fieber bis 40°.

3. Mai. Liegt mit über der Brust verschränkten Armen da, den Kopf auf die rechte Schulter geneigt, die Beine angezogen. Giebt die Hand. Widerstrebt noch passiven Bewegungsversuchen. Antwortet nur mit „Ja“ und „Nein“. Verlangt oft nach Wasser und Apfelsinen. Schläft wenig. Puls 120. Abends 40° Temperatur.

8. Mai. Erbricht viel. Athmung angestrengt, oberflächlich. Ueber der linken Lunge vollständige Dämpfung. Kein Athmegeräusch. Puls 140, sehr klein. Temperatur Morgens 38,2°; Abends 40,2°. Kampfer.

9. Mai. Exitus letalis.

Section ergibt verkäsende Pneumonie der ganzen linken Lunge. Vereinzelte frische und verkäste Infiltrate der rechten Lunge. Schwellung der Bronchialdrüsen. Miliartuberculose der Leber. Trübe Schwellung der Nieren. Das Gehirn, 1000 g schwer, zeigt makroskopisch keine Veränderungen.

Es ist ein ungewöhnlich schwerer Fall von kindlichem Stupor, der hier zur Beobachtung gelangt ist. Das 14 jährige Mädchen hatte sich bisher normal entwickelt und in der Schule gut gelernt. Es war noch nicht menstruiert. Für die Annahme einer erbten Disposition sprach neben dem Potus des Vaters die Thatsache, dass eine Schwester epileptisch, eine zweite an „Nervenkrankheit“ gestorben war. Auch diese Patientin war stets auffallend still gewesen. Eine sichere Ursache für die Erkrankung liess sich nicht auffinden. Die Lungentuberculose, welche schliesslich zum Tode führen sollte, trat erst lange nach Beginn der geistigen Störung in Erscheinung. Allerdings hatte das Kind schon zu Beginn der Psychose über Schmerzen „in den Knochen“, in Brust und Leib geklagt, welche nachträglich zu denken geben müssen und nicht kurzweg als hypochondrisch gedeutet werden dürfen. Im Uebrigen war der Beginn mehr paranoid: Beeinträchtigungs-ideen gegen die Grossmutter mit Erregungszuständen stellten sich ein.

Dann folgte der Stupor mit Mutismus, Nahrungsverweigerung, grosser Unsauberkeit, mit heftigem Widerstreben gegen jede Maassnahme und aggressiven Neigungen. Es musste längere Zeit hindurch zur Sondenfütterung gegriffen werden. Wiederholt versuchte Patientin die Fütterung wieder herauszuwürgen. Wie weit ängstliche Vorstellungen bei dem ganzen Verhalten mitspielten, ist schwer zu sagen. Manchmal schien ein depressiver Affect vorhanden zu sein. Auch *Taedium vitae* wurde gelegentlich geäussert. Auffallend war die starke Neigung zur Kopröralie.

### Fall III.

Claus M., 15 Jahre alt, wurde am 25. April 1905 aufgenommen.

Keine Heredität. Normal entwickelt. Gut gelernt, immer der Erste. Nur im letzten Jahre (1904/05) wollte das Rechnen nicht mehr; er behielt auch schlechter. Der Lehrer schob es auf Trägheit. 1902 Scharlach. Seit Sommer 1904 öfters Kopfweh, einmal eine Art Ohnmacht (nicht hingefallen). Blass. Erhielt Eisen. Seit Ostern aus der Schule. Oft zerstreut und in Gedanken versunken. Legte sich im März nach Wortwechsel mit dem Bruder während der Feldarbeit hin, blickte stier. Sprach wenig. Aeusserte zuweilen, er sehe etwas Schwarzes; wollte auf Bäume, auf den Backofen klettern, um es sich zu suchen. Lief wiederholt weg, sagte, er wollte seine Freiheit haben. Phantasirte Abends. Sprach von Spitzbuben und Kaninchen, die garnicht da waren. Wollte ins Wasser gehen, um „den Kopf zu kühlen“. Wurde zu Hause bewacht.

25. April Bei der Aufnahme matt und müde, klagt Kopfschmerzen in Stirn und Schläfen. Antwortet sehr zögernd und einsilbig. Wirft plötzlich das Kopfkissen aus dem Bette. Droht gegen die Decke. Will davon nachher nichts wissen. Wälzt sich umher.

Status: Ziemlich guter Ernährungszustand, 84 Pfund. Blass. Pupillen nicht ganz rund, gleich, reagiren gut. Augenhintergrund frei. Hirnnerven frei. Zunge und Hände zittern. Rinnenförmiger Gaumen. Kein Rachenreflex und Conjunctivalreflex. Schwacher Cornealreflex. Sprache etwas stockend, nasal, Sehnenreflexe lebhaft. Zehen plantar. Motilität und Sensibilität gut. Leichte Hyperästhesie. Innere Organe ohne Störung. Puls 72.

Antwortet langsam, zögernd. Orientirt. Sagt, er möge den Lehrer nicht, habe von ihm zuviel Haue bekommen. Wolle jetzt den verhauen. Droht plötzlich dem Arzt mit der Faust. Sagt u. a., er sei über ein Jahr krank, vergesslich, manchmal schwindlig. Auf die Bäume sei er geklettert, um besser sehen zu können. Sei einmal weggelaufen um den Kopf zu kühlen. Stellt Stimmen in Abrede. Er habe nur manchmal abends Spitzbuben gesehen, die kamen, um dem Vater Sachen zu stehlen.

Im Bett meist ruhig, stumpf; springt aber plötzlich auf, schlägt auf den Tisch, wird gegen seine Umgebung aggressiv. Spricht unverständlich vor sich hin. Abends ängstlich, zittert.



26. April. Apathisch zu Bett, spricht nicht. Die passiv angehobenen Arme verharren längere Zeit in dieser Stellung, sinken dann langsam herab. Nachher antwortet er mit leiser Stimme, will an seine Erregung gestern keine Erinnerung haben.

30. April. Gehemmt. Klagt auf Befragen über Flimmern vor den Augen und Schwindelgefühl. Zeitweise unruhig.

3. Mai. Will hier in den ersten Tagen Gestalten gesehen haben, jetzt nicht mehr. Im Allgemeinen freier; doch Gesicht noch starr.

15. Mai. Heute Klagen über leichte Stirnkopfschmerzen. Sonst freier, guter Stimmung. Schlaf und Appetit gut.

29. Mai. Still, gedrückt, klagt Heimweh. Antwortet zögernd, meist nur mit „Ja“ und „Nein“.

6. Juni. Reizbar. Isst schlecht. Hat 2 Pfund abgenommen. Weint viel. Klagt öfters über Schmerzen im Kopf und Leib.

20. Juni. Heiterer und freier. Keine Klagen. Hat sein Gewicht wieder.

30. Juli. Plötzlich sehr ängstlich, weint. Sieht blass aus. Hat Kopfschmerzen. Gewicht 91 Pfund.

31. Juli. Hysteriformer Anfall: Schreit auf, schlägt mit Händen und Beinen, weint dabei. Lässt sich beruhigen.

10. August. Blass, hält sich viel für sich. Spricht nur wenig und leise. Keine Klagen. Isst gut.

20. September. Leidet öfter an Stuhlverstopfung. Wird dann gleich ängstlich und kläglich. Gewicht 90 Pfund.

20. October. Freier, heiter, unterhält sich mit andern. Spielt gerne Karten. Hilft auf der Abtheilung.

11. November. Dauernd gleichmässig guter Stimmung. Möchte nach Hause. Fühlt sich sehr wohl.

14. November 1905. Von der Mutter abgeholt. Gewicht 94 Pfund.

Januar 1908 theilte der Vater mit, dass Claus im ersten Sommer nach seiner Entlassung gesund und leistungsfähig erschienen sei, dass er aber seit November 1906 wenig Arbeitslust zeige, viel schlafe, oft Kopfweh, kalte Füße und Mattigkeit klage. Wenn man ihm ruhig seinen Willen lasse, komme man noch am Weitesten mit ihm. Im Anschluss an Aerger wollte er sich einige Male Nachts in den Stall legen statt ins Bett; doch hatte er sich dann am nächsten Morgen beruhigt. Eine Stellung habe Claus nicht, er helfe nur hier und da in der väterlichen Landwirthschaft.

Auch bei diesem Patienten handelte es sich um einen von Haus aus gut begabten Knaben. Er war früher immer der Erste gewesen. Der Ausbruch der Psychose vollzog sich nach der Entlassung aus der Schule, als Claus mit Feldarbeit beschäftigt wurde. Indessen ist nichts davon bekannt, dass er besonders angestrengt worden wäre. Gegen eine derartige Entstehungsursache spricht auch der Umstand, dass noch während der Schulzeit die ersten Anzeichen eines Nachlassens der geistigen Fähigkeiten bemerkt worden waren. Das Rechnen wollte nicht mehr.

Der Knabe behielt schlechter. Er litt an Kopfweh, war blass, hatte einmal eine Art Ohnmacht. Er wurde wegen vermutheter Bleichsucht mit Eisen behandelt. Ob der 1902 überstandene Scharlach eine Rolle gespielt hat, lässt sich nicht sagen. Nach der Entlassung aus der Schule fiel das zerstreute Wesen des Patienten auf. Er war oft in Gedanken versunken, sprach wenig. Dann kam es zu verkehrten Handlungen, sonderbaren Aeusserungen. Er phantasirte, lief wiederholt von Hause fort, wollte in's Wasser gehen. Auch in der Klinik wechselten die Zustände von Hemmung und Spannung ab mit plötzlichen impulsiven Handlungen. Anscheinend bestanden auch vereinzelte Hallucinationen. Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Flimmern vor den Augen, kindliche Drohungen gegen Lehrer und Arzt, endlich ein hysteriformer Anfall am 31. Juli vervollständigen das Bild. Nach mehr als halbjähriger Dauer der Krankheit tritt Besserung ein, sodass der kleine Patient entlassen werden kann. Spätere Erkundigungen ergeben leider, dass bereits nach einem Jahre eine abermalige Verschlechterung seines Befindens eingetreten war, sodass er im Januar 1908 fast ganz unthätig zu Hause sass, hypochondrische Klagen äusserte und ein reizbares Wesen bot.

#### Fall IV.

Willy H., 14 Jahre alt, wurde am 9. Oktober 1907 aufgenommen.

Unehelich geboren. Normal entwickelt. Gut begabt. Ruhig und fügsam. Doch von jeher Enuresis nocturna. In der Schule gut gelernt bis Pfingsten, wo er durch schlechtes Schreiben auffiel und wiederholt bestraft wurde. Von da ab zerfahren, niedergeschlagen. Soll sich Sorgen um seine Zukunft gemacht haben. Am 18. und 20. August aus unbekannter Ursache angeblich Blut im Stuhl. Seither besonders niedergeschlagen, weinerlich, schlaflos, lief klagend hinter seiner Pflegemutter her, wie ein kleines Kind, oder sass unthätig herum, äusserte hypochondrische Beschwerden. Der im September zugezogene Arzt fand ihn schlaff und schwankend mit geschlossenen Augen auf einem Stuhle, nahm ihn wegen Hysterieverdachts in's Krankenhaus. Hier war er Tag und Nacht unruhig, lief von einem zum andern, unter Thränen seine Noth und Angst klagend. Er schien zu halluciniren, Vorwürfe zu hören, fühlte sich dadurch bedrückt, weinte viel. Zuweilen sagte er auch, dass er Würmer im Munde und schmerzhaften Druck auf der Brust spüre.

Bei der Aufnahme ängstlich, klagt, er fühle sich so „dösig“ im Kopfe.

Status. Gracil, schlecht genährt. Gewicht 69 Pfund. Schädel hat 52 cm Umfang, ist auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Pupillen nicht ganz rund; links weiter als rechts, reagiren auf Licht etwas träge, auf Convergenz besser. Augenhintergrund nicht verändert. Hirnnerven frei. Steiler Gaumen. Feines Zittern von Zunge und Händen. Kniephänomene fehlen. Sonst alle Reflexe in normaler Stärke. Sprache, Motilität, Sensibilität nicht gestört. Höch-

stens Hyperalgesie, doch wohl psychisch bedingt. Kryptorchismus. Puls 80. Innere Organe ohne Veränderungen.

9. October. Sehr unruhig, rutscht beständig hin und her. Steht öfter auf. Sagt: „Ich bin ganz verrückt! Bin krank!“ Weint, beruhigt sich auf Zuspruch vorübergehend. Rathloser Gesichtsausdruck. Klagt wiederholt: „Ich thu immer so!“ (Nickt mit dem Kopfe heftig.) „Das darf ich nicht!“ Stöhnt. Schwer zu fixiren. Ist orientirt. Macht einzelne richtige Angaben über seine Vorgeschichte, rechnet ordentlich. Verstummt dann schluchzend. Klagt: „Ich rege mich immer so auf.“ Flüstert unverständlich vor sich hin. Nach einigen weiteren richtigen Antworten auf Prüfungsfragen hebt Patient plötzlich die Arme hoch, ruft: „Ich bin ganz verrückt!“ Hebt die Arme seitwärts und beugt sie zur Schulter, sagt: „Als wenn ich ein Wolf wäre, so stelle ich mich an.“ Weint. Auf Aufforderung liest er fließend aus der Fibel, liefert eine gute Schriftprobe. Sagt Zahlen, Wochentage, Monate vorwärts richtig, aber nicht rückwärts. Klagt: „Ich gehorche immer nicht so. Ich bin immer so bange. Ich muss hier weg. Ich weiss, was ich thue.“ (Zeigt mit der Hand nach der Decke.) „Ich will lieber im Bett liegen. Ich mache immer so“ (nickt), „und dann schlucke ich auch so immer nieder.“ In Kopf und Beinen fühle es sich heiss an, im Bauche ganz dick. Es sei alles lose in Armen und Beinen. „Ich geh weg, ich thu immer so!“ Steigt fortwährend aus dem Bette. Nachts ruhiger.

10. October. Kommt oft aus dem Bett, verzieht das Gesicht zum Weinen, sagt: „Ich thu immer so, das darf ich doch nicht!“ (Dreht den Kopf hin und her.) Sagt bei der Visite: „Mir wird so schlecht.“ Breitete die Arme aus, ist gleich wieder ruhig. Will dann fort und arbeiten: „Ihr müsst alles tragen, was ich gethan habe, das weiss ich.“ (Was gethan?) „Ich habe den Kaiser ausgelacht beim Manöver.“ Lacht dann selbst, fragt, ob das Essen bald komme.

12. October. Freier. Unterhält sich mit einem jugendlichen Epileptiker ganz gut.

16. October. Seit gestern wieder steigende Erregung. Läuft zu Aerzten und Pflegern, jammert: „Ich muss hier fort!“ oder „Ich bang' mich so!“ Hört Stimmen, die ihn rufen. Meint, es klopfe jemand mit der Hand. Auf Zuspruch immer momentan beruhigt. Schlaf befriedigend. Puls stets 100—120.

20. October. Still zu Bett. Gedrückte Stimmung. Auf Befragen allerlei Klagen: Er könne nicht gut Luft holen, habe Druck im Magen, Kopfschmerzen, sei ganz verrückt. Appetit und Schlaf gut. Unrein mit Urin trotz regelmässigen Abführens.

22. October. Oefters weinerlich, unruhig: Es komme ihm immer vom Magen „so hoch“. Macht mit den Fingern die Bewegung einer Schlangenlinie von unten nach oben. Es sei so flink, als ob es Thiere wären. Manchmal höre er sprechen: „Kaltes Blut“. „Geh weg!“ „Geh mit!“ und dergleichen. „Als ob ich ganz verrückt bin.“ Setzt sich dann im Bett aufrecht oder läuft leise weinend mit rathlosem Gesicht im Zimmer umher. Klagt auf Zureden: „Mir

ist so bange!“ Lässt sich aber immer vorübergehend beruhigen. Trotz niedriger Temperatur sehr beschleunigter Puls. Zeitweise apathisch.

28. October. Zunehmend gespannter, weniger ängstlich. Regungslose, steife Haltung. Augen geschlossen. Erst auf mehrfachen Anruf öffnet sie Patient. Das Essen muss gegeben werden. Feste Speisen werden nicht gekaut und geschluckt.

29. October. Passiv erhobene Glieder behalten längere Zeit die ihnen gegebene Stellung bei, sinken dann langsam herab. Patient fixirt nicht auf Anruf, hält den Mund fest geschlossen, nimmt auch Flüssigkeiten nicht. Bei passivem Erheben des Kopfes folgt der Rumpf bis zur Hälfte mit, unter sichtbarer Anspannung der Halsmusculation. Keine Reaction auf Nadelstiche. 66 Pfund Gewicht. Sondenfütterung.

31. October. Patient liegt in starrer Haltung, zusammengekrümmt im Bette, die Beine angezogen, im Knie gebeugt, die Füße gestreckt, die Arme über der Brust gekreuzt, die Hände geschlossen. Das Gesicht ist krampfhaft gespannt, die Lippen zusammengekniffen, die Stirn über der Nasenwurzel gerunzelt. Die Augen sind starr aufgerissen, der Blick in die Ferne gerichtet, leer; sehr seltener Lidschlag. Passiven Bewegungen wird Widerstand entgegengesetzt. Dabei richtet Patient nunmehr den Blick auf den Untersucher, ohne den Kopf zu drehen. Auch steigt jetzt der an sich etwas schnelle Puls deutlich an, und das Gesicht röthet sich leicht. Sonst werden Berührungen kaum beachtet, auch Bestreichen der Fusssohle nicht; dagegen Nadelstiche.

Patient nimmt gar keine Nahrung zu sich, presst abweisend die Lippen fest zusammen. Wird ihm mit der Schnabeltasse etwas Flüssigkeit eingegossen, schluckt er nicht, sondern lässt sie wieder herauslaufen. Bei Sondenfütterungen würgt er heftig, windet sich mit den Schultern krampfhaft hin und her, ruft auch einige Male laut „Mama!“ Nachher liegt er wieder apathisch da oder verharret in Stellungen, die ihm gegeben werden. Unsauber. Sträubt sich heftig gegen das Abführen.

5. November. Wieder freier, blättert in einem ihm vorgehaltenen Buche, betrachtet sich die Abbildungen. Muss noch mit der Sonde ernährt werden, da er sonst nichts nimmt. Kein Affect. 67 Pfund.

6. November. Spannung der Glieder verringert. Isst wieder allein. Antwortet auf dringliches Fragen mit Kopfnicken. Giebt die Hand. Richtet sich auf Aufforderung auf. Localisirt Nadelstiche zögernd, doch richtig. Sagt spontan: „Hier ist was drin!“, weist auf die Magengegend. Schreibt seinen Namen. Nässt fortgesetzt ein.

9. November. Frei, guter Stimmung, lacht, unterhält sich etwas, nimmt selbständig Nahrung, geht allein zum Closet. Kann nicht angeben, warum er bisher so abweisend war.

13. November. Tagsüber auf, hilft bei der Hausarbeit. Unterhält sich. Isst und schläft gut. Freundlich. Ruhig, etwas stumpf. 71 Pfund Gewicht.

22. November. Nässt wieder mehr ein. Macht öfters einen ängstlichen, etwas gespannten Eindruck. Kommt abends erregt zum Arzte und sagt, er

habe gehört, es sei einer fortgelaufen. Gar keine Unterlage für diese Behauptung. Puls 90—100. Steht viel in sich versunken umher. Leerer Gesichtsausdruck.

28. November. Gespannt. Leerer Gesichtsausdruck. Stumm. Zeigt einmal mit der Hand langsam nach der Brust. Giebt auf Verlangen die Hand, lässt sie dann in die Luft fahren, ohne sie an den Körper zurückzuführen. Mund halb offen. Essen schlechter. 72 Pfund.

30. November. Wieder munterer. Giebt spontan die Hand. Sagt, er fühle sich wohl. Doch Bewegungen zögernd, steif. Essen besser.

2. December. Gesprächiger. Kann keinen Grund für sein Verhalten neu-lich anführen. Er sei wohl bange gewesen. Isst und schläft gut.

6. December. Freier, beschäftigt sich, nässt aber viel ein. Weiss den Monat noch nicht. Sagt auf Befragen, er habe Anfangs Klopfen in der Brust gehabt. Er habe wohl nicht schlucken können, als er gefüttert sei. Weiss aber, dass er jedes Mal die Zähne fest zusammenbiss. Kann das nicht erklären. Ob er Angst gehabt? „Als ich hierher kam, war ich blos bange. Nachher ging's ganz gut.“

(Unruhe gehabt?) „Es klopfte blos so da im Herzen!“ Weiss nicht mehr, dass er geglaubt, es sei etwas im Magen. Isst gut. Gewicht 74 Pfund.

14. December. Dauernd munter. Lächelt freundlich, wenn man sich ihm nähert. Hält sich auch sauber. Erzählt von der Schule, und dass er zuletzt nicht ordentlich habe schreiben können. Jetzt gehe es wieder. Stets sanft und langsam. Schlaf und Appetit gut. Gewicht 75 Pfund.

21. December. Gleichmässig freundliche Stimmung. Keinerlei Beschwerden. Völlig orientirt. Krankheitseinsicht. Spricht von Entlassung. Gewicht 76 Pfund.

9. Januar 1908. Geordnet. Orientirt.

(Wann zu uns gekommen?) „Das weiss ich nicht. Im November? Oder schon früher?“

(Von wo kamst Du?) „Aus E., aus dem städtischen Krankenhause.“

(Wie hierher?) „Mit dem Krankenwagen.“

(Wann krank geworden?) „Im Hause habe ich schon eine Woche, glaube ich, gelegen.“

(Vorher doch schon krank?) „Ja, ich hatte den Arm durch Tragen vom grossen Block verlähmt, zitterte immer. Ich konnte nicht schreiben.“

Lehrer sei darüber böse gewesen, weil er früher gut geschrieben. Patient habe dann keine Lust mehr gehabt, in die Schule zu gehen.

(Im Krankenhaus ängstlich?) „Ja bischen, ich wollte nach Haus.“ Weiss nichts von seinen hypochondrischen Aeusserungen. Hätte „oben“ schimpfende „Stimmen“ gehört. Das sei jetzt vorbei. An die Aufnahme hier habe er keine Erinnerung. Wisse nur, dass er mit einem Taxameter einen Berg hinauffuhr. Dann wisse er nichts, nichts vom Baden, nur vom Füttern.

(Warum?) „Ich wollte nicht essen.“

(Warum?) —

(Wie war Dir zu Muthe?) „Schlecht.“ Wisse, dass er die Zähne zusammengebissen und ausgespuckt habe.

(Weshalb?) —

(Keinen Hunger?) „Doch, Hunger hatte ich, ich weiss selber nicht, so gediegen!“ Entsinnt sich, dass ein Schlauch da war und ein Glas daran. Das Einführen des Schlauches in die Nase that erst weh, aber sonst „war es nachher ganz schön.“ Es sei angenehm gewesen, wenn die Milch in den hungerigen Magen kam. Kann nicht sagen, warum er nicht trank.

„Der Kopf war nicht schön.“ „Als wenn er so schwer ist; als wenn da was in ist. Ich hab mir wohl Gedanken gemacht.“ Weiss nicht, dass er sich „wie ein Wolf“ gefühlt. Das Kopfschütteln sei wohl eine Angewohnheit gewesen. „Denn nachher war es weg.“ Aengstlich sei seines Wissens ihm in der Klinik nicht mehr zu Muthe gewesen. Die Sache mit dem Kaiser habe er sich eingebildet. Er habe selbst nie den Kaiser gesehen, aber sein Bruder habe als Soldat im Manöver ihn gesehen und davon viel erzählt, auch Bilder mitgebracht. „Das war wohl ein Traum von mir.“

(Lose in den Armen?). „Ja, das weiss ich noch, ich fühlte mich garnicht mächtig in den Armen. Es war als wenn ich ganz schlapp war. Ich konnte wohl sprechen, aber — es kam alles miteinander so. Manchmal blieb ich so stehen, das weiss ich auch noch, dann holte R. (Pfleger) mich wieder.“ (Lacht.) Sei im Zimmer irgendwo steif stehen geblieben, „als wenn ich ganz dösig wäre“.

Im Magen sei es gewesen, als ob da was drin sass. „Ich weiss nicht, was das gewesen ist. Ich fühlte es so innen. Es bewegte sich.“ Das Herz sei ganz gut gewesen. Weiss aber, dass es ihm etwas geklopft habe. Möchte jetzt nach Hause, freut sich auf die Schule. Er komme jetzt in die Confirmandenstunde.

16. Januar 1908. Geheilt entlassen.

Die Beobachtung ist noch zu jungen Datums, um ein abschliessendes Urtheil zu gestatten. Immerhin bietet sie eine Reihe interessanter Momente. Das unehelich geborene, als sehr sanft geschilderte Kind war ebenso wie alle bisher aufgeführten Patienten ein guter Schüler gewesen. Pflingsten 1907 fiel Patient dann durch schlechtes Schreiben in der Schule auf und scheint deshalb wiederholt bestraft worden zu sein. Er wurde niedergeschlagen, sass unthätig umher, zeigte ein kindisches Wesen. Erst später im August soll Patient Blut im Stuhl verloren haben, was also nicht als eigentliche Ursache gelten könnte, selbst wenn es sicher wäre, sondern höchstens eine weitere Schädigung des Nervensystems durch Schwächung gebracht haben dürfte. Vielleicht spielten aber schon damals hypochondrische Befürchtungen mit. Erst im September erfolgte unter der Diagnose Hysterie die Aufnahme ins Krankenhaus, und hier wie in der Klinik bestanden zweifellos hypochondrische Beschwerden. Körperlich fanden sich als Abweichungen von der Norm differente, etwas träge reagirende Pupillen und Westphal'sches Zeichen.

Sonst fehlten dauernd alle Symptome, die auf ein organisches Nervenleiden hinweisen. Weder für Paralyse, noch Tumor, noch Hydrocephalus ist der mindeste Anhalt vorhanden. Auch eine beginnende Tabes ist nicht wahrscheinlich. Ueber Lues ist nichts bekannt. Vielleicht bildeten die erwähnten Symptome, leichte Differenz der Pupillen und Fehlen der Patellarreflexe, nur den Ausdruck einer angeborenen Minderwerthigkeit resp. degenerativen Veranlagung, ebenso wie der Kryptorchismus. Hervorgehoben sei auch die langandauernde Enuresis, die immerhin für eine Schwäche des Nervensystems spricht. Interessant war der Verlauf:

Der Knabe wird zuerst ängstlich, weinerlich, halluzinirt, klagt unangenehme Sensationen, läuft unruhig umher. In der Klinik entwickelt sich ein schwerer Stupor mit *Flexibilitas cerea*, *Negativismus*, *Mutismus* und Nahrungsverweigerung, die sogar zeitweise zur Sondenfütterung zwingt. Einzelne Versündigungsideen erscheinen episodisch, gehen aber nicht tief. Eine anhaltende Depression bestand jedenfalls nicht. Nur ganz vorübergehend kam es zu deutlicher Angsterregung. Mehr Raum nimmt im Krankheitsbilde schon das hypochondrische Moment ein, das mit Zwangsbewegungen einhergeht. Merkwürdig berührt dabei das Krankheitsgefühl: „Ich bin ganz verrückt! Bin krank! Ich rege mich immer so auf. „Ich thu immer so!“ Bemerkenswerth war der sehr frequente Puls. Als Patient anfang zu essen, war die Gewichtszunahme eine ganz erhebliche.

Die Erinnerung für die Zeit des Stupors erwies sich im allgemeinen als eine ziemlich gute. Der Knabe wusste von seiner Nahrungsverweigerung, doch nicht warum er so gehandelt hatte. Er sei hungrig gewesen, habe es angenehm empfunden, wenn man ihm Nahrung eingoss. Er wusste von seinem stereotypen Kopfwackeln und bezeichnete es als eine Angewohnheit. Er wusste von seinem steifen Umherstehen und musste darüber lachen, meinte, das sei „gediegen“ gewesen. Sehr beachtenswerth war die Erklärung, welche er abgab für die Entstehung der Wahnidee, er habe den Kaiser im Manöver beleidigt. Der Bruder hätte ihm viel von einem Manöver erzählt und Kaiserbilder gezeigt. Davon habe er dann in seiner Krankheit „geträumt“.

### Fall V.

Otto R., 12 Jahre alt, wurde am 7. April 1903 in die Klinik aufgenommen.

Angeblich nicht belastet. Normal entwickelt. Früher stets gesund und willig. Lernte in letzter Zeit schlecht. Der Lehrer klagte über mangelnde Fassungskraft. Dem eigentlichen Ausbruch der Psychose soll dann ein Trauma vorausgegangen sein. Die Eltern erzählen, Otto sei von zwei Erwachsenen auf den Kopf geschlagen worden und habe den nächsten Tag über Kopfweh ge-

klagt, geweint, sei im Bett geblieben. Keine sichtbare Verletzung. Kein Schwindel oder Erbrechen. Der zugezogene Arzt hat ihn eine Woche wegen Angina catarrhalis behandelt und, als sich der Zustand nicht besserte, am 1. April in's Krankenhaus geschickt. Hier wollte Patient nicht essen, sass still umher oder suchte plötzlich fortzulaufen. Er war sehr widerspenstig, lag regungslos im Bette, ohne sich zu beschäftigen, musste abgeführt werden. Somatisch nichts Besonderes.

Status: Dürrig genährter, blasser Knabe. Normale Temperatur. Keine Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels. Pupillen gleich, reagiren gut. Gehirnnerven frei. Hypertrophische Tonsillen. Reflexe sämtlich lebhaft. Allgemeine Hyperästhesie; besonders starke Druckempfindlichkeit der Hypochondrien. Innere Organe ohne Besonderheiten.

Einsilbig, stumpf, doch orientirt. Auf weitere Fragen gleichgültiges Antworten mit „Ja“ und „Nein“ je nach Form der Frage. Z. B.: Schwindlig? „Ja“. — Nicht schwindlig? „Nein“. Rechnet richtig. Sagt auch, das Essen habe ihm geschmeckt. Sonst verstummt er. Appetit und Schlaf gut. Zeitweise triebartige Unruhe. Befehlsautomatie.

In den nächsten Tagen allmählich freier. Fällt jetzt aber durch seine Neigung zu verkehrten Antworten auf.

14. April. (Welches Jahr ist jetzt?) „Dass ich meinen Arm ausstrecken muss“. Lässt den passiv erhobenen Arm stehen. Gefragt, warum er das thue, sagt er: „Dass ich mich nicht wieder beschweren thue“.

(„Worüber hast Du dich beschwert?“) „Dass ich meinen Verstand verloren habe“.

(Was ist Berlin?). „Das ist verbrannt“.

Dann auf Zureden: „Eine Hauptstadt“.

(Warum gesagt „verbrannt“?) „Dass ich meine Nase in Acht genommen habe“.

Patient steht den ganzen Tag weinend umher, äussert, er möchte nach Haus. Nässt ein. Macht rathlosen Eindruck.

16. April. Liegt zu Bett in starrer Haltung. Springt zuweilen plötzlich auf, läuft bis in die Mitte des Saals, bleibt dort stehen, geht dann nach einiger Zeit von selbst in's Bett. Antwortet meist: „Das weiss ich nicht“.

18. April. Zeitweise recht unruhig. Dann wieder stuporös.

20. April. Freier. Oertlich orientirt. Behauptet, schon ein Vierteljahr in der Klinik zu sein. „Zuerst war ich in einem Saal, wo mir ein Ding hierher (zeigt Achselhöhle) gesteckt wurde. Der Mann sagte später „36“. Dann wurde ich untersucht und gefragt, ob ich alles so wusste“. (Krank?) „Ich fühle, ich war viel gesunder“. Spricht dann confuse von den erhaltenen Prügeln. Bringt die Monate nicht recht zusammen.

25. April. Besserung hält an. Giebt freundlich die Hand. Zählt die Monate vorwärts und rückwärts richtig auf. Erzählt bald, er sei beim Holzsuchen gefallen; bald, er sei von zwei Männern geschlagen worden.

10. Mai. Geordnet. Sagt heute, er habe beim Holzsuchen mit Kameraden Streit bekommen. Passanten hätten ihn dann geschlagen. Er habe Kopf-



schmerzen zu Hause gehabt. Nach 2 Tagen sei er in's Krankenhaus. (Nicht richtig!). Weiss, dass er Anfangs in der Klinik unruhig war, stellt nur die verkehrten Antworten in Abrede. Erklärt sein Weinen mit Zahnschmerzen; hatte nie darüber geklagt. Stumpfer Gesichtsausdruck. Dürftige Schulkenntnisse. Sauber. Beschäftigt sich fleissig.

18. Mai 1903. „Geheilt“ enthalten.

War zu Hause aber nicht mehr wie früher. Erschien dem Vater albern, kindisch, arbeitete ungern. Nach der Confirmation ging es nicht in einer Stelle beim Bauern. Kam nach Kiel in die Lehre zu einem Klempnermeister. Trieb sich Nachts umher. Seit 8. September 1907 wieder Klagen über Kopfweh, blieb zu Bett. Ass schlecht. Wollte nur Pflaumen und Honig geniessen. Niedergeschlagen, stumpf, unthätig.

13. September 1907. Zweite Aufnahme: Somatisch nichts Besonderes. Klagt auf Befragen über Schwindel und Unruhe. Sagt, er sehe Nachts Gestalten; die Leute sprächen über ihn. Im Kopfe sei alles unklar. Ist einsilbig, stumpf. Weiss nicht, wann er früher in der Klinik war. Sagt, es sei über vier Wochen her. Kennt von keinem Arzt oder Pfleger mehr den Namen. Rechnet sehr mässig. Zeigt geringe allgemeine Kenntnisse.

18. September. Isst schlecht. Spuckt viel. Immer apathisch und wortkarg zu Bette. Fragt nur bei der Visite stereotyp, ob er nicht nach Haus käme. Zuweilen flötet oder singt er plötzlich. Kein Affect.

20. September. Dauernd stumpfes Verhalten. Nimmt an nichts Interesse. Muss zum Essen angehalten werden.

22. September. Etwas freier, doch noch stumpf. Liest und unterhält sich zuweilen. Sauber. Gewicht ist gleich geblieben.

24. September 1907. Vom Vater abgeholt: „Gebessert“ entlassen.

Es lässt sich nicht ausschliessen, dass vielleicht von Haus aus eine leichte Imbecillität bei Otto R. bestand. Dafür sprechen seine recht dürftigen Kenntnisse. Doch sollte Patient erst in der letzten Zeit vor der ersten Aufnahme schlecht gelernt haben. Es ist anzunehmen, dass da bereits die Psychose begann. Die Eltern suchten die Ursache freilich in einem Kopftrauma, von dem aber Sicheres nicht in Erfahrung gebracht werden konnte. Nach allem, was bekannt geworden ist, kann die Miss-handlung kaum sehr erheblich gewesen sein. Andernfalls hätte auch wohl nicht der zuerst zugezogene Arzt auf Grund der geäusserten Klagen nur Angina catarrhalis angenommen. Im Krankenhaus zeigten sich lediglich psychische Störungen, vor allem Negativismus und impulsives Fortdrängen. Im weiteren Verlaufe wechselten dann vor allem Stupor und triebartige Erregungen, ohne aber eine besondere Intensität zu erreichen. Hervorgehoben sei die gelegentliche Neigung zu verkehrten Antworten, die auf Incohärenz zu beruhen schien. Die Erinnerung nach Ablauf der eigentlichen Psychose erwies sich als ziemlich gut.

Das Hauptinteresse, welches aber die vorliegende Krankengeschichte

bietet, besteht darin, dass der Patient nach vier Jahren abermals zur Aufnahme kommt und nunmehr in erster Linie eine erhebliche Herabsetzung seiner geistigen Fähigkeiten gegen früher erkennen lässt, so dass man ohne Kenntniss der Vorgeschichte hätte versucht sein können, die Diagnose einfach auf Imbecillität zu stellen. Höchstens hätten die Apathie und Gemüthsstumpfheit sowie die Neigung zum Stereotypen an eine katatonische Psychose denken lassen. Wir kommen auf die grosse Bedeutung dieser Beobachtung weiter unten zurück. Selbst wenn man annehmen will, dass eine leichte Imbecillität bereits vor Ausbruch der katatonischen Psychose bestanden hätte, bleibt doch zweifellos die That-sache bestehen, dass nach Ablauf des acuten Schubs eine wesentliche Verschlimmerung der Geistesschwäche sich entwickelt hat.

### Fall VI.

Ida Schn., 12 Jahre alt, wurde am 17. Juli 1906 in die Klinik aufgenommen.

Der Vater war „komisch“, starb an Rückenmarksentzündung. Mutter nervös. Patientin hatte sich gut entwickelt. Lernte in der Schule gut. (Zeugnisse vorgelegt); doch nervöses Kind. Seit 1 Jahr Kopfschmerzen. Beine allmählich schwächer, blieb zu Bett liegen, wollte nicht aufstehen. Später kam ein aufgeregter Zustand: Sie schrie laut, klatschte in die Hände, schlug mit den Füßen, sprach verwirrtes Zeug. Redete auch in Dialogform, als ob ihr Vater da sei: Sie käme gleich, er möchte warten. Zuweilen wanderte sie im Zimmer umher. Wenn man sie anrief, blickte sie die betreffende Person starr an. Dann war es, als wenn sie zu sich kam, während sie sonst den Eindruck machte, als sei sie weit fort. War sie freier, erzählte sie, es habe ihr in den Ohren gesummt, und die Bilder und die Uhren hätten zu ihr gesprochen. Der aufgeregte Zustand hielt nur 14 Tage an. Später traten aber wiederholt noch leichtere Erregungen auf. Vor 3 Tagen legte sich Patientin zu Bett und schlief ausser der Nacht einen ganzen Tag durch, war nicht zu wecken. Dann stand sie abends auf, sagte, sie wolle zur Schule, sprach sehr viel, glaubte, es sei Vormittags. Die Nacht hatte sie wiederholt kurze Zuckungen und ein Schütteln des Körpers.

Aufgefallen war schon früher Grimassiren und starker Speichelfluss, so dass ihr das Wasser mitunter fortwährend aus dem Munde troff. Sie sprach oft nicht, nickte nur mit dem Kopfe, blieb am liebsten theilnahmslos im Bette, ohne sich zu beschäftigen, während sie in ihren besseren Zeiten gern mit Puppen spielte.

Nach der Aufnahme erst still zu Bett, spricht nicht, lacht nur vor sich hin, grimassirt und zeigt eine fast choreiforme Unruhe der Finger und Arme. Auf Fragen einzelne leise, fast unverständliche Antworten. Nennt dem Arzte die Personalien und bezeichnet Gegenstände richtig. Rechnet bald richtig, bald falsch ( $9 \times 9 = 81$ ;  $7 \times 4 = 62$ ). Wird dann muthwillig, albern, sagt, der Kaiser heisse Wilhelm, die Kaiserin Luise von Ellerbeck, Hauptstadt

von Deutschland sei Apenrade. Blickt öfters auf einen Punkt, murmelt vor sich hin, lacht unmotiviert. Sagt auf Befragen, sie habe nichts gesprochen. Nachts bis 1 Uhr laut gesprochen, dann geschlafen.

Somatisch fällt nur auf die Lebhaftigkeit der Sehnenreflexe und der nicht ganz reine 1. Ton an der Herzspitze. Puls 100, nicht ganz regelmässig. Keine Stigmata. Ophthalmoskopisch nichts. Die später vorgenommene Ohruntersuchung ergibt eine alte chronische Mittelohrreiterung beiderseits mit Trommelfelldefecten.

18. Juli. Spricht morgens vor sich hin: „Ich ein kleiner Confirmand, ich will Schlittschuhlaufen. Ob sie wohl alles von ihr hat? Oder ob sie wohl alles von Frida hat? Hannes schläft. Hier genau oben sitzt er. Ich höre es, Hä—ä, nun soll ich aufstehen. Hä—ä, mein Bett dreht sich herum. O, wie fein geht das! Es macht mich lobendig. Geh' man nach dem richtigen Erholungshaus. Geh' dorthin, das ist kein Pferdestall. Hä—ä, ich bin hier so laut. Wollt ihr das garnicht mal zunähen? So faul seid ihr? Jetzt wollen wir man in ein anderes Haus. O, in der Locomotive! Mama, Mama er hat geschrien! Ich will man still sein. Ei Polizei! Trocken Brot und Wasser will ich haben. Gebt mein Schreibbuch her: Deutsch und Latein. Nun fang man nicht an zu rechnen! Er hat einen Pickel an der Nase, mein Bruder. Mein Bruder hat Wurst gemacht. Er kann es besser wie ein Schlächter. Er dreht die Maschine: Mettwurst, Knoblauchwurst hat er gemacht. Es sind man Bälle. Einer hat eine Mütze auf. Gestern sass ich in einer Badewanne. Ich konnte schwimmen. O—o—o—! Das ist ein einfaches Diarium für 20 Pf. So ein Kleid habe ich gehabt für meine Puppe. O, was für eine feine Bleifeder hatte ich auch da. Solange gehe ich schon zur Schule. Das schreib man auf, Du! Im Bette liege ich, Polizei! Ei—ei—ei! Wie bin ich laut! Das habe ich von Hannes gelernt“ u. s. w.

19. Juli. Spricht, schreit und singt viel.

Ruft plötzlich selbst: „Ida S. hat eine laute Sprache.“ Erscheint sonst klarer. Nennt den Arzt „Doctor“, giebt an, im Krankenhause zu sein.

21. Juli. Stilles Verhalten wechselt ab mit erregten Zeiten. Dann ist sie ausgelassen lustig, rennt herum, scherzt, wird sehr laut. In ihren Antworten aber stets klar und geordnet. Schläft Nachts gut.

26. Juli. Andauernd heiter, ausgelassen. Reimt und singt. Isst gut.

31. Juli. Auffallend ruhig und gehemmt. Spricht nicht von selbst. Giebt nur zögernd Antwort und leise flüsternd, ist orientiert.

2. August. Sitzt still umher, spricht gar nicht. Macht einen versunkenen Eindruck. Bewegt höchstens tonlos die Lippen. Beschäftigt sich etwas mit der Puppe.

4. August. Fängt wieder an zu singen und vor sich hin zu sprechen. Antwortet aber noch nicht auf Fragen. Spricht auch nicht mit ihrer Mutter, die sie besucht.

6. August. Ganz schweigsam, bewegt nur lautlos die Lippen. Befolgt Anforderungen.

9. August. Fängt heute wieder an zu sprechen, lacht und singt mitunter

sehr laut. Antwortet aber nicht auf Fragen, warum sie bisher geschwiegen. Befolgt Aufforderungen nicht, widerstrebt. Lläuft Abends oft aus dem Bett. Nachts Schlaf.

12. August. Sehr heiter, springt hoch im Bett, klatscht in die Hände, lacht und spricht viel, ist orientirt.

14. August. Geordneter. Spielt mit der Puppe. Unterhält sich mit der Umgebung. Hilft den Pflegerinnen.

30. August. Besserung hält an. Schreibt nach Haus, häkelt, liest, ist sehr munter, orientirt, zeigt Erinnerung.

3. October 1906 dauernd geordnet, hat 9 Pfund zugenommen. Nach Haus abgeholt.

Januar 1908 schrieb die Mutter, Patientin gehe noch zur Schule. Sie lerne gut, sei aber öfters zu Weinen und Grübeln aufgelegt, werde beim Versagen einer Bitte gleich verstimmt, schlafe viel, klage mitunter über Kopfschmerzen. Im Uebrigen hielt die Mutter sie für gesund.

Wenn ich obigen Fall gerade an dieser Stelle eingereiht habe, so geschah das hauptsächlich, weil auch Ida Sch. vor ihrer Erkrankung gut begabt gewesen sein soll. Die späteren Krankengeschichten betreffen dagegen durchweg von Haus aus zweifellos imbecille Kinder. Im übrigen bietet der Fall VI gegenüber den vorhergehenden manche Besonderheiten. Zunächst konnte man im Zweifel sein, ob es sich nicht um epileptische oder hysterische Zustände handelte. Hiergegen sprach indessen das Fehlen wirklich freier Zwischenzeiten, das Erhaltenbleiben von Orientirung und Erinnerung, wenn man von den muthwillig falschen Antworten bei der Aufnahme absieht. Nur zu Hause sollte Pat. Verwirrheitszustände und einmal Zuckungen (Anfall?) gehabt haben. Sonstige Anhaltspunkte für Epilepsie oder Hysterie fehlten. Die Entwicklung der Psychose schien eine allmähliche gewesen zu sein. Aufregungszustände wechselten mit mehr stuporösen Phasen. Das sonst lebhaftes Kind sass theilnahmlos herum, ohne sich zu beschäftigen, liess den Speichel aus dem Munde laufen, grimmassirte, zeigte Mutismus und affectloses Widerstreben. In den Erregungszuständen herrschte ein läppisch heiterer Affect vor mit Rededrang (auch Andeutung von Ideenflucht), Singen und Scherzen. Ausserdem fiel manchmal eine choreiforme Unruhe auf. Zur Ausbildung eines schweren Stupors kam es nicht. Nur einen Tag soll ein schlafartiger Zustand beobachtet sein, der sich auch als lethargischer Anfall hätte deuten lassen. Die Erinnerung war anscheinend nicht gestört, doch wollte die Patientin keine rechte Auskunft darüber geben. Die Gefahr eines Recidivs dürfte in diesem Falle sehr gross sein. Immerhin lässt sich nach dem Bericht der Mutter von einer weitgehenden Besserung sprechen.

**Fall VII.**

August O., 12 Jahre alt, wurde am 29. Juli 1906 in die Klinik aufgenommen.

Heredität negiert. Mutter macht aber einen entschieden beschränkten Eindruck. Pat. war stets wenig begabt, lernte in der Schule schwer. Er arbeitete mit auf dem Felde. Am 23. Juni machte er plötzlich alles verkehrt. Den nächsten Tag klagte er über Schwindel. Am 27. Juni schrie er plötzlich fünf Minuten lang laut, lag dann steif mit geballten Fäusten, stampfte mit den Füßen gegen die Bettstelle. Die Zunge hing angeblich aus dem Munde. Das Gesicht war blauroth. Dieser Zustand soll zwei Stunden gedauert haben. Dann trat Schlaf ein. Seither sei er apathisch gewesen, habe nicht mehr gesprochen,

29. Juni. Nachmittags von der Mutter gebracht, muss getragen werden, macht zunächst einen benommenen Eindruck, reagiert nicht auf Anrufen. Der Mund steht halboffen. Das Gesicht ist ausdruckslos, die Haltung steif. Kopf frei beweglich. Kein Fieber. Widerstrebt bei der Untersuchung heftig, murmelt unverständlich vor sich hin.

Status: Sehr schlecht genährt; 56 Pfund. Pupillen übermittelweit, gleich, rund, reagieren prompt. Augenhintergrund normal. Hirnnerven frei. Harter Gaumen schmal. Schwimmhaut zwischen 3. und 4. Finger links. Mechanische Muskeleerregbarkeit erhöht. Sehnenreflexe lebhaft. Fussklonus angedeutet. Zehenreflexe normal. Puls 54, gespannt, steigt beim Aufrichten auf 72 an. Bei Nadelstichen leichtes Zurückzucken, keine Abwehr. Herzton nicht ganz rein. Sonst innere Organe ohne Besonderheiten. Temperatur 36 °.

Abends unruhig, strampelt rhythmisch mit den Beinen, stösst unarticulierte, bellende Laute aus, tritt nach Personen, die an sein Bett kommen, hält den Rock des Arztes fest. Auf den Boden gestellt, geht er jetzt mit sonderbar steif gehaltenen Armen und Beinen, die Finger gespreizt, ähnlich einem Hampelmann, langsam in gerader Richtung, taktmässig bellend. An der Wand angelangt, bleibt er stehen, bis man ihn umdreht. Dann marschirt er ebenso zurück. Kommt jemand in seine Nähe, schlägt er in derselben rhythmischen Weise auf diesen los. Schliesslich wird er blindlings aggressiv, schlägt und tritt. Dabei läuft ihm der Speichel aus dem Munde. Auch hat er eingenässt. Ins Bad gebracht, wehrt er sich durch heftige Stösse gegen das Personal oder schlägt rhythmisch auf den Rand der Badewanne, strampelt dazu mit den Beinen. Taucht oft unter. Auf Anrufen sagt er in bellendem Tonfalle: „Ja, ja!“ Dann gefragt, wie es gehe: „Gut“. Reagiert darauf nicht mehr. Klagt Müdigkeit. Ins Bett gelegt, ist er wieder unruhig, drängt heraus. Verweigert die Nahrung. Nachts wenig geschlafen, sehr laut.

30. Juni. Vormittags schlafähnlicher Zustand. Mittags unruhig, drängt fort, spricht: „Ich lege mich nicht mehr hin, fertig ist der Kram!“ Weint. Antwortet auf alle Fragen nur mit „Gut“. Steht auf, lässt sich ins Bett fallen, steht gleich wieder auf, ruft: „Die stehen alle um mich. Ich allein bleibe hier. Lat mich rut! Ich will to Hus!“ Citirt dann Bibelsprüche, reimt, antwortet

z. B. auf die Frage: Hast du Schmerzen? „Von ganzem Herzen“. Müder Gesichtsausdruck. Nachmittags wie benommen: Augen geschlossen, Glieder schlaff, Unruhe der Bulbi. Lichtreaction der Pupillen gut. Keine Reaction auf Anruf. Erhebt sich, geht mit kleinen, steifen Schritten umher, zeigt Neigung nach hinten zu fallen; fällt aber nicht wirklich. Befolgt Aufforderungen. Spricht nicht, schmatzt nur. Isst schlecht, trinkt aber. Klammert sich plötzlich weinend an, fragt: „Darf ich nicht hier bleiben, Papa?“ fragt dann zweimal: „Was ist denn los?“

1. Juli. Nachts nach Packung leidlich geschlafen. Sagt Morgens: „Ich will to Hus!“ Drängt heraus. Sagt dann, er sei hier zu Hause. Gefragt, wie es ihm gehe, wiederholt er rhythmisch: „Gut, gut, tut, wut, gut . . .“ etc. Dabei dreht er den Körper rhythmisch hin und her, schlägt und spuckt nach dem Arzte, droht: „Dukriegst einen Backs!“ Unter Sträuben ins Bett zurückgeführt, hebt beim Gehen übermässig die Beine. Nässt ein. Beim Trockenlegen läuft er lachend fort, zert in albernere Weise an anderen Kranken herum. Schlägt einem Arzt den Kneifer herunter, freut sich über den Streich. Schreit laut: „Halioh!“ Benennt Gegenstände richtig. Umhalst einen Pfleger. Schläft wenig. Puls 80, gespannt.

2. Juli. Reagiert nicht auf Anrede, stöhnt nur, beachtet Nadelstiche nicht. Später unruhig, läuft umher, schlägt, kratzt, marmelt unverständlich. Soll Kopfweh geklagt haben. Wiegt den Kopf rhythmisch hin und her. Puls 108. Isst Mittags gut. Erzählt von Hause. Abends müde, still. Augen geschlossen. Bewegt den Kopf langsam wiegend hin und her. Befolgt Aufforderungen, bezeichnet einzelne Gegenstände richtig. Versinkt dann wieder. Puls 52, gespannt. Nachts laut, schimpft in den gemeinsten Ausdrücken.

3. Juli. Morgens theilnahmslos, stumm zu Bett. Liegt in gezwungener Haltung, reagiert nicht auf äussere Reize. Bewegt nur den Kopf langsam hin und her. Mittags gut gegessen. Eingenässt. Gegen 1 Uhr stellt er sich aufrecht im Bett, tritt die Matratzentheile auseinander. Beugt mit unglücklichem Gesichtsausdruck den Oberkörper nach hinten. Macht allerlei choreiforme Bewegungen. Reagiert nicht auf Anruf. Gesicht wieder ausdruckslos. Speichel trieft aus dem Munde. Lässt sich dann wie ein Automat durch das Zimmer führen. Nachts wieder laut, erzählt in zusammenhängenden Sätzen.

4. Juli. Wälzt sich stöhnend im Bette umher, ohne auf Anrede zu achten. Mund ist offen, Augen geschlossen. Bizarre Haltungen.

5. Juli. Hastig erregt, aggressiv, schreit, tritt, schlägt rücksichtslos mit grosser Kraftanstrengung um sich ohne erkennbare Ursache. Wehrt sich gegen jede Berührung. Gesicht fahl. Puls rasch, unregelmässig. Dreht sich im Bade fortwährend um seine Längsachse. Stösst durchdringende Schreie aus. Schlägt und tritt rhythmisch gegen die Wanne. Hängt dann die Beine aus der Wanne und steckt den Kopf durch den Luftring. Sucht immer wieder in diese Lage zurückzukehren. Isst gut.

6. Juli. Zeitweiliges Schreien, sonst still und reactionslos. Plötzlich schlägt er bei der Visite dem Arzte mit der Faust ins Gesicht, ruft: „Da Aas! Komm her! Du kriegst einen an die Näs! Willst Du einen Backs haben?“

Warte, ich kriege Dich schon, ich hae Dir einen!“ Brüllt wie ein wildes Thier, dreht sich dabei wie ein Kreisel im Bett, sich mit den Füßen abstossend. Isst gut. Nachher stuporös.

9. Juli. Dauernder Wechsel zwischen Stupor und Erregung. Liegt bald regungslos in gezwungener Haltung da, bald schreit und tobt er. Oefters unsauber. Starke Salivation. Puls schwankt zwischen 44 und 100.

20. Juli. Liegt meist wie schlafend da. Abweisend. Isst schlecht. Vorübergehend wegen Abstinirens sogar Sondenfütterung.

28. Juli. Ausgelassen heiter, führt freche Reden gegen den Arzt. Bezeichnet sich selbst als Jesus. Bringt in buntem Gemisch Bibelsprüche, Catechismussätze mit pathetischem Tonfalle vor. Isst allein.

3. September. In letzter Zeit niedergeschlagen, weint viel. Aeussert heute, man wolle ihn erstechen oder vergiften. Der Pfleger habe schon ein Messer in der Tasche. Sitzt meist in den sonderbarsten Stellungen umher. Grimmassirt. Sehr unsauber. Isst wieder schlecht. Gewicht: 53 Pfund.

10. October. Bald weinerlich, äussert Vergiftungsideen; bald ausgelassen heiter, macht freche Bemerkungen. Streckt die Zunge heraus und schneidet Fratzen. Abweisend, widerstrebend.

20. October. Unruhiger. Zieht das Hemd verkehrt an, steigt mit den Beinen durch die Aermel. Putzt sich auf, nimmt theatralische Posen ein. Clownartiges Treiben mit Witzeln. Nimmt von Eltern bei Besuch kaum Notiz. Sauberer.

29. October. Neckt und lärm. Läuft nackt umher. Behauptet, 9 Jahre alt zu sein. Grinst dabei. Macht ständig Verkehrtheiten.

5. November. Greift seine Umgebung thätlich an, spuckt, redet unzusammenhängend. Heitere Stimmung. Isst gut.

15. December. Ruhiger, beschäftigt sich etwas mit Zeichnen. Stumpfes Wesen. Nässt ein. 66 Pfund Gewicht.

1. Januar 1907. Nach Besuch der Mutter erregt, drängt fort, schimpft und schlägt den Pfleger. Weint nachher.

17. Januar. Stumpfer. Einsilbig. Stereotype Aeusserungen und Gewohnheiten. Verkennt Personen. Rechnet leidlich. Desorientirt.

6. Februar. Heftig erregt, zerreisst, will Fenster einschlagen. Sagt, man habe ihn hier verhext, er wolle nach Haus. Droht.

20. Februar. Sehr wechselnde Stimmung: bald ruhig, freundlich, stumpf; bald reizbar, erregt, impulsiv. Spielt etwas, hilft auch bei der Arbeit. Puls mehr gleichmässig, zwischen 70 und 80. Gewicht 79 Pfund.

27. März. Bezeichnet sich als den „David“. Er habe dem Goliath den Kopf abgeschlagen. Er sei „der Herrgott“, könne alles. Er sei „der Deutsche“, der die Dänen besiege. Er könne Geld machen; zeichnet Hundertmarkscheine. Redet viel mit eintönigem Pathos. Gesicht ausdruckslos.

6. April. Neigt sehr zu Verkehrtheiten aller Art. Fast täglich explosive Erregungen ohne ersichtlichen Grund. Sonst stumpf. Droht: „Packt mich mal an! Ihr kriegt's vom Herrgott. Nehmt Euch zusammen! Wie klug ich bin, dass ich vom Herrgott sprechen kann. Ihr liegt im Grabe, was ich früher ge-

sagt habe. Ich bin der oberste Gott. Ich bin hier als ein Josua! Meint ihr nicht, ich kann euch allen drei einen an die Nase geben? Ich bin Josua. Gott steht mir bei. Ich bin Josua. Josua ist der Oberste gewesen bei den Israeliten. Ich bin der Oberste hier! Ich bin ein starker Herrgott. Ich habe Macht über euch. Einen Gott giebt's nicht? Wisst ihr, dass ich gross bin über euch? Ein Jesus Christus bin ich! Ein Josua nach Jesus Christus! Hat er nicht gedient? Die Stadt wird abbrennen, dass wir aus dem Hause kommen. Das ist meine Sünde, dass ich ein Mensch bin. Ich bin ein Deutscher! Schlagt mir den Kopf ab. Das ist, weil ich verdiene mit Geld. Sind das nicht Hundertmarkscheine gewesen, die ich abgeliefert habe? Rückt dabei immer dichter an den Arzt heran, nimmt eine theatralische Fechterpose ein. Schaum steht ihm in den Mundwinkeln.

20. April. In letzter Zeit wieder mehr stuporös. Bettsucht.

4. Mai. Läuft viel umher, sucht zu helfen, macht nichts Ordentliches. Sehr reizbar, droht gleich bei Widerspruch: „Ich bin Lott, ich habe auch ein Pferd, ich will die Welt verhauen, ich kann hexen!“ Reicht plötzlich dem Arzt die Hand: „Wir wollen uns wieder vertragen.“ Pfeift, grimmassirt viel. Macht stereotype Bewegungen. Nennt eine Apfelsinenschale einen „Edelstein.“

5. Mai. Ruhig, weinerlich, sagt, er sei verhext. Von den Eltern abgeholt gegen ärztlichen Rath.

Nach Mittheilung vom 18. Februar 1908 soll Patient jetzt „gut zu Wege“ sein. Doch kehrten ihm noch oft seine „früheren Gedanken“ wieder. Aufregungen könne er nicht vertragen. Zum Schulgang sei er nicht zu bewegen.

Mit diesem Falle beginnt eine Gruppe von katatonischen Psychosen, die sich zweifellos auf dem Boden angeborener Geistesschwäche entwickelt haben. Der Patient war von Haus aus wenig begabt und hatte in der Schule schwer gelernt. Dennoch handelt es sich bei ihm keinesfalls nur um transitorische Erregungen bei Imbecillität, sondern um eine vollentwickelte Psychose von ausgeprägt katatonem Charakter. Der Ausbruch scheint ziemlich acut erfolgt zu sein. Plötzlich macht der 12jährige Knabe, der ausserhalb der Schulzeit auf dem Felde hilft, alles verkehrt. Er klagt über Schwindel, bekommt hysteriforme Schreianfälle, verfällt dann in Stupor. Bei der Aufnahme macht er einen direct benommenen Eindruck, so dass an eine organische Erkrankung, vor Allem an Tumor, gedacht wird. Doch fehlen ausser Pulsverlangsamung alle somatischen Symptome. Der weitere Verlauf klärt bald das Bild. Heftige Erregungen von läppisch alberner Färbung, auch mit blinder Zornmüthigkeit und kldischen Grössenideen stellen sich ein und wechseln ab mit Zuständen schwerster Hemmung mit Negativismus, Mutismus, Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit. Stereotypien und Manieren, bizarrehaltungen und Verkehrtheiten, auch einfache schlafähnliche Zustände werden beobachtet. Es besteht ausgesprochene Neigung zu obscönen Reden,



wie in Fall II, zu Angriffen auf die Umgebung, zum Theil anscheinend verursacht durch Beeinträchtigungsideen. Das Leiden erweckt den Eindruck des Progredienten. Das anfänglich Witzige der Gassenjungenstreiche tritt immer mehr zurück gegenüber dem Stumpfen und Triebartigen. Die Aeusserungen werden immer eintöniger und zerfahrener. In endlosem Wortschwall und mit pathetischen Gebärden trägt der Knabe immer wieder dieselben unsinnigen Grössenideen vor: Er sei Jesus, der Herrgott, Lot, Josua, könne Geld machen, die Welt verhexen und verhaufen. Dann wieder kommen echt kindliche Gedankengänge: Er ist der Deutsche, der die Dänen besiegt, er hat ein Pferd u. s. w. Die Entlassung erfolgte gegen ärztlichen Rath. Von einer Heilung war nicht die Rede. Nach dem Bericht der Mutter ist eine solche auch jetzt nicht eingetreten, vielmehr besteht die Gefahr des Verwilderns. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass der Kranke, der sich mit Erfolg der Schulzucht entzieht, später unter die Landstreicher geräth.

### Fall VIII.

Henry W., 15 Jahre alt, wurde am 14. August 1907 aufgenommen. Eine Krankenschwester brachte ihn wegen einer Reihe von hypochondrischen Beschwerden, nachdem er einen Monat erfolglos zu Hause behandelt worden war.

Ueber seine Vorgeschichte liess sich nur in Erfahrung bringen, dass sein Vater, ein schwerer Potator, gestorben, und die Mutter wieder verheirathet war; ferner, dass er sich körperlich normal entwickelt, aber auf der Schule sehr mässig gelernt und das Ziel nicht erreicht hatte. Angeblich hatte er auch einmal durch Fall eine Gehirnerschütterung erlitten. Seit Ostern war er beim Gärtner in der Lehre.

14. August. Macht bei der Aufnahme einen niedergeschlagenen, gehemmten Eindruck, sonst geordnet, willig. Klagt über Schmerzen auf der Brust, über Schwäche und Schwindelgefühl. Die linke Hälfte sei dicker als die rechte. Die linke Gesässhälfte schmerze. Er kriege nicht genug Luft. Der Magen nehme nichts an. Stuhlgang und Wasserlassen gingen schwer. Der Schlaf sei schlecht.

Status: Dürrtüg genährt. Niedrige Stirn. Pupillen nicht ganz rund, reagiren gut. Hirnnerven frei. Alle Reflexe lebhaft. Allgemeine Hyperalgesie. Puls 88, labil. Herztöne laut, 2. Ton klappend. Im Uebrigen normale Verhältnisse. Gewicht 83 Pfund.

Mässige Schulkenntnisse. Zögernde leise Antworten.

16. August. Sitzt still im Bett, starrt mit leerem Ausdruck in die Ferne. Murmelt unverständlich vor sich hin. Stellt Hallucinationen in Abrede. Isst schlecht. Zeitweise unruhig, wälzt sich umher, vollführt rhythmische Bewegungen.

22. August. Einsilbig, macht scheuen Eindruck. Sieht den Arzt nicht an, wenn er mit ihm spricht. Allmählich ganz stuporös.

2. September. Freier, beschäftigt sich etwas auf Zureden. Sitzt sonst unthätig umher. Spricht nicht von selbst, äussert auf Befragen zahlreiche hypochondrische Klagen. Appetit besser. Gewicht 90 Pfund.

8. September. Wieder gebundener. Thut nichts. Sagt einmal laut: „Siehst Du ihn nicht? Geh heim!“ Giebt auf Befragen dafür keine Erklärung. Spricht viel leise mit sich selbst. Widerstrebend.

6. October. Sehr schwankendes Verhalten. Zeitweise freier, fast heiter, beschäftigt sich, lächelt, antwortet, Zeitweise finster, stumm, widerstrebend, macht Schwierigkeiten mit dem Essen. Wiederholt werden allerlei hypochondrische Wahnideen geäussert. So will Pat. einen Bruch haben, klagt Schmerzen im Leib.

20. October. Freier. Steht regelmässig auf und hilft. Doch noch einsilbig. Spricht nur viel mit sich selbst. Weint bisweilen. Äussert dann, es sei dunkel, die Mutter solle kommen.

31. October. Will keine Beschwerden mehr haben. Meint, er sei nur überarbeitet. Giebt zu, Stimmen gehört zu haben. Er habe geglaubt, die Mutter stehe draussen, spreche zu ihm. An Näheres will er sich aber nicht mehr erinnern. Hat noch etwas Starres in seinem Wesen, obgleich der depressive Affect zurückgetreten ist. Leerer Gesichtsausdruck. Keine rechte Einsicht. Apathie.

2. November. Nach Haus abgeholt. Gewicht 98 Pfund.

Nach einem Bericht vom Januar 1908 ist Pat. jetzt wieder ganz gesund und als Formerlehrling thätig zur Zufriedenheit seines Meisters.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbilde war an die Möglichkeit einer Melancholie zu denken. Doch erschien der depressive Affect nur verhältnissmässig wenig ausgeprägt. Im Vordergrund stand die starre Hemmung mit triebartigem Widerstreben. Dazu kamen Hallucinationen, hypochondrische Klagen und Wahnideen. Bemerkenswerth war der öftere jähe Wechsel im gesammten Verhalten. Ob und inwieweit das Gehirn des imbezillen Knaben durch eine frühere Commotio gelitten hatte, liess sich nicht feststellen. Aetiologisch dürfte wohl mehr die ungewohnte Anstrengung der Lehrzeit in Betracht kommen. Der Ernährungszustand hob sich während der Behandlung ganz bedeutend.

### Fall IX.

Hans P., 15 Jahre alt, wurde am 29. Juli 1903 aufgenommen.

Heredität bestritten. Normal entwickelt. Mässig gelernt. Nach Ansicht der Eltern begriff er zu schwer. Nach Ansicht des Lehrers waren vor allem Zerstretheit und Energielosigkeit schuld. Pat. war albern, spielte gern mit jüngeren Kindern. Vor 1½ Jahren Lungenentzündung. Sonst gesund. Seit Ostern Lehrling in einem Barbiergeschäft. Hier fiel sogleich sein sonderbares Wesen auf. Er grimmassirte viel, war kindisch in seinen Reden, hielt die Hände eigenthümlich gespreizt und steif, machte mit ihnen zuckende Bewegungen. Er kaufte sich unnütze Sachen, versteckte Bartbinden unter seinem Bette. Stellte sich auf den Kopf und trieb allerlei Verkehrtheiten. Im Juni

wurde er erregt, sagte, die Decke komme herunter, versteckte sich hinter dem Ofen, grimmassierte und krächte wie ein Hahn. That, als wollte er was aus der Luft greifen. Wurde nach Haus geschickt. Hier war er reizbar, verfiel wiederholt in Brüllen und Toben. Er klagte über Kopfschmerzen und Zucken in den Händen. Meist sass er still und unthätig umher. Grimmassierte. Ass schlecht. Am 27. Juni erwischte er einen Revolver, schoss damit auf der Strasse, verletzte sich selbst am Finger. Er sollte ein Kind bedroht haben, wurde festgenommen. Leugnete.

29. Juli. Ruhig und orientirt. Bezeichnet sich selbst als nervenschwach. „Die Finger gehen immer auseinander; jetzt gerade nicht, aber gestern.“ Er könne es unterdrücken, es sei mehr ein Zittern. Verzieht mehrfach schnell den Mund. Giebt zu, aufgeregt gewesen zu sein. Mit dem Revolver habe er sich nur üben wollen. Gleichgültiges Wesen. Mässige Schulkenntnisse.

Status: Mittlere Ernährung; 86 Pfund. Pupillen reagieren. Hirnnerven frei. Steiler Gaumen. Zunge und Hände zittern. Mechanische Muskeleerregbarkeit erhöht. Sehnenreflexe erhalten. Auch sonstiger Befund regelrecht. Kein Zucken.

16. August. Bisher stumpf und ruhig. Heute lebhaft, neckt, schimpft und wirft nach Mitkranken. Sucht im Garten plötzlich über den Zaun zu klettern. Im Bett ruhig, fast stuporös.

14. September. Dauernd gleichgültig und zerfahren. Stereotype Haltungen. Antwortet immer nur mit „Ich weiss nicht.“ Gewicht 88 Pfund. Von den Angehörigen abgeholt.

Zu Hause trat bald wieder das Zittern stärker hervor. Nach einem Bericht von Januar 1908 hält Patient in keiner Stellung aus, ist arbeitsunlustig, reizbar, mürrisch, ohne Anhänglichkeit an die Eltern, energielos und sehr nervös.

Hier ist die Beobachtung in der Klinik nur von kurzer Dauer gewesen. Sie wird aber ergänzt durch Vorgeschichte und Katamnese. Daraus ergibt sich folgendes Bild: 15 jähriger Knabe von sehr mässiger Begabung, der schon in der Schule durch Zerstretheit und Energielosigkeit aufgefallen ist, zeigt bald nach Beginn der Lehrzeit ein manirirtes Betragen mit Neigung zu läppischen Erregungen und Verkehrtheiten bei gleichzeitigen Klagen über nervöse Sensationen. Dann wird er völlig unthätig, interesselos, sitzt stumpf umher und grimmassiert. Wegen sinnlosen Revolver-schiessens auf der Strasse verhaftet, gelangt er zur Aufnahme in die Klinik. Hier trägt er fortgesetzt ein stumpfes und zerfahrenes Wesen zur Schau, nimmt stereotype Haltungen ein. Manchmal gewinnt es den Anschein, als sollte sich ein richtiger Stupor entwickeln; dann wieder treten triebartige Erregungen auf. Ein hysteriformes Zittern und Zucken der Hände verschwindet rasch in der Klinik, kehrt indessen nach der Entlassung wieder. Patient bleibt dauernd nervös und arbeitsunlustig, ist reizbar und ohne Anhänglichkeit an die Eltern, hält in keiner Stellung aus.

**Fall X.**

August M., 15 Jahre alt, wurde am 16. Januar 1906 aufgenommen.

Der Vater war früh als Trunkenbold gestorben. Die Mutter befindet sich als Patientin in einer Irrenanstalt, ebenso die Schwester, die auch an Kata-tonie erkrankt ist. Patient selbst war stets wenig begabt, erreichte nicht das Ziel der Schule. Körperlich kräftig. Bereits seit 5—6 Jahren soll er „verrückte Ideen“ gezeigt haben. Als Dienstjunge war er wegen seiner Neigung zu Ver-kehrtheiten nicht zu verwenden, er ging z. B. mit brennendem Licht auf den Heuboden. Im Armenhause, wo er dann untergebracht wurde, bedurfte er dau-ernder Aufsicht, da er Nachts das Bett verliess und aus Angst vor Leuten, die ihn angeblich umbringen wollten, fortzulaufen suchte. Einmal äusserte er, alles sei elektrisch. Ein anderes Mal sagte er: „Hier habe ich ein Messer; erst war die eine Seite rund, nun ist die andere rund. Das kommt davon, alles ist elektrisch.“ Zuweilen sass er apathisch umher, fing dann plötzlich ohne Grund zu lachen an, sprang auf und lief hinaus mit den Worten: „Es ist alles elektrisch!“ Wollte dann nicht wieder hinein, sagte, er halte es drinnen nicht aus.

16. Januar 1906. Bei der Aufnahme ruhig und orientirt. Stellt Sinnes-täuschungen in Abrede. Rechnet leidlich, zeigt geringe allgemeine Kenntnisse. Hat etwas Starres in seiner Haltung.

Status: Mässige Ernährung. Pupillenreaction prompt. Facialis different. Zunge und Hände zittern. Rachenreflex fehlt. Kniephänomene lebhaft. Fuss-clonus angedeutet. Allgemeine Hyperalgesie. Puls 76. Lautes systolisches Ge-räusch über dem ganzen Herzen. Sonst normale Verhältnisse. Gewicht 84 Pfd. Keine Spur von Schamhaaren. Sehr kindlicher Habitus.

18. Januar. Munter, hilft, anständig. Schlaf und Appetit gut. Erzählt, man habe ihn im Armenhaus immer geprügelt. Deshalb habe er dort Angst gehabt. Will von Elektrizität nichts wissen.

1. Februar. Sehr unruhig. Schläft nicht. Lärmt, neckt und ärgert seine Umgebung. Fängt überall Streit an.

11. Februar. Nach einigen Tagen, wo Patient still im Bette lag, wenig Interesse für seine Umgebung zeigte, heute wieder triebartige Unruhe. Kommt aus dem Bette gesprungen, schimpft, wirft mit Bettzeug. Widerstrebt, wird aggressiv. Kein heiterer Affect. Gesichtszüge haben etwas Starres.

9. März. Heute wieder unruhig, belästigt andere; streckt dem Arzte die Zunge entgegen, wälzt sich am Boden, achtet nicht auf Anrede, spricht nichts dabei.

11. März. Unruhe hat sich gesteigert. Patient läuft planlos umher, reisst anderen die Decken weg, schlägt auf sie ein, schreit stereotyp: „Ich bin ver-rückt!“ Im offenen Einzelzimmer Anfangs ruhig, bald wieder erregt.

12. März. Wälzt sich umher, grimmassirt, lacht, wiederholt immer nur stereotyp: „Ja, ja, ich bin verrückt! Ich muss nach Schleswig! Ja, ja, ich bin verrückt!“

(Warum?) „Das weiss ich nicht.“ Lacht, hält die Hand an das Gesicht, zappelt mit den Beinen, wälzt sich umher.

(Sitzt es im Kopf?) „Ja, im Kopf, ich bin verrückt!“

(Schmerzen?) „Ja.“ — Lacht.

(Wo?) „Im Kopf.“

(Warum so unruhig?) „Ich kann nicht im Bett liegen. Ich kann es nicht ab. Das zehrt.“

Dabei dauernd starke motorische Unruhe des ganzen Körpers. Patient fasst sich im Gesicht herum, lacht, wirft sich hin und her, schneidet Fratzen. Klagt einmal über Schwindel. Spricht viel vor sich hin ohne Zusammenhang. Redet den Arzt mit „Du“ an.

18. März. Wieder still zu Bett.

28. März. Seit gestern unruhig, legt sich in fremde Betten, folgt nicht, lacht nur, schreit laut, rennt umher, spuckt und schlägt nach seiner Umgebung. Ruft oft in stereotyper Weise: „Ich bin verrückt! Ich bin verrückt!“

2. April. Wieder ruhig, lenksam, einsilbig, hilft fleissig.

7. April. Seit gestern steigende Erregung. Schimpft, wirft mit Betten, spritzt im Dauerbade alles Wasser aus der Wanne. Sehr widerstrebend.

8. April. Heute ruhiger. Macht fast apathischen Eindruck.

5. Mai. Heftiger Bewegungsdrang seit drei Tagen nach längerer stiller Zeit. Lacht und singt, beschreibt die Wände, wird aggressiv, wälzt sich schreiend am Boden, nimmt sonderbare Haltungen ein. Manchmal hat man den Eindruck, als ob er sich in Gegenwart des Arztes zu beherrschen suche.

10. Mai. Nach abgelaufener Erregung stumpfes Verhalten.

12. Juli. Bisher dauernd ruhig, still, doch zur Beschäftigung bereit. Treibt heute allerlei Verkehrtheiten. Neckt andere. Nimmt Sachen fort. Folgt nicht. Sucht sich im Garten zu verstecken.

13. Juli. Sehr erregt, zerreisst, beisst und schlägt. Wälzt sich schreiend umher. Durch Packung und Dauerbad keine Beruhigung. Läuft im Einzelzimmer unruhig umher. Macht dieses Mal mehr einen heiteren Eindruck als sonst.

20. Juli. Ruhig, stumpf. Aeussert sich nicht über seine Erregung.

10. October. Nach längerer Pause wider erregt. Ist in dauernder triebartiger Bewegung ohne rechten Affect. Zerstört, wird aggressiv. Spricht dabei wenig.

17. October. Unruhe hält an. Patient spuckt den anderen Kranken ins Gesicht, zieht ihnen die Decken weg. Läuft immer triebartig auf das Closet und zurück. Hat überhaupt etwas Stereotypes in seinem ganzen Gebahren. Sehr unzugänglich. Schweigsam.

20. October. Mehr stuporöses Verhalten; still und etwas gedrückt. Mitunter fast ängstlicher Gesichtsausdruck. Sehr einsilbig, interesselos. Unthätig im Bett.

4. November. Steht auf. Lenksam. Macht noch immer einen stumpfen Eindruck. Einsilbig.

10. November. Hilft wohl bei der Arbeit, ist aber stiller wie früher in seinen freien Zeiten. Bewegungen erfolgen langsamer.

16. November. Seit gestern wachsende Unruhe. Spricht viel, mischt sich überall ein, giebt patzige Antworten, sagt: „Euch Aerzten müssen die Nerven alle herausgezogen werden!“ Sagt dann wieder, er sei nicht krank. Man solle ihn seiner Streiche wegen lieber verhaufen. Wird gewalthätig gegen Mitkranke.

28. November. Sehr wechselnd: Bald unruhig, läuft umher und treibt Unfug; bald gehemmt, einsilbig, fast ängstlich. Allmählich wieder Abnahme der Erregungen, mehr Hervortreten von stumpfem Verhalten.

16. December. Ganz plötzlich erregt, will aus dem Fenster springen.

18. December. Dauernd unruhig. Schreit laut: „Rache! Rache!“ Läuft mit flackernden Augen umher, neckt, zerrt, macht freche Bemerkungen. Witzlos.

28. December. Noch zeitweise erregt. Zerreisst sein Hemd. Dazwischen gedrückt, gehemmt.

2. Februar 1907. Erst in den letzten Tagen wieder gleichmässig ruhig. Hilft, hat keine Klagen, ist lenksam.

12. Februar. Lacht viel, singt unanständige Lieder, macht läppische Streiche.

19. Februar. Sehr erregt. Augen glänzend. Zornmüthig gereizt. Läuft umher, schlägt und schimpft, wälzt sich am Boden, grimassirt, gesticulirt. Führt gemeine Reden.

1. März. Wieder still und lenksam. Hilft bei der Arbeit.

26. März. Die Erregungen sind in letzter Zeit seltener und weniger heftig geworden. Oefters erscheint Patient auffallend still. Neuerdings drängt er stereotyp in einsichtsloser Weise auf Entlassung. Gewicht 101 Pfund.

15. April. Ungeheilt nach einer anderen Anstalt überführt, wo er sich zur Zeit noch befindet.

Hier hätte man zunächst nach der Anamnese an Paranoia denken können. Ob Patient wirklich ausgeprägte Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen gehabt hat, lässt sich nicht sicher sagen. In der Klinik wurde nichts derartiges beobachtet. Es wäre aber in Anbetracht der detaillirten Angaben sehr wohl möglich, dass im Beginne paranoide Zustände vorgeherrscht hätten. Später handelte es sich um häufigen, jähen Wechsel von Hemmung resp. Stumpfheit und triebartiger Erregung. Ein stärkerer Affect war nicht vorhanden. Die stuporösen Phasen waren wenig ausgeprägt. Am meisten in die Augen sprangen die Anfälle heftigster Unruhe mit Neigung zu impulsiven Verkehrtheiten. Es ist zu beachten, dass der von Haus aus imbecille und erblich schwer belastete Patient schon seit 5—6 Jahren „verrückte Ideen“ gezeigt und zu dummen Streichen geneigt haben soll, so dass er schliesslich als arbeitsunfähig in's Armenhaus verbracht worden war. Vielleicht hat es sich damals um die ersten Schübe einer in einzelnen Anfällen ver-

laufenden Katatonie gehandelt. Später waren allerdings wirklich freie Zwischenzeiten kaum vorhanden. Das Anfangs noch leidlich geweckte Wesen schien allmählich mehr einem stumpfen Gebahren Platz zu machen. Dennoch wird man mit der Beurtheilung der Prognose vorsichtig sein müssen. Wo Hemmung mitspielt, wird leicht fälschlich Ausfall angenommen. Die Möglichkeit der Besserung dürfte noch nicht ausgeschlossen sein.

Im Vorstehenden ist auf eine Abtrennung von Katatonie und Hebephrenie verzichtet worden; scharfe Grenzen giebt es da nicht. Wenn statt des von Kraepelin eingeführten Ausdrucks *Dementia praecox* der Name Katatonie bevorzugt wurde, so geschah das aus dem Grunde, weil eine Demenz nicht immer eintrat<sup>1)</sup>. Abgesehen von dieser Verschiedenheit im Ausgang, hatten die mitgetheilten Krankengeschichten aber sehr viel Gemeinsames.

Uebereinstimmend fand sich in allen zehn Fällen der jähe Wechsel zwischen Hemmung und Erregung mit Neigung zum Stereotypen und triebartig Bizarren, zu impulsiven motorischen Entladungen und zu blindem Widerstreben bei Fehlen von ausgeprägteren Affectanomalien und Bewusstseinstörung. In den Fällen II, IV und VII kam es zur Ausbildung eines schweren Stupors mit Mutismus, Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit, auch mit Andeutung von *Flexibilitas cerea*. Ein unmotivirt verschrobenes Wesen fiel vor Allem auf bei den Patienten VI, VII und IX, fehlte indessen auch bei den Uebrigen nicht ganz. Fast durchweg bestand ein übertrieben kindliches, um nicht zu sagen, kindisches Gebahren, das auf Zurückbleiben der psychischen Entwicklung im Verhältniss zum Lebensalter hindeuten schien. Hysteriforme Züge fehlten nicht. Fall VI zeigte eine Art von Vorbeireden. Im Grossen und Ganzen ähnelte das Krankheitsbild der 12 — 15 Jahre alten Patienten durchaus den Katatonieformen der Erwachsenen.

Nach Ablauf des Stupors vermochten die Kinder keine befriedigende Auskunft darüber zu geben, warum sie so starr dagelegen und nicht gegessen hatten. Der 14jährige Knabe im Fall IV hatte volle Erinnerung daran, dass er mit der Schlundsonde ernährt worden war. Er wusste sich zu entsinnen, dass er jedes Mal die Zähne fest zusammengebissen hatte, wenn ihm Essen gereicht wurde. Allein er war ausser Stande zu erklären, aus welchem Grunde er so hartnäckig widerstrebt hatte. Beachtenswerth war freilich dass er stets in diesem Zusammenhange erwähnte, er habe unangenehme Empfindungen, wie Klopfen auf

---

1) Vergl. Thomsen, *Dementia praecox* und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. Psych. 64. S. 653.

der Brust, verspürt. Thatsächlich hatte er von Anfang an über sonderbare hypochondrische Sensationen geklagt: Er habe Würmer im Munde, sei im Bauch ganz dick, lose in Armen und Beinen, könne nicht gut Luft holen, verspüre Druck im Magen. Es steige ihm da immer so hoch. Er müsse merkwürdige Bewegungen machen, sich anstellen wie ein Wolf. Er fühle sich dösig im Kopfe, ganz verrückt. Aehnliche Klagen wurden auch in anderen Fällen gelegentlich vorgebracht. Gerade für das Zustandekommen der Starre im Stupor scheinen solche abnormen Empfindungen von einer gewissen Bedeutung zu sein, da man sie bei gehemmten resp. gesperrten Katatonikern ausserordentlich häufig antrifft.

Erbliche Belastung wurde nur vier Mal von den Angehörigen eingebracht, dürfte jedoch wohl häufiger vorhanden gewesen sein. Die zur Verfügung stehenden Anamnesen erschienen in diesem Punkte unsicher. Vier Kinder waren zweifellos von Haus aus geistig schwach begabt. Die imbecille Basis hatte auf die Form des psychischen Krankheitsbildes, das auf ihr erwuchs, nur unwesentlichen Einfluss. Bei den anderen sechs Kindern sollte gute geistige Begabung vor der Erkrankung bestanden haben. Immerhin schienen auch sie in mancher Beziehung eine minderwerthige Veranlagung zu besitzen. Demgegenüber erwiesen sich die sonst angeführten äusseren Gelegenheitsursachen der Katatonie überall von geringerem Einfluss. Ein nur leichtes Kopftrauma war in den Beobachtungen I und V kürzlich voraufgegangen, während die Gehirnerschütterung in Fall VIII schon weiter zurücklag. Erschöpfende Momente kamen vielleicht bei IV und VIII in Frage. Im Fall II starb das Kind schliesslich an Phthise.

Wiederholt wurde vor Ausbruch der eigentlichen Geisteskrankheit bemerkt, dass bisher fleissige Kinder in ihren Schulleistungen auffallend nachliessen. Leider verkannten dann die Lehrer die krankhafte Grundlage dieses Versagens und gingen mit Strafen vor.

Hinsichtlich der Prognose liess sich constatiren, dass die Behandlung in der Klinik in der Hälfte der Fälle zunächst eine wesentliche Besserung zu Wege brachte, so dass die Angehörigen ihre Kinder als geheilt betrachteten und nach Hause abholten. Allerdings wurde dann in Fall I und V wegen Recidivs bald eine zweite Aufnahme erforderlich. Andererseits sind die Patienten I, IV, VIII bisher von einem Rückfalle verschont geblieben und practisch wohl als genesen anzusehen. In Fall V und IX kam es zu Defectheilungen.

Bei Fall III stellte sich nach einem Jahre dauernde Verschlechterung ein. Fall VI soll „gesund“ sein, neigt aber zu Verstimmungen, ist reizbar und leidet an Kopfschmerzen. Die Patienten VII und X mussten



ungeheilt entlassen werden. Der Erstere hält sich zu Hause, wenn er auch sehr erregbar ist und nicht zur Schule gehen mag; der Letztere befindet sich noch in Anstaltspflege, ist aber erheblich ruhiger geworden und beschäftigt sich fleissig. Der schliessliche Ausgang ist also, so weit sich das bisher übersehen lässt, nicht so ganz ungünstig. Die praktische Wiederherstellung in ca.  $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$  der Fälle stimmt mit den früheren Ergebnissen von E. Meyer's<sup>1)</sup> prognostischen Untersuchungen überein. Ich selbst habe bei Erwachsenen 27 pCt. gefunden<sup>2)</sup>.

Sehr interessant war der Befund, den der Patient im Fall V bei der Wiederaufnahme nach 4 Jahren bot. Er ähnelte jetzt so sehr einem einfachen Imbecillen, dass man ohne die frühere Beobachtung leicht die erworbene Psychose hätte übersehen und einen angeborenen Schwachsinn mit Erregungen diagnosticiren können. Bekanntlich ist in solchen Fällen auf die Anamnese oft wenig Verlass. Nur ungern berichten die Eltern über psychische Störungen ihrer Kinder. Vielfach mögen sie auch eine überstandene kurzdauernde Erregung als unwichtig beurtheilt und vergessen haben. So sind sie fast unwillkürlich bestrebt, den Zustand bei der Aufnahme lediglich als Ausdruck einer frischen Erkrankung darzustellen und sonstige Eigenheiten als stets schon vorhanden zu erklären. Gerade im Hinblick auf Fall V, bei welchem zuletzt nur die Neigung zum Stereotypen und die starke gemüthliche Abstumpfung noch auf Katatonie hindeuteten, scheint mir die Annahme von Kraepelin viel für sich zu haben, dass in manchen Fällen, wo von Imbecillität oder Idiotie mit katatonen Symptomen gesprochen werde, in Wahrheit die ersten Schübe einer im Leben erworbenen Katatonie übersehen sind, obgleich die Letztere den geistigen Defect erst verursacht hat. Aehnlich hat übrigens bereits Kelp<sup>3)</sup> geurtheilt, der ebenfalls beobachtet hat, dass gelegentlich kurzdauernde Erregungszustände im Kindesalter ablaufen, ohne dass deshalb ein Arzt hinzugezogen wird. Erst wenn darauf mit der fortschreitenden körperlichen Entwicklung eine psychische Schwäche sich klar herausstellt, schenken die Eltern des Kindes dem Zustande mehr Aufmerksamkeit und suchen ärztliche Hilfe. Dann wird aber, wie Kelp betont, über die vor längerer Zeit durchgemachte Psychose dem Arzte oft nichts gesagt, und doch hat diese gerade die intellektuelle Schädigung bedingt.

Es darf nicht auffallen, dass die Katatonie so schnell bei Kindern

---

1) E. Meyer, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münchener med. Wochenschr. 1902. No. 32.

2) Raacke, Zur Prognose der Katatonie. Zeitschr. f. Psych. 65. S. 464.

3) Kelp, Psychosen im kindlichen Alter. Zeitschr. f. Psych. 31. S. 75.

dauernde und weitgehende Defecte herbeizuführen vermag. Während in der Regel bei Erwachsenen der gedächtnismässige Besitzstand an Kenntnissen zunächst von ihr kaum angegriffen wird, sie vielmehr hauptsächlich auf dem Gebiete des Gemüthslebens und des Willens ihre Spuren hinterlässt, genügt beim Kinde die Schädigung seiner Arbeitsfähigkeit vollauf, um es am Erwerb der normalen Kenntnisse zu hindern. Es sieht sich dann in seiner geistigen Entwicklung gehemmt. Seine psychischen Fähigkeiten bleiben auf einer niederen Stufe stehen, während der Körper noch dem Alter entsprechende Fortschritte macht. So entsteht schliesslich das Bild eines anscheinend von Hause aus vorhandenen Schwachsinn. Möglich, dass auch die neuerdings als *Dementia infantilis*<sup>1)</sup> beschriebenen Fälle zum Theile hierher gehören. Ausserdem scheinen manche acquirirte Defectpsychosen bei Kindern in der älteren Litteratur fälschlich zur Idiotie gezählt worden sein. Z. B. hat Berkhan<sup>2)</sup> einen Stupor nach Typhus als „vorübergehenden Idiotismus“ beschrieben“.

Endlich ist von Kraepelin<sup>3)</sup> auch erwogen worden, ob nicht gewisse „frühere Eigenthümlichkeiten“ solcher Kinder, die später an zweifelloser Katatonie erkranken, bereits als erste Zeichen des schubweise einsetzenden Leidens zu betrachten sind. Ein derartiges Verhalten dürfte auf unseren Fall X zutreffen, in welchem schon im 9. oder 10. Jahre und lange vor manifestem Ausbruch der Psychose „verrückte Ideen“ und Verkehrtheiten bemerkt worden waren.

Natürlich soll mit diesen Ausführungen nicht behauptet werden, dass aus jedem Vorkommen einzelner „katatonischer“ Symptome bei Imbecillen und Idioten nun gleich auf überstandene Katatonie geschlossen werden darf. Tic's, Maniren und Stereotypien finden sich gerade auch bei Idioten<sup>4)</sup>. Und einen ausgebildeten katatonischen Symptomencomplex mit Stupor können wir bei den verschiedensten organischen und functionellen Geistesstörungen vorübergehend antreffen. Für die Diagnose Katatonie ist stets nur das Gesamtkrankheitsbild maassgebend<sup>4)</sup>.

Demnach lassen sich folgende Sätze aufstellen:

Die Katatonie tritt auch im Kindesalter auf, vor allem im Alter vom 12. bis 15. Jahre, und weicht hier in ihren Hauptzügen nicht von der Katatonie der Erwachsenen ab.

1) Vergl. Weygandt, Idiotie und *Dementia praecox*. Zeitschr. f. jugendl. Schwachsinn. I. 311.

2) Berkhan, Die Idioten der Stadt Braunschweig. Zeitschr. f. Psych. 37. S. 281.

3) l. cit.

4) Vergl. Raeecke, Einiges zur Hysteriefolge. Neurol. Centralbl. 1907. No. 7.

In der Regel lässt sich eine angeborene psychische Minderwerthigkeit als Grundlage nachweisen, auf welcher sich die Psychose entwickelte, während äussere Ursachen keine wesentliche Rolle spielen.

Manche sogenannte „Imbecille mit katatonen Symptomen“ mögen schon in der Kindheit einen Anfall von Katatonie durchgemacht und dabei ihre Geistesschwäche ganz oder zum grössten Theile erworben haben.

Das Bestehen einer imbecillen Grundlage hat auf das äussere Krankheitsbild und auf die Prognose der Katatonie keinen merklichen Einfluss.

---

Meinem hochverehrten Chef Herrn Geheimrath Prof. Dr. Siemerling spreche ich für die Ueberlassung der Krankengeschichten auch an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank aus.

---