

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Kiel
[Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Siemerling].)

Psychopathie und chronische Encephalitis epidemica mit eigenartiger Symptomatologie. („Larvierte Onanie.“)

Von
Prof. Runge,
Oberarzt der Klinik.

(Eingegangen am 25. Januar 1923.)

A. F., 20 Jahre, stud. theol.

Vorgeschichte (nach Angaben der Angehörigen, besonders eines Bruders und der behandelnden Ärzte). *Heredität*: Großvater mütterlicherseits Balte, Privatgelehrter, sehr begabt, aber ängstlich, unentschlossen, weltfremd, pedantisch, sehr gerechtigkeitsliebend, religiös sehr interessiert, trat als Ev.-Lutherischer zur alt-lutherischen Kirche über. Ein Bruder desselben Kunstmaler, lebte in unglücklicher Ehe, war unbeholfen, unpraktisch, erblindete später. Großmutter mütterlicherseits gesund, zäh, ausdauernd, energisch, dirigierte ihren Mann. Ihr Bruder erblindete in späterem Alter. Mutter: Jüngste von 7 Geschwistern, Nachkömmling, etwas kleinlich-pedantisch, nach anderer Auskunft aber recht unordentlich. Eigenartig. Von pessimistischer Grundstimmung, nimmt alles schwer, zeigt häufigen Stimmungswechsel, tritt wenig hervor, schüchtern, „seelisch nicht ganz ausgereift“, stark religiös in orthodoxem Sinne. Liebt Verkehr mit andern, hat aber wenig solchen. Ihre Geschwister zum größten Teil etwas nervös, leicht aufgeregt, schwierig zu behandeln. Alle sehr musikalisch. 2 Töchter ihres ältesten Bruders (*Cousinen mütterlicherseits*) geisteskrank. — Großvater väterlicherseits sehr intelligent, sehr zurückhaltend, abnorm streng gegen seine Kinder, hart bis zum äußersten, sehr sparsam. Großmutter väterlicherseits „Seele von Mensch“, optimistisch, gesellig. Vater emerit. Geistlicher in kl. Stadt. Sehr wissenschaftlich interessiert gewesen, hatte aber „eigene Anschauungen“, stritt sehr viel mit wissenschaftlichen Gegnern. Lehnte einen Ruf als Ordinarius an eine Universität auf Rat des Schwiegervaters, da es dort zu „liberal“ war, ab. Heitre, offene Natur, gutmütig, aber nicht weich, hatte etwas Gelehrtenstolz. Jetzt senil-dement. Eine verheiratete Schwester von ihm sehr energisch, selbstbewußt, in späteren Jahren etwas sonderbar, altjüngferlich, viril. Unter den übrigen Verwandten des Vater nichts Besonderes. — Pat. Jüngster von 9 Geschwistern. Älteste Schwester litt von Kind auf an Asthma, soll früher Morphinistin gewesen sein (von anderer Seite bestritten). Verliebte sich im 32. Jahr, zeigte das auffallend, hatte eine Art erotischen Beziehungswahn, glaubte sich fälschlicherweise wiedergeliebt, machte dem betr. Herrn eine Liebeserklärung, war unbelehrbar, aufgeregt, äußerte Suicidgedanken. 3 Monate in einer Privatheilanstalt. Hielt dort an ihrem Liebeswahn fest, beruhigte sich aber später. Zweitältester Bruder brach vor einem Examen „nervös“ zusammen, starb infolge

schwerer Verwundung durch Unglücksfall im Felde, benahm sich dabei heldenhaft. Ein *weiterer Bruder* starb im Feld an Genickstarre. — Ein *dritter* (von mir selbst gesehener) *Bruder* macht einen intelligenten Eindruck, zeigt aber ein auffallend geschraubtes Wesen und eine manierierte Ausdrucksweise, ist offenbar von recht schwächlicher Konstitution. *A. F. selbst*: immer etwas „*zart*“, wurde als Jüngster verhätschelt, bekam oft seinen Willen, etwas eigensinnig. War weichen Gemüts, sentimental, empfindsam. Im ganzen sonst von normaler, heitrier Stimmungslage, leitete einen Schülerverein, hatte viel Verkehr, viel wissenschaftliche, künstlerische Interessen, gute Begabung, verfaßte lyrische Gedichte, musikalisch, im Klavier-, Harmonium- und Orgelspiel Autodidakt, komponierte. Lernete auf Schule und Gymnasium leidlich, jedoch kein Musterschüler. Machte auch dumme Streiche gelegentlich mit. Turnte gern, guter Schwimmer.

Bestand Februar 1920 mit 18½ J. das Abitur. Hatte vorher angespannt gearbeitet, die Eisenbahnfahrten zur Schule strengten ihn stets sehr an. War zuletzt etwas nervös geworden. Bald darauf, *Ende Februar 1920, fieberhafte Erkrankung*, die vom Arzt als *Grippe* bezeichnet wird. Hatte mehrere Wochen leichtes Fieber, geringe Bronchitis, Schnupfen, außerdem aber litt er an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Gliedern, „geistiger Schwäche“. Keine Delirien. Konnte angeblich anfangs schlecht Urin lassen, nur auf Umschläge. — Stand erst nach Ablauf von 4 Wochen auf. *Litt dann nachher noch an Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Händen. Bekam allmählich eine gebückte Haltung, einen „starren, unbelebten“ Blick. Hatte eine innere Unruhe.* — Hatte sich bereits vor der Erkrankung in ein Mädchen verliebt, was ihn sehr beschäftigte. Da das Mädchen seine Liebe nur rein freundschaftlich erwiderte, kam es im Sommer 1920 zu einem Bruch, der ihn sehr deprimierte. Immer wiederholte Annäherungsversuche seinerseits hatten keinen Erfolg. — Trotz der Beschwerden ging er mit dem Bruder nach Pfingsten 1920 auf die Universität. Zeigte dort eine zunehmende *Interesselosigkeit und Willensschlaffheit*. *Schlieft nachts nicht, dagegen erst gegen Morgen und dann bis mittags, nach dem Mittagessen wieder einige Stunden.* Besuchte infolgedessen nur wenig Kollegs. *Apathisch*, sonderte sich ab, hatte dauernd den Mund offen. *Atmete oberflächlich und schnell*, klagte über Atemnot. Konnte sich nicht konzentrieren, hatte eine innere Unruhe, litt unter der Liebesaffäre. Der Bruder brachte ihn nach 2 Monaten nach Haus. Ohne daß sich der Zustand geändert hätte, besuchten beide Winter 1920/21 eine andere Universität. Ende 1920 und Juli 1921 nochmalige leichtere, fieberhafte Erkrankungen, angeblich Grippeanfälle. Am 15. XI. 1920 ließ er sich in der Nervenklinik der Universität untersuchen, klagte nach der dortigen Auskunft über Aufgeregtheit, machte einen mädchenhaft-scheuen, verlegenen, kindlichen, psychopathischen Eindruck, bot aber keine körperlichen Störungen. Die subjektiven Beschwerden bestanden weiter, insbesondere die Schlaflosigkeit und Schlafverschiebung, die Willensschwäche und innere Unruhe. Von Weihnachten 1920 ab Vorbereitung auf das Hebraicum in einem kleinen Landort, bestand dies Frühjahr 1921. Schon vorher verschlimmerten sich die *Atemstörungen* (nach anderer Version begannen sie damals überhaupt erst). Es handelte sich um eine anfallsweise einsetzende Atembeschleunigung und Atemvertiefung mit starkem „Pusten“, was aber bei lebhafter Unterhaltung, Ablenkung und im Schlaf aufhörte. Verlor infolgedessen eine Hauslehrerstelle nach kurzer Zeit. Im Sommer 1921 erneuter Universitätsbesuch, bei Fortbestehen der Beschwerden. Gab aber doch Privatunterricht. Besuchte kaum noch Kollegs. Die Liebesgeschichte drückte weiter auf ihn. In den Herbstferien 1921 wurde er noch apathischer, verlor jeden Lebensmut, äußerte Selbstmordideen und fing dann im September an, *sich häufig mit beiden Händen oder mit dem Taschentuch und allen möglichen Kleidungsstücken am Hals zu würgen*, während die Atemstörungen etwas nachließen. Er würgte sich schließlich, wo er sich gerade befand, auf der Straße oder sonst wo. Er gab an, daß er es nicht

aus Selbstmordabsichten tue, sondern, um sich eine „angenehme Art von Schwindel“ zu erzeugen. Schon im Sommer 1920 legte er oft den Kopf nach hinten und verdrehte die Augen. Das Würgen wurde immer häufiger und rücksichtslos durchgeführt, so daß sich eine Entzündung an der Haut des Halses entwickelte. Ermahnungen, ärztliche Behandlung nutzten nichts. Gleichzeitig setzte eine Schwäche des rechten, dann eine fast völlige Lähmung des linken Armes ein; die durch Elektrisieren gebessert wurde.

Vom 2. bis 9. X. 1921 in der Heil- und Pflegeanstalt zu Kropp: Bei der Aufnahme deprimiert, weint, stöhnt, jammert über seinen Zustand. Versucht sich fortgesetzt mit der Hand oder dem Rockkragen zu würgen, hatte sich bereits eine 10 cm lange Wunde am Hals mit starker Irritation der umgebenden Haut beigebracht. Außer einer Rötung der Conjunctiven und leichter Sehnenreflexsteigerung fand sich eine als funktionell angesehene „Bewegungsstörung“ der rechten Schulterarmmuskulatur, so daß der Oberarm schlaff herunter hing und aktiv nicht gehoben werden konnte, während die Motilität des Vorderarms und der Hand ungestört war. — Depressiv, ängstlich und etwas gehemmt. Trotzdem aber ziemlich anspruchsvoll und unzufrieden, verwöhnt. Queruliert in einem Brief nach Hause stark, schilt auf den Arzt, droht mit Suicid, wenn er nicht abgeholt werde. — Atmung zeitweilig stark beschleunigt und geräuschvoll, zwischendurch und z. B. bei Ablenkung ruhiger. Auf Schlafmittel leidlicher Schlaf. — Keine rechte Krankheitseinsicht. Am 19. X. 1921 in die *Privat-Heilanstalt Ilten*¹⁾ überführt. Dort Fortsetzung der Würgeversuche mit Bettuch, Kopfkissen, Überdecke, trotz energischer suggestiver Einwirkung. Schließlich durch Handschuh am Würgen gehindert. Fängt aber, als nach 6 Wochen die Handschuh wieder abgenommen werden, sofort in Gegenwart des Arztes wieder an zu würgen. Weiß, daß er sich schadet, tut es trotzdem. Hat eine krampfhaft gezwungene Haltung mit Beugehaltung der Arme und Fäuste. Bei passiven Bewegungen Widerstand, kann aber, wenn er will, alle Bewegungen ausführen. — Queruliert weiter, teilweise recht boshaft. Kratzt sich viel am Hals. Sehr anspruchsvoll. Ißt nicht allein, muß ständig gefüttert werden. Klagt über große innere Unruhe. Anfang November nachts motorische Unruhe, singt laut. Keine intellektuellen Ausfälle. 21. XII. 1921 nach Haus entlassen.

Erholte sich hier körperlich, wurde geistig regsamer, las Romane, spielte Schach, zeigte mehr Interesse, Lebensmut, „Gesundungswillen“. Das Würgen wurde aber fortgesetzt und steigerte sich. Um ungestört zu sein, schloß sich F. öfter ein. Bei Versuchen, ihn am Würgen zu hindern, wurde er ausfallend, grob. Auffallender Stimmungswechsel, trotziges Verhalten. Wurde schließlich von den Angehörigen zur Verhinderung des Würgens mit einer Kette ans Bett gefesselt.

30. I. 1922. Aufnahme in die Klinik:

Wird mit gefesselten Händen gebracht. Nach Abnahme der Fesseln drückt F. sofort mit beiden Fäusten gegen die Halsgegend unterhalb des Kehlkopfes, indem er den Kopf nach hinten beugt und die Augen schließt. Wird schließlich dabei blaß, die Atmung sistiert. Läßt dann los, worauf die Atmung tief und schnaufend wieder einsetzt und längere Zeit so bleibt, bis ein erneuter Würgeversuch einsetzt. Wiederholt diesen ca. 50 mal in der Stunde, unbekümmert um seine Umgebung, wird gereizt, wenn man ihn durch Festhalten hindert, sucht sich loszureißen. Auch Vorhaltungen helfen nicht. Gibt als Grund für das Würgen an: „Ich habe ein instinktives Gefühl, das mir sagt, ich müßte es tun!“ Er tue es, ohne es zu wollen. Ende September sei es zuerst im Anschluß an Aufregung über eine Liebesangelegenheit aufgetreten. Gibt im Laufe der Beobachtung bei mehrfachen Explorationen

¹⁾ Für die frdl. Überlassung der Krankengeschichten spreche ich der Direktion der Kropp- und der Itener Anstalt meinen verbindlichsten Dank aus.

folgendes an: Februar 1920 „schwere Grippe“ mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit. Sie kam im Anschluß an eine Familienszene (Streit zwischen Bruder und Schwester), die ihn aufgeregt hatte, zum Ausbruch. Kurz vorher Abitur gemacht. Lag 2 Monate. Schief wenig, hatte eine große Unruhe, wälzte sich herum, die Glieder zuckten. Nachher bestand eine große Schwäche, eine starke innere Unruhe, eine Schlaflosigkeit weiter. Seit Herbst 1919 liebte er ein Mädchen, Tochter eines Geistlichen, verkehrte in ihrem Elternhaus, verstand sich mit ihrer 40jährigen Mutter gut. Das Mädchen behandelte ihn freundlich, erwiderte seine Liebe aber nicht. Im Mai 1920 teilte ihm dies ihre Mutter mit und wünschte Unterbrechung des Verkehrs. Darüber sehr deprimiert, weinte, kam nicht darüber hinweg, auch während seines Aufenthaltes auf den Universitäten nicht. — Dort bestanden die Beschwerden weiter. Schildert aber seine Unfähigkeit zur Arbeit nicht als so stark wie die Angehörigen. Behauptet, daß die Atemstörungen erst im Frühjahr 1921 aufgetreten seien. Damals auch starke Rückenschmerzen, ging seitdem „krumm“. Freunde und Verkehr hatte er wenig, trotz seiner Mitgliedschaft in einer Studentenverbindung. Die innere Unruhe, die Schlafstörungen bestanden weiter. Versuchte immer wieder Annäherungen an das von ihm geliebte Mädchen. Bei einer geselligen Zusammenkunft am Ende des Sommersemesters 1921 bevorzugte sie sichtlich einen anderen. Ein Geschenk und sämtliche Briefe schickte sie ihm zurück. Er beschwerte sich darüber bei der Mutter, die sehr grob antwortete, da ihm in dem Brief auch noch ein beleidigendes Mißverständnis untergelaufen war. In jener Zeit verunglückte er mit dem Rad, geriet in einen See kam bis zum Hals ins Wasser, arbeitete sich wieder heraus. Machte sich dann aber Vorwürfe, daß er überhaupt wieder herausgekommen sei, wünschte, ertrunken zu sein. Hatte dann häufiger Selbstmordgedanken infolge des Erlebnisses mit dem Mädchen. Dachte daran, sich zu erhängen. Er habe sich in diese Vorstellung hineingedacht und geträumt. Habe oft den Atem angehalten. Schließlich habe er den Versuch gemacht, sich mit einem Handtuch zu erwürgen, war aber zu energielos, es ganz fertig zu bringen. *Bemerkte dabei zum erstenmal ein angenehmes Gefühl. Er habe dabei ein Schwindelgefühl, die „Empfindung eines Höhenrausches“, die für ihn angenehm sei, es sei ein wollüstiges Schwindelgefühl!* Angst habe er nicht dabei. Die Empfindung sei von der sexuellen Erregung durchaus verschieden. Besonders gern tue er es, wenn die andern sich darüber erregten. Gedanken habe er sich über das Würgen nie gemacht, obwohl er sich bewußt sei, seinen Eltern damit Kummer zu machen. Sein religiöses Leben sei seitdem völlig in die Irre gegangen, habe seine Religion verleugnet, ohne Ideale gelebt, ohne Ziel und Aufgabe. Er sei völlig mit sich unzufrieden, völlig mit Gott und der Welt zerfallen gewesen. Allmählich habe er aber in der letzten Zeit seinen Glauben wiedergefunden und sehe seine Aufgabe, Gott zu dienen, vor sich. Die Lektüre von *Kügelgen*: „Erinnerungen eines alten Mannes“ hätte das bewirkt.

Bestätigt die Angaben der Angehörigen über Belastung und Vorgeschichte. Gibt zu, verwöhnt, etwas eigensinnig, etwas schwer erziehbar, leicht beeinflussbar und etwas weichen Gemütes, nicht besonders energisch, etwas von sich eingenommen gewesen zu sein. Lernte auf der Schule leicht, körperlich etwas zart, aber bis auf Kinderkrankheiten gesund. Trieb Musik, leitete einen literarischen Schülerzirkel. Ging trotz vieler Freundschaften gern eigene Wege. Gibt über sein *Sexualleben* an: er sei im 16. Lebensjahr von einem Studenten zur mutuellen Onanie geführt, die einige Monate betrieben wurde. Setzte sie dann alleine fort und betrieb sie bis jetzt. Während seiner Verliebtheit wurde sie erheblich seltener, nachher wieder erheblich stärker. Hatte sehr damit zu kämpfen und es nie ganz lassen können. Seit dem Würgen sei es seltener geworden. Herbst 1920 mit 20 Jahren wurde er im elterlichen Haus von einem Dienstmädchen zum sexuellen Verkehr geführt, der einige Male wiederholt wurde. Seitdem nie wieder geschlechtlich verkehrt. —

Macht einen etwas kindlichen, unfertigen Eindruck, zeigt im ganzen wenig Affekt, scheint zeitweilig apathisch, zuweilen etwas läppisches Lachen, witzelt etwas. Kein Interesse an den Vorgängen der Außenwelt, keine Initiative. Völlig klar, orientiert. Keine Störung der aktiven Aufmerksamkeit, passive dagegen mangelhaft. Beim Assoziationsversuch (nach Nachlassen des Würgens) erfolgen die Reaktionen prompt. Tachistoskopische Darbietungen werden ebenfalls nach Nachlassen des Würgens in normalen Grenzen wahrgenommen. Merkfähigkeit ungestört. Allgemeinkenntnisse mäßig. Neuere Ereignisse hat sich F. vielfach nicht eingeprägt.

Somatischer Befund: Kleine schwächliche Statur, Gewicht 47,4 kg bei 160 cm Größe, blasser Gesichtsfarbe, etwas unentwickelte, kindliche Gesichtszüge, Körperbau etwas unterentwickelt; Pubes von femininem Typ. Einförmig-müder Gesichtsausdruck, Gesicht wenig belebt. Kein Fieber. Pupillenreflexe in Ordnung. Beim Blick seitwärts erreicht der äußere Hornhautrand nicht den äußeren Lidwinkel. Leichtes Hängen der Augenlider, öfteres Gähnen. Aktive Bewegungen müde, langsam. Geringe Beugecontractur der Finger im 1. Interphalangealgelenk und der Arme in den Ellenbogengelenken, so daß ausgiebige Streckung nicht möglich ist. Linker Arm dauernd in Beugehaltung. Rectusdiastase. Sehnenreflexe in Ordnung. Rechts fragl. Babinskisches Phänomen, Oppenheim beiderseits positiv, Abdominal- und Cremasterreflexe o. B. Keine Rigidität, keine Sensibilitätsstörung. Beim Gehen pendeln die Arme nicht mit. Im Stehen öfter leichtes Rückwärtstreten, was durch einen leichten Stoß vor die Brust verstärkt wird. Keine Propulsion, Rumpfhaltung leicht gebeugt. Innere Organe o. B. Puls 72 regelmäßig.

Macht weiter fortwährend *Würgerversuche*. 2- bis 4stündige nasse Packungen, längere Bäder, Schlafmittel, Epiglandol hindern ihn gar nicht oder nur vorübergehend daran. Nach mechanischer Verhinderung des Würgens, z. B. durch Pakkungen, würgt F. bedeutend intensiver und häufiger als vorher, als wenn er durch den Widerstand dazu gereizt würde. Würgt entweder, wie beschrieben, mit den Fäusten oder mit dem Hemdkragen. Auf dem Höhepunkt des Würgens wird jedesmal die Carotis beiderseits pulslos, die Atmung sistiert. Es tritt starke Blässe des Gesichts ein, worauf F. das Würgen abbricht, das Gesicht sich wieder rötet, die Atmung tief, schnaufend und beschleunigt wieder einsetzt. Gerät während des Würgens förmlich in Ekstase. Die dabei eintretende psychische Erregung ähnelt einem Orgasmus. Würgt in Gegenwart der Ärzte, Schwestern, Kranken, Besucher unbekümmert weiter. Wird er festgehalten, versucht er mit den Füßen zu stoßen. In der Zwischenzeit zeigt F. eine leidlich gute Stimmungslage, unterhält sich auch, schreibt einen geordneten Lebenslauf, zeigt aber keinerlei Neigung zur Beschäftigung. Ausgesprochen *querulatorische Züge*: hat unausgesetzt Wünsche, belästigt oft unnötig das Pflegepersonal und seine Umgebung. Schreibt einen querulatorischen Brief an die Eltern, indem er sich absprechend über die Behandlung äußert und meint, daß er durch „diese Quälerei hier“ langsam zugrunde gehe. Macht weichlichen, verwöhnten Eindruck. Ihm aufgetragene kleine Arbeiten führt er nicht aus, würgt immer wieder, wäscht sich nicht, ist kaum zum Zähneputzen zu bringen, ißt außerordentlich langsam, kommt infolge des Würgens zeitweise gar nicht dazu und muß gefüttert werden. Liest zuweilen in einem Buch, aber nur kleine Absätze. Läuft oft zum Klosett, anscheinend um ungestört würgen zu können, hockt sich dort auf den Fußboden und würgt, ebenso in Gegenwart seines Besuches. Beobachtet seine Umgebung ziemlich genau. Schläuft auf Schlafmittel leidlich, um gleich nachher wieder zu würgen. Temperatur am 9. II. abends 37,5, sonst kein Fieber. Puls meist 80 bis 108. — 10. II. Geht in leicht gebeugter Haltung, läßt sich beim Hinsetzen auf den Stuhl fallen, ohne irgendwelche Mitbewegungen, oder sinkt beim Essen hintenüber, wobei die gebeugten Arme eine Zeitlang in der Luft schweben bleiben. Sitzt oft regungslos da. Macht auch heute

während der Exploration im Sonderzimmer Würgeversuche. Warum er es tue, wisse er nicht, es geschehe mechanisch, instinktiv. — Gähnt oft. Statt zu antworten, würgt er sich oft. Bestreitet Suicidneigung. Beiderseits leichte Ptosis, Augenlider sinken nach längerer Unterhaltung immer mehr herunter, Bulbi erreichen nach oben und seitwärts nicht ganz die Endstellung, deutlicher Nystagmus nach oben und seitwärts. Lebloses Gesicht, wenig Mimik. Im linken Arm und Bein bei passiven Bewegungen zuerst leichter Widerstand, dann nicht mehr. Arm-contractur wie vorher. Keine Adiadochokinesis, Tremor der ausgestreckten Hände, links stärker als rechts. Kopf meist hintenüber. Beim Stehen Neigung zum Rückwärtstreten. Arme pendeln nicht. Schrift zitterig, schwer leserlich. Schläft ohne Schlafmittel wenig, würgt auch nachts. Bei Ablenkung durch Unterhaltung hört es kurze Zeit auf. — Nystagmus abends weniger deutlich. Rechts Andeutung von Babinski. Am 12. und 15. II. wieder leichte Temperatursteigerungen (37,7 und 37,5). Würgt nachts stehend oder sitzend. Stöhnt und schnauft danach derart, daß er störend wird. Tagsüber sehr müde. — Weiterhin bestand der gleiche Zustand bei F. mit Schwankungen bis in den Herbst 1922 hinein fort. Bessere Zeiten, in denen er weniger würgte, frischer, regsamer, lebhafter schien, mehr Interesse an der Umgebung, etwas mehr Impulse und Antrieb zeigte, wechselten mit solchen stärkeren und intensiveren Würgens, ausgesprochenerer Apathie und zuweilen einer geradezu auffallenden Dösigkeit und Müdigkeit, die sich in seinem Benehmen und Gesichtsausdruck ausprägte, einer ausgesprochenen Willenschlafheit ab. In Zeiten, in denen er weniger würgte, traten die tachypnoischen Anfälle stärker und häufiger hervor. F. erklärte einmal direkt, er müsse so atmen oder eben würgen. In den Stadien heftigeren und häufigeren Würgens steigerte er sich förmlich in eine Art Würgektase hinein, ließ sich dann dabei durch niemand stören, würgte auch in Gegenwart seiner Besuche, beachtete die Neckereien seiner Mitpatienten nicht. Versuche, ihn daran zu hindern, mißglückten nach wie vor. F. schalt dann und stieß die betreffende Schwester mit den Füßen. Dauerbäder, Packungen, Schienenverbände um die Arme hatten keinen nachhaltigen Erfolg, nach Abnahme letzterer würgte F. in verstärktem Maße. Das Würgen wurde zeitweilig so stark und häufig, daß ihm danach die Zunge aus dem Munde hing und er starke Schweißausbrüche bekam. Im Mai, während einer besseren Zeit, gelingt es, ihn dazu zu bewegen, das Würgen weniger häufig vorzunehmen und die Häufigkeit desselben selbst durch Zählen zu kontrollieren; kommt dann von 90 auf 25 Würgeversuche pro Tag herunter. Schließlich aber steigert sich die Häufigkeit und Intensität des Würgens nach kurzer Zeit wieder und es stellt sich heraus, daß F. offenbar, um die Zählung der Würgeversuche teilweise zu umgehen, in der Weise würgt, daß er den Hals gegen die Bettkante drückt. Gibt auf Befragen immer wieder an, daß die Empfindung beim Würgen ganz anders als bei einer sexuellen Erregung sei. Es komme *„instinktmäßig aus dem Unterbewußtsein so über ihn“*. Der schönste Augenblick dabei sei der, kurz bevor er wieder loslasse. Es sei wohl eine Art Selbstbefriedigung, aber anders als das Onanieren. Einmal gab F. an, daß ihm bei dem Würgen allerhand „einfalle“, ein andermal, daß er bei dem Würgen Gestalten sehe und Stimmen höre, besonders wenn er den Hals gegen die Bettkante drücke, z. B. seinen Namen rufen höre, Worte, die man früher zu ihm gesprochen habe, aber auch neue, die er noch nie gehört habe. Er sehe beim Würgen „wirre Gestalten“, „Schulbänke mit Kindern“ u. a. Die Finger sind durch das dauernde Würgen teilweise deformiert; platt gedrückt. Endglieder zum Teil etwas dorsalflektiert. Haut am Halse dicht über den Schlüsselbeinen und unterhalb des Kehlkopfs gebräunt und gerötet. Die Arme werden meist in Beugehaltung auf der Brust gehalten, in Bereitschaft zum Würgen. Ein Brief seiner Angehörigen, der ihn wegen einer Absage zu Tränen rührt, hindert ihn nicht, sofort darauf wieder zu würgen. — Zeigt im Anfang noch

eine etwas querulatorische Einstellung, klagt viel über das Pflegepersonal, das gut für ihn sorgt. Im übrigen keine wesentlichen Affektschwankungen, meist leicht apathisch, schlaff, willenlos, kann sich beim Lesen nicht konzentrieren. Auffassung, Gedankengang ungestört. Orientierung stets erhalten. Antwortet auf Fragen erst nach längerer Pause und Wiederholung derselben. Gereizt, empört, wenn man ihn am Würgen hindert, nachher aber doch auch dankbar. Während der stärkeren Würgeperioden vernachlässigt sich F. äußerlich, wäscht sich wenig oder gar nicht, Mundumgebung meist mit Speiseresten verunreinigt. Erhält während einer stärkeren Würgeperiode am 18. III. abends eine Laudanon—Scopolamininjektion. Fühlt sich danach am 19. III. müde und abgespannt, würgt weiter viel, auch am 20. III., trotzdem er auch am 19. III. abends die gleiche Injektion erhalten hatte. *Nachmittags plötzlich 20 Minuten anhaltender tonischer Krampf der Extremitäten und des Gesichts.* Derselbe setzt langsam ein, während F. sich unterhält; erst tonischer Krampf der Finger und Hände mit Pfötchenstellung, dann 2 Minuten lang auch tonischer Krampf der Füße und Beine, zuletzt auch des Gesichts. Mund wird in die Breite gezogen. Starkes Lidflattern, tiefe Blässe, zyanotische Verfärbung der Lippen. Kein Bewußtseinsverlust, Pupillenreaktion nach Angabe der Schwester etwas träge. F. versucht durch Anstemmen der Beine der Krämpfe „Herr zu werden“. Nachher matt. Fängt, sobald er die Hände bewegen kann, gleich wieder an zu würgen. In den nächsten Tagen würgt F. wieder sehr stark. Am 24. III. nachmittags tonischer Krampf der linken Hand von 7 Minuten Dauer. Vom 13. bis 24. IV. wieder abendliche Temperatursteigerungen von 37,4 und 37,5°C. Am 20. IV. klagte F. über eine Art Verfolgungsangst, glaubte von allen scheel angesehen zu werden, fürchtete, daß sich alle auf ihn stürzen werden, um ihn nach der unruhigen Station zu bringen und dort zu drangsaliieren. („Es ist so eine Art Verfolgungswahnsinn, an dem ich leide.“) Läßt sich dies aber schließlich ausreden und lacht darüber. Äußert in der gleichen Zeit, daß er tief unglücklich sei, wenn er an sein verführtes Leben und sein Studium denke. Am liebsten erwürge er sich, verliere aber dabei die Sinne und die Kraft, so lange zu würgen, bis er tot sei. Macht während der Monate Juli und August bis zum 29. VIII. eine Injektionskur mit Natrium kakodylicum in hohen Dosen von 1,0 bis 5 g pro dosi (intravenös) und einer Gesamtdosis von 42 g durch. Am Ende der Kur von Ende August ab zeigt F. mehr Regsamkeit, beschäftigt sich mit Reinigungsarbeiten, wird allmählich frischer und froher, spielt Schach, Harmonium, würgt weniger. Zeigt statt dessen wieder ausgesprochene tachypnoische Anfälle. Mehrere tiefe und beschleunigte Atemzüge, die allmählich abklingen, sind von einer fast apnoischen Pause gefolgt. Die Besserung, die stärkere Aktivität und Regsamkeit halten noch bis etwa 20. IX. an, während das Würgen schon wieder häufiger geworden ist. Ende September und Anfang Oktober wieder äußerst starkes und gehäuftes Würgen, die Besserung des psychischen Verhaltens ist wieder völlig geschwunden, jegliche Willenskraft anscheinend erloschen. Wiegt neuerdings nach jedem Würgeakt im Sitzen seinen Oberkörper einige Male hin und her, beleckt mit der Zunge mehrere Male die Lippen. 31. X. Chvostek schwach positiv, wird deutlicher nach mehreren tiefen Atemzügen. Kein Trousseau. Elektrische Erregbarkeit des Medianus: KSZ 2,0, ASZ 4,5, AÖZ 3,0 M. A. 1. XI.: will im Anschluß an eine Prügelei mit einem andern Kranken wieder einen nicht beobachteten tonischen Krampf in Händen, Füßen und Gesicht bekommen haben. Solcher Krampf komme hauptsächlich, nachdem er längere Zeit tief geatmet habe. Auch zu Haus habe er das hin und wieder gehabt, einmal so, daß er nicht sprechen konnte. Es sei aber erst nach dem Würgen aufgetreten. In letzter Zeit fällt auf, daß F. sich *gelegentlich* nach dem Würgen in die Genitalgegend greift oder mit den Oberschenkeln, die an den Leib gezogen werden, reibende Bewegungen macht. 4. XI.: Gibt heute nach einer ziemlich lange dauernden und ihn stark erregenden Exploration, bei der er in

seiner gewohnten Weise, aber anhaltender tief und beschleunigt geatmet hatte, plötzlich an, wieder einen Krampf zu haben: Füße leicht plantar flektiert, Zehen gebeugt, Finger halb gebeugt und gespreizt, Daumen opponiert. Passiv kann der Krampf gegen einen Widerstand überwunden werden, aktiv nicht. Chvostek positiv, Trousseau angedeutet. Will auch im Gesicht einen Krampf haben, objektiv nichts festzustellen. Der Krampf schwindet nach wenigen Minuten bei ruhiger Atmung. — Wird vom 5. XI. ab bis Ende November, da bisher jede Therapie dem Würgen gegenüber versagt hat, 5mal *hypnotisiert*. Kommt die ersten Male nicht, dann aber schnell in tiefen Schlaf, in dem suggestive Erzeugung von Katalepsie und andere Suggestionen gut gelingen. Auch eine posthypnotische Suggestion gelingt zuletzt prompt. Berichtet in der Hypnose auf Aufforderung den Grund für den unglücklichen Ausgang der Liebesgeschichte (Abneigung des Mädchens), über den (nicht in selbstmörderischer Absicht erfolgten) Sturz mit dem Rad ins Wasser, über den Grund des Würgens: Will wegen seines Onanierens Selbstmordgedanken bekommen haben, weshalb er versucht habe, sich zu erwürgen, wobei das Lustgefühl aufgetreten sei. Es sei kein Ersatz für die Onanie. Fühlt sich auf entsprechende Suggestionen nach dem Erwachen aus der Hypnose jedesmal besonders frei und leicht; die in der Hypnose völlig ruhige und langsame Atmung wird nach dem Erwachen wieder etwas tiefer und schneller. Würgt auf entsprechende Suggestion am Tag nach der Hypnose (Hypnose am Abend vorher) zunächst jedesmal erheblich weniger, nach der 3. und 4. Hypnose einen halben bis ganzen Tag gar nicht, dann aber immer wieder mehr. Wird aber sichtlich frischer, beschäftigt sich wieder etwas. Vom 21. bis 23. XI. fieberhafte Erkrankung, Magenschmerzen ohne objektiven Befund; Fieber bis 39,7 und 39,8°. Würgt am 22. und 23. XI. während des Fiebers nicht! 27. XI.: Würgt weiter, aber im ganzen weniger, nachdem ihm auf sein dringendes Bitten eine 5. Hypnose in Aussicht gestellt ist unter der Voraussetzung, daß er sich selbst mehr bemühe, den Würgtrieb zu unterdrücken. Sehr langsam beim Aufstehen, Anziehen, Abschreiben. — Heute 5. Hypnose. Schläft besonders tief. 1. XII.: Hat seit der letzten Hypnose nicht mehr gewürgt! Erst heute wieder einige Male. 2. XII.: Auch heute wieder einige Male gewürgt, worauf er sehr energisch zur Rede gestellt und ermahnt wird. Ist danach tief beschämt und würgt nicht mehr. 15. XII.: *Hat das Würgen völlig unterlassen*. Ist viel regsamer, interessierter, zeigt mehr Antriebe unter weiterer suggestiver Beeinflussung. Geht mehrfach mit Freunden aus. Hat bei einer Adventsfeier eine Ansprache gehalten. Beschäftigt sich mit kleinen Weihnachtsarbeiten, Reinigungsarbeiten, Abschreiben, was aber alles noch recht langsam geht. Ist aber vorübergehend zum schnelleren Handeln anzutreiben. Atmung immer leicht beschleunigt und vertieft, jedoch sind die tachypnoischen Anfälle etwas schwächer und seltener geworden. Dabei wird jedesmal der Kopf hin und her gewiegt. Besucht die Privatstation, spielt Klavier und Harmonium. Hat immer noch etwas Kindlich-Naives in seinem Wesen. Macht gerne Witze, was auch dem Bruder auffällt. Jeglicher querulatorische Zug ist geschwunden. *Somatischer Befund*: Haltung immer noch leicht gebeugt, Augenlider hängen nur wenig. Keine Pupillen-, Sehnen- und Hautreflexstörungen, Babinski und Oppenheim'sches Phänomen bestehen nicht mehr, Arme in leichter Beugehaltung, pendeln beim Gehen nicht. Ganz geringe Rigidität der Arme, Andeutung von Pseudokatalepsie. Speichelfluß nicht mehr vorhanden. Mäßige Bewegungsarmut, Lidschlag selten. Etwas wenig Mimik. Gibt an, zuweilen unwillkürlich lachen zu müssen. Mund leicht geöffnet, schiebt oft die Zunge zwischen die Zähne, Atmung 26 pro Minute, wird zeitweise plötzlich schneller und tiefer, dabei wird der Kopf im Takt der Atmung hin und her gewiegt. Nach 20 Kniebeugen keine Atmungsbeschleunigung. Zuweilen leichtes Rückwärtstreten. Chvostek angedeutet. Keine deutliche galvanische Übererregbarkeit am Medianus mehr.

29. XII.: Ist Weihnachten einige Tage zu Hause gewesen. Hat nicht mehr

gewürgt. Macht Pläne für die Zukunft, will Kollegs hören. Die Frische, die Neigung, sich zu betätigen, hat angehalten.

Gibt an: Habe noch nicht ganz die Willenskraft wie früher wieder. Das äußere sich in einer „Unentschlossenheit“ zur Arbeit. „Es ist so ein allgemeines Gefühl, als wenn man nicht wüßte, wo man hingehöre, ein Gefühl der Unsicherheit im Auftreten.“ Es fehle ihm der „richtige Wille“ zur Arbeit. Er glaube, daß es besser werde, wenn er wieder ein richtiges Ziel vor sich habe. Wenn er etwas durchgeführt habe, habe er auch eine normale innere Befriedigung davon. Er habe immer die Empfindung, er tue nicht genug. Er möchte das Gefühl eine „innere Unruhe“ nennen; es sei, als wenn eine innere Stimme rufe: „mehr, mehr!“ (bildlich gedacht). Andererseits sei er froh, wenn er eine Arbeit hinter sich habe. Der Antrieb sei da, die Entschlußfähigkeit, den Antrieb in die Tat umzusetzen, fehle. Der Antrieb und Impuls sei aber nicht so stark wie früher, er brauche auch mehr Energie wie früher zur Durchführung einer Handlung. Eigentlich sei die Lust zur Arbeit oder vielmehr das Pflichtgefühl größer, die Auffassung von der Arbeit eine ernstere. Er sei überhaupt ernster als früher geworden. Das Witzemachen sei nur äußerlich. Die Stimmung sei hoffnungsfreudig, oder besser bezeichne er sie als „getrost“. Dafür, daß seine Stimmung gut sein könne, sei die Vergangenheit zu schwer. Das Interesse an manchem sei noch nicht so wie früher, z. B. Interesse an Politik. Habe eigentlich nur für religiöse Sachen Interesse; aber auch das Interesse für die Musik sei wieder wie früher, nur die Fingerfertigkeit beim Klavierspiel habe gelitten. Den Glauben an Gott habe er wiedergefunden. Auch die Zuneigung zu den Angehörigen sei wieder die alte. Empfinde es schwer, daß die Eltern etwas auf dem „absteigenden Ast“ seien. Das Denken gehe gut, könne sich auch konzentrieren, aber nicht so schnell wie früher. Die Langsamkeit liege an der „Willenlosigkeit“. Er fühle sich so ungeschickt und unbeholfen in den Bewegungen der Glieder. Müsse bei jeder Handlung einen neuen Schwung dahinter setzen; früher ging es von selber. Müsse immer in bezug auf seine Person an das Sprichwort denken: „Ut desint vires, tamen est laudanda voluntas“. Habe eine gewisse Befriedigung darin schon, daß er überhaupt wieder „wölle“.

Früher auf dem Höhepunkt der Krankheit sei er völlig gleichgültig gegen alles, auch gegen die Angehörigen gewesen, völlig willenlos. Es sei ihm jetzt alles „wie ein fremdes Land“, an die Heilanstaltszeit wisse er sich kaum noch zu erinnern. Alles liege wie in einem Schleier. Er habe damals gar keinen Antrieb gehabt. Er hatte aus Kummer über die Liebesgeschichte völlig mit dem Leben abgeschlossen. Darauf führe er seine damalige Gleichgültigkeit zurück! Jeder Drang, loszukommen vom Würgen, etwas zu arbeiten usw. fehlte. Er meine, daß er erst durch die Anregung der Besuche hier, besonders seines Freundes wieder zu sich gekommen sei. Daß er seinen Eltern Kummer bereitete, eigentlich völlig vertierte, kam ihm erst allmählich zum Bewußtsein. Ob er solche Überlegung anfangs noch gehabt habe, wisse er nicht. Desgleichen wisse er nicht, daß er anfangs dauernd querulierte; erinnere sich nur, daß er sich in Ilten mit dem Pflegepersonal etwas herumgeschlagen habe. Bestreitet nochmals, daß er beim Würgen onaniert habe und daß die Erregung beim Würgen ähnlich einem Orgasmus war. Gelegentlich habe er auch einen anderen Kranken gebeten, ihn zu würgen; der machte es dann so stark, daß er bewußtlos hinfiel. Das war noch angenehmer als sonst. Die Häufung der Würgeversuche könne er sich nicht erklären, es war ein „innerer Drang“! Das unangenehme Gefühl, die Unruhe habe er nicht durch das Würgen beseitigen wollen. Könne sich auch nicht erklären, warum er bei Hindernissen und wenn andere zusahen, stärker würgte. „Ich war überhaupt etwas kindisch damals.“

Leberfunktionsprüfungen (in Gemeinschaft mit Dr. Hagemann) ergaben: Von 11 Urobilinogenuntersuchungen des Urins ergaben 2 am 12. und 14. IX. eine schwache, aber pathologische, eine am 19. IX. eine ausgesprochene Vermehrung von Uro-

bilinogen. Von 11 Urobilinuntersuchungen 3 am 11., 12. und 15. IX. schwache Vermehrung des Urobilins. Bei Belastung mit 100 g Lävulose am 20. und 29. XI. erfolgte keine Zuckerausscheidung, dagegen war die Trommersche Probe bei Belastung mit 30 g Galaktose am 24. XI. nach 2 Stunden positiv, ebenso am 27. XI. nach 2 und 3 Stunden (0,11% Zucker), Widalsche Probe am 28. XI.: auf 200 cem Milch keine Blutdruckänderung. Leukocytensturz nach 1 Stunde von 11000 auf 6900 (nach 20 Minuten geringe Steigerung auf 11800). Aminosäurenwerte bei fleischfreier Diät am 4. XII. 0,026%, 5. XII. 0,0196%, 8. XII. 0,029%. (In der med. Klinik bestimmt.)

Zusammenfassung: 20 jähriger, weicher, empfindsamer, unbeherrschter, etwas willensschwacher, aber gut begabter Psychopath mit etwas femininem Einschlag im psychischen und körperlichen Habitus, zarter Körperkonstitution, starkem Sexualtrieb, aus einer besonders von der mütterlichen Seite her deutlich degenerierten Familie stammend, erkrankt kurz nach Ablegung des Abiturs mit 18½ Jahren an einer langdauernden „Grippe“ mit leicht katarrhalischen Erscheinungen und gewissen nervösen Symptomen. Im Anschluß daran allmähliche Entwicklung eines nicht sehr hochgradigen akinetisch-hypertonischen Syndroms mit Bewegungsarmut und Bewegungsverlangsamung, geringer Armrigidität, Haltungsanomalien, Atemstörungen in Form tachypnoischer Anfälle, Schlafstörungen und psychischen Anomalien, nach Vorausgehen eines durch Willensschwäche, Apathie, Initiativemangel, Schlafverschiebung und allmähliche Entwicklung der Atemstörungen gekennzeichneten Zwischenstadiums, während gleichzeitig eine unglückliche Liebesaffäre sehr depressierend auf den Kranken einwirkt. Infolge dieser Selbstmordgedanken und nach 1½jährigem Bestehen des Leidens Versuch, sich zu erwürgen. Bemerkt dabei ein Lustgefühl; darauf sehr häufige triebhafte Wiederholung der Würgeversuche, bei denen eine Art Orgasmus entsteht und bei deren Ausführung alle inneren und äußeren Hemmungen rücksichtslos durchbrochen werden. Versagen aller therapeutischen Maßnahmen. Gleichzeitig teils querulatorisch-nörglerisches, später mehr apathisches, willenloses, oft läppisch-infantiles Verhalten, vorübergehend kurze reaktive Depressionen, völlige Selbstvernachlässigung, außer der pathologischen Triebhandlung Mangel jedes sonstigen Antriebs. Würgeversuche werden mit wechselnder Intensität und Häufigkeit über ein Jahr lang fortgesetzt, alternieren etwas mit den Atemstörungen. Einige Male ausgesprochene tetanische Anfälle. Nach über einjährigem Bestehen des Würgetriebs gelingt es, diesen durch mehrfache Hypnosen zu beseitigen und die psychischen Störungen zu bessern. Leichte Zeichen der Amyostase bestehen weiter.

Der vorliegende Fall zeigt eine Fülle höchst eigenartiger zum Teil absonderlicher und seltener Symptome auf somatischem und psychischem Gebiet, die eine ausführliche Mitteilung und Besprechung berechtigt erscheinen lassen. Bei der Analyse des Falles werden die verschiedenen am Aufbau des Krankheitsbildes beteiligten Syndrome fest-

zustellen und herauszuheben sein, um einen klaren Einblick in die Genese des Falles, in die Bedeutung dieser Syndrome für die allgemeine Pathologie zu erhalten.

Zunächst ziehen *vier Merkmale* unsere Aufmerksamkeit auf sich:

1. *Die prämorbid psychopathische Konstitution und das Sexualleben des Kranken,*
2. *das encephalitisch-amyostatische Syndrom,*
3. *die eigenartigen mit der psychopathischen Konstitution einerseits, mit der Encephalitis epidemica andererseits in Zusammenhang stehenden, besonders durch die unausgesetzte Wiederholung einer scheinbar sinnlosen Triebhandlung ausgezeichneten psychischen Störungen,*
4. *die echt tetanischen Anfälle.*

Die *psychopathische Konstitution* des F. prägt sich in dem empfindsamen, weichen Gemüt, in dem etwas willensschwachen Verhalten sowie mädchenhaft-femininen Wesen aus, wieweil letzteres, wie auch der Bruder angab, während der Krankheit noch stärker wurde und z. B. unter anderem in der auffallenden Neigung zu einem sonst in der Familie nicht üblichen häufigen Küssen seiner Angehörigen und Bekannten hervortrat. Die psychopathische Konstitution zeigt sich ferner in der Unbeherrschtheit der Affekte und Triebe (Maß- und Hemmungslosigkeit während der unglücklichen Liebesaffäre, Verführung durch ein Dienstmädchen zum sexuellen Verkehr, durch einen Freund zur Onanie, die bisher ohne Unterbrechung etwa 6 Jahre fortgesetzt wird), in einer erheblichen Reizbarkeit, in einer gewissen seelischen Unreife und Infantilität, die allerdings besonders nach der Encephalitis zutage trat und zum Teil ein Produkt dieser sein dürfte. Eine zarte Körperkonstitution sowie exogene Einwirkungen: eine fehlerhafte Erziehung und Verhättschelung scheinen die psychopathischen Züge noch gesteigert zu haben. Dabei ist die intellektuelle Entwicklung eine durchaus gute gewesen, so daß F. glatt die Schulen absolvieren und die Reifeprüfung rechtzeitig ablegen konnte. Eine leidlich gute Begabung zeigte er auch auf musikalischem Gebiet. Die als Merkmal der schizoiden Anlage vielfach angeführte Ungeselligkeit fehlte hier; F. betätigte sich sogar als Leiter eines Schülerversins. Allerdings gab er selbst an, trotz viel Freundschaften gern eigene Wege gegangen zu sein. Eine autistische Abschließung von der Außenwelt kann daraus aber nicht entnommen werden. Eine von F. selbst zugegebene Neigung zum Eigensinn und zur Selbstüberhebung, eine etwas egozentrische Einstellung vervollständigen das Bild seiner prämorbidn Persönlichkeit. Hinzukommt schließlich noch die Entwicklung einer gewissen Nervosität in relativ frühem Alter während des letzten Schuljahres. Was speziell sein *Sexualleben* betrifft, so wird man selbstverständlich die frühzeitige Verführung zur

Onanie und zum sexuellen Verkehr *allein* nicht ohne weiteres als Ausdruck einer pathologisch zu bewertenden Unbeherrschtheit und Willensschwäche ansehen können; zusammen aber mit den anderen Charaktereigenarten und auch im Hinblick auf die später zutage tretenden psychischen Krankheitserscheinungen ist dieser Unbeherrschtheit des Sexualtriebes eine gewisse pathologische und pathogenetische Bedeutung zweifellos nicht abzusprechen.

In der *Azsendenz* F.s finden sich nun einige zweifellos pathologische Typen und zwar speziell auf der *mütterlichen* Seite: Der Großvater F.s und dessen Bruder waren eigenartige, weltfremde, pedantische, z. T. ängstliche und unentschlossene Naturen, 2 Cousins mütterlicherseits geisteskrank (genauere Feststellung leider nicht möglich¹⁾) und die Mutter selbst ebenfalls eine absonderliche, pedantische, schüchterne in der Stimmung schnell wechselnde Frau. Bei den erwähnten Personen treten also deutlich Züge zutage, die neuerdings als „schizoide“ bezeichnet werden. Auch die *väterliche* Erblinie ist nicht ganz frei von pathologischen Zügen. Der Großvater war eine abnorm „harte“, strenge Natur, der Vater, ein offenbar hochintelligenter Mensch, zeigt im Alter eine senile (bzw. arteriosklerotische) Demenz, seine Schwester ebenfalls im Alter einige Eigenarten, die sie zum Sonderling stempeln. Es tritt hier also besonders eine Neigung zu Alterserkrankungen des Nervensystems zutage, bzw. eine Neigung, im Alter psychisch zu versagen. Diese pathologischen Züge in der *Azsendenz* haben sich nun bei den *Geschwistern* F.s in mannigfacher und ziemlich schwerer Weise ausgewirkt: Die älteste Schwester litt von Kind auf an „nervösem“ Asthma, zeigte nach den eigenen Worten des Bruders „hysterische“ Züge und in beinahe noch stärkerem Maße als unser Kranker eine auffallende Unbeherrschtheit auf erotischem Gebiet, litt im 30. Jahr an einer Art „Liebeswahn“, machte dem von ihr Geliebten eine Liebeserklärung in der trotz aller gegenteiligen Anzeichen festgehaltenen Meinung, auch von ihm geliebt zu sein, so daß eine zeitweilige Unterbringung in eine Heilanstalt notwendig wurde. Diese Schwester hat mit dem Kranken außer der Unbeherrschtheit des sexuellen Triebes offenbar auch das Überschwänglich-Empfindsame gemeinsam. Leider konnte sie nicht untersucht werden. Nach der freundlichst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte der Heilanstalt Ilten kann es sich aber bei ihrer psychotischen Erkrankung um etwas der „erotischen Wahnbildung sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen“ Analoges gehandelt haben, wie sie *Kehrer* jüngst eingehend analysiert hat, also um das „Ergebnis eines unglücklichen inneren Kampfes, den nach Anlage und Entwicklung von Charakter und Tem-

¹⁾ Anmerkung bei der Korrektur: Nach nachträglicher Mitteilung soll die eine infolge einer „Genickstarre“ in der Kindheit schwachsinig sein, die andere sich wegen einer vom 20. Jahr ab entwickelnden Schizophrenie in einer Anstalt befinden!

perament abnorme Persönlichkeiten mit dem einschneidendsten Lebenskonflikt der Sexualität führten“ (*Kehrer*). Ein Bruder unseres Kranken konnte ebenfalls mit den Anforderungen, die das Leben an ihn stellte, nicht fertig werden und brach vor einem Examen „nervös“ zusammen, obwohl bei seiner späteren tödlichen Verwundung und auf seinem Sterbelager jener ebenfalls in der Aszendenz zu findende „härtere“ und standhafte Zug vorgeherrscht haben soll. Ein zweiter Bruder starb angeblich im Felde an „Genickstarre“, über die sich nichts Genaueres feststellen ließ, und ein dritter Bruder zeigt eine eigenartig manierierte Sprech- und Ausdrucksweise, ein etwas geschraubtes Gebaren, macht, soweit Schlüsse aus einigen Unterhaltungen mit ihm überhaupt gezogen werden können, gerade im Hinblick auf diese Manieren einen schizoiden Eindruck, obwohl sich eine autistische Komponente nicht feststellen ließ und ein offenes, heiteres Temperament bei ihm vorzuliegen scheint. Die Körperkonstitution dieses Bruders und auch unseres Kranken ist bei kleiner Statur eine auffallend schwächlich-asthenische, die Hautfarbe eine mädchenhaft blasse und zarte. Bei letzterem fällt außerdem der etwas feminine Habitus, der feminine Typus der Pubes auf.

In der Aszendenz und in den verwandtschaftlichen Seitenlinien unseres Kranken finden sich also sowohl schizoid anmutende Züge, vereinzelte Fälle von nicht näher bestimmter Geisteskrankheit, wie auch bei manchen Verwandten eine Neigung zu senilen und präsenilen Erkrankungen des Nervensystems, daneben aber auch Typen, die der Schilderung nach den Eindruck tatkräftiger Wirklichkeitsmenschen erwecken. Über die 2 Fälle von Erblindung in der mütterlichen und väterlichen Erblinie ließ sich Genaueres nicht feststellen, weswegen irgendwelche Schlüsse aus ihnen nicht zu ziehen sind. — Will man die psychopathische Konstitution F.s irgendwie klassifizieren, so wird man zugeben können, daß sie in manchen Zügen dem schizoiden Typus *Bleuler-Kretschmer-Hoffmanns* am nächsten steht, in anderen aber von ihnen abweicht. Speziell das Empfindsam-Sentimentale, das Überempfindliche und Reizbare, Eigensinnige dürften die psychische Persönlichkeit F.s diesem Typus nähern, auch manche Symptome aus dem späteren Krankheitsbilde, und schließlich die erwähnten Typen aus der Verwandtschaft F.s könnten in diesem Sinne verwertet werden, aber andere Züge F.s, das Fehlen einer ausgesprochenen autistischen Einstellung, die Neigung zu Geselligkeit, das, so weit feststellbar, offene heitere Temperament passen nicht ganz zum Bilde des Schizoiden. Noch weniger finden sich die von *Kraepelin* als präschizophren angegebenen Züge (Lenksamkeit, Gutmütigkeit, ängstliche Gewissenhaftigkeit und Fleiß, Muster von Bravheit oder stilles, scheues, zurückgezogenes Wesen, Abschluß gegen andere usw.) bei F. Die Einordnung des Falles in ein bestimmtes Schema begegnet also gewissen Schwierigkeiten, die wohl aus dem Zu-

sammentreffen und der Mischung verschiedenster aus der Aszendenz auf F. überkommener psychischer Eigenarten erklärt werden können. Es wird also kritischer sein, die Einordnung in eins der Schemata zu vermeiden und sich mit der Hervorhebung jener Hauptcharakterzüge und psychopathischen Anomalien zu begnügen.

Nach einer gewissermaßen vorbereitenden Entwicklung einer Nervosität „infolge geringer Überarbeitung“ erkrankt F. nun mit 18 ½ Jahren fieberhaft mit den Erscheinungen einer leicht katarrhalischen Grippe, als die die Erkrankung auch nach persönlicher Mitteilung des Arztes von diesem angesehen worden ist. Auffallend ist nur die lange Dauer dieser Erkrankung, die sich über ca. 4 Wochen hinzog, sowie das Hervortreten „nervöser“ Symptome wie Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, motorischer Unruhe und vorübergehend einer gewissen Erschwerung des Urinlassens. Obwohl sich objektiv nach dem Bericht des Arztes keine Erscheinungen einer Encephalitis feststellen ließen, so sprechen doch die erwähnten Beschwerden und Symptome und besonders auch die nach Abschluß der fieberhaften Krankheit in Erscheinung tretenden Symptome für die schleichende Entwicklung einer *Encephalitis epidemica*, deren Symptome sich nun weiterhin in eigenartiger Weise mit jenen der ursprünglichen psychopathischen Anlage mischen. Aber es kommt nicht nur zu einer Mischung alter psychopathischer und organisch bedingter neuer Symptome, sondern auch zur reaktiven Steigerung vorhandener und reaktiven Erzeugung neuer psychischer Symptome durch die Gehirnkrankung. — Auf psychomotorischem Gebiet will der Bruder F.s sehr bald nach Abklingen der „grippösen“ Erkrankung einen „starren“ Blick, eine Unbeweglichkeit des Gesichts und dauerndes Offenhalten des Mundes bemerkt haben, Symptome, die zweifellos schon auf die sich entwickelnde Amyostase hinweisen, deren zeitliche Entstehung aber nicht ganz gewiß ist. Sicher haben dagegen im Anschluß an die fieberhafte Erkrankung andere Symptome, eine Schlaflosigkeit mit der bei der Encephalitis epidemica so oft beschriebenen Schlafverschiebung, eine reizbare Schwäche, eine zunehmende Apathie, Interesselosigkeit und Willensschwäche weiterbestanden, die ein regelrechtes Studium auf der Universität unmöglich machten. Da gleichzeitig die unglückliche Liebesaffäre spielte, über die F. nicht hinwegkommen konnte, ist es zunächst schwer zu sagen, ob es sich bei diesen Symptomen zum Teil etwa um rein psychogen-reaktive Erscheinungen und nicht um encephalitisches bedingte Symptome handelt. Die „Schlafverschiebung“, die geradezu typisch geschildert wurde, die baldige Entwicklung sicherer amyostatischer Symptome machen letzteres aber zum mindesten für einen Teil der Symptome ganz unwahrscheinlich. Als erstes dieser weiteren „organischen“ Symptome tritt nun eine Atemstörung zutage, nach der einen Version schon sehr bald nach der fieberhaften Erkran-

kung in Form eines beschleunigten und oberflächlichen Atems, einer Art „Atemnot“, nach einer anderen Angabe (des Kranken selbst) erst ca. 1 Jahr nach der „Grippe“ in Form von „Atemkrämpfen“ mit anfallweise, sich jeweils ziemlich schnell entwickelnder und nach kurzer Zeit wieder abklingender Beschleunigung und Vertiefung der Atmung. Es handelt sich hierbei keineswegs um rein psychogenen, sondern um organisch bedingte Störungen, die bei der Encephalitis epidemica in den letzten 2 Jahren mehrfach beschrieben sind, und zwar besonders bei den parkinsonartigen Folgezuständen. Ich sah bei vielen derartigen Fällen ab und zu bei sonst oberflächlicher Atmung plötzlich eine tiefe seufzende Inspiration eintreten, *Krambach* und *Haenel* beobachteten dasselbe etwa alle Minuten in einem gleichen Fall. *Happ* und *Mason* sahen bei 6 derartigen Fällen auch im akuten Stadium der Encephalitis Hyper- oder Polypnoe, die mit Kohlensäureverminderung des Blutes einherging und als Folge einer Störung der zentralen Atemregulation aufgefaßt wurde, da sie durch Bicarbonatzufuhr nicht zu bessern war und daher nicht acidotischer Natur sein konnte. *F. Stern* beobachtete die Hyperpnoe ebenfalls bei Amyostase als Dauersymptom oder in Form von Anfällen, ebenso wie *Kehrer*, der „Atmungskrämpfe“ mit 10 bis 20 vertieften und beschleunigten Respirationen sah. Weitere Mitteilungen über Atemstörungen und besonders Polypnoe liegen von *Marie*, *Binet* und *Levy*, *Vincent* und *Bernard*, *Francioni*, *Higier* vor. In all diesen Fällen war die Atemstörung zwar genau wie in meinem Fall psychogen beeinflussbar, durch Erregung zu steigern, durch Ablenkung vorübergehend zu mildern und fehlte vielfach im Schlaf, trotzdem war und ist in Übereinstimmung mit *Stern* das Symptom nicht als funktionell-nervöses, sondern als organisch bedingtes aufzufassen. Das jetzt so oft beschriebene Vorkommen bei den akuten und chronischen Zuständen der Encephalitis epidemica spricht unbedingt dafür. In meinem Fall, in dem es auch im hypnotischen Schlaf fehlte und durch Hypnose dauernd etwas gemildert wurde, ist es auch heute noch nicht ganz geschwunden, obwohl andere Symptome, allerdings rein psychischer Natur, durch hypnotische Behandlung beseitigt werden konnten. Ob die plausible Erklärung *Sterns*, daß es sich um eine supranucleäre Enthemmung des bulbären Atemmechanismus handelt, zutrifft, sei im Hinblick auf den Mangel genauerer Kenntnisse über den nervösen Atemmechanismus dahingestellt. Die Störung ist jedenfalls trotz der starken psychogenen Beeinflussbarkeit auch in meinem Fall durch die chronisch-encephalitischen Prozesse erzeugt; darauf deutet schon der Zusammenhang mit den übrigen akinetisch-hypertonischen Symptomen hin. Verbunden war die Atemstörung später mit eigenartigen seitlichen Neigebewegungen des Rumpfes, einem Belegen der Lippen, dann mit einer Art Hin- und Herwiegen des Kopfes, das während der polypnoischen Anfälle in Er-

scheinung trat. Es ist sehr wahrscheinlich, daß diese Symptome zusammen mit der Atemstörung einer primitiven Form der dyspnoisch-dysmimischen Anfälle *Sterns* entspricht, die dieser bei der Amyostase beobachtete und die er als „eine Aufpfropfung psychischer Fixierungen auf die rein neurogenen Störungen“ deutet. Bemerkenswert und wohl in die Gruppe dieser Störungen gehörig ist das bis in die letzte Zeit hinein zu beobachtende *häufige Gähnen* des Kranken, das von *Sicard* und *Paraf* in manchen oculo-lethargischen Fällen der Encephalitis anfallsweise und sogar mit Kieferluxation beobachtet ist, in meinem Fall schon bei ganz leichter Ermüdung, z. B. während der Exploration sehr bald und auffallend häufig auftrat. Offenbar handelt es sich hier um ein mit dem Atemmechanismus in enger Verknüpfung stehendes Symptom, dessen gegenüber der Norm erleichterte Auslösbarkeit auch wieder auf eine erhöhte Bereitschaft, auf eine Enthemmung hinweist. Das Symptom besteht auch jetzt noch, obwohl eine erhöhte Schlafneigung und Müdigkeit am Tage geschwunden sind.

Das Bild der *Amyostase* hat sich nun offenbar schleichend weiterentwickelt. Zu welchen Zeitpunkten die weiteren Störungen im einzelnen aufgetreten sind, läßt sich nicht mehr feststellen. Da das akinetisch-hypertonische Syndrom überhaupt bis zu einem gewissen Grade abortiv blieb, ist es ärztlicherseits offenbar nicht beachtet worden. Die deutlichen Anzeichen desselben konnte ich erst nach der Aufnahme in die Klinik im Januar 1922, also 1¼ Jahr nach der „grippösen“ Erkrankung, feststellen. Es fand sich damals ein leichtes Hängen der Augenlider, ganz geringe Blickschwäche, die ich übrigens zusammen mit Nystagmus bei vorübergehenden Verschlechterungen des amyostatischen Zustandsbildes in einigen anderen derartigen Fällen feststellen konnte, leichte Beugehaltung des Rumpfes und der Arme, Fehlen der automatischen Mitbewegungen, besonders in den Armen, allgemeine Starre der Haltung und eine gewisse Bewegungsarmut, ein Mangel an Mimik, zeitweilig Tremor der Hände bei intendierter Haltung, pseudokataleptische Haltung der Extremitäten, auch der nicht rigiden Beine, eine Neigung zum Rückwärtsschwanken und -gehen beim Stehen, besonders nach einem leichten Stoß gegen die Brust (Hypotostasie — v. *Sarbo*). Dagegen fehlte, wie ich das auch in anderen Fällen sah, eine stärkere Rigidität. Die anfängliche, später schwindende Contractur im Ellenbogengelenk schien mir teils durch die Dauerbeugehaltung der Arme, teils vielleicht auch durch die stattgehabte Fesselung bedingt und schwand später restlos. Danach ließ sich nur eine ganz geringe Rigidität der Armmuskulatur feststellen. Unklar bleibt die Natur der anfänglich nach dem Würgen auftretenden beiderseitigen Armlähmung bzw. Armparese, die sich bei der Aufnahme in die Anstalt K. als Lähmung der Oberarmmuskulatur herausstellte und für funktionell gehalten wurde. Mangels

einer genaueren Untersuchung läßt sich ihre Natur nachträglich nicht näher bestimmen, zu denken wäre immerhin an eine leichte vorübergehende Plexusschädigung durch das heftige Würgen. Die in solchen Fällen charakteristische Schlafverschiebung war noch im Anfang des Klinikaufenthalts, wenn keine Schlafmittel gegeben wurden, deutlich. Da der Schlaf ganz typisch statt nachts erst morgens einsetzte und dann einige Stunden dauerte, handelte es sich wohl nicht um ein Wachhalten durch den dauernden Würge- und Würgedrang. Hervorgehoben sei schließlich gleich hier das Ergebnis der von Herrn Kollegen *Hagemann*¹⁾, zum Teil von mir später vorgenommenen *Leberfunktionsprüfung*: gelegentliche pathologische Urobilin- und Urobilinogenbefunde, Galaktosurie bei Belastung mit 30 g Galaktose, Leukozytensturz nach 200 g Milch, geringe Vermehrung der Aminosäurenwerte im Urin. Sie erweckten den Verdacht auf Funktionsstörung der Leber. Auf eine Diskussion dieser im einzelnen nicht gleich bedeutungsvollen Resultate gehe ich hier nicht näher ein. Sie sollen an anderer Stelle erörtert werden. Wir haben derartige Funktionsprüfungsergebnisse auch in anderen Fällen post-encephalitischer Amyostase erheben können. Leberfunktionsstörungen fanden ferner *F. Stern* und *Meyer-Bisch* in derartigen Fällen, auch weist ein histologisch untersuchter Fall von *Westphal-Sioli* mit autoptisch festgestellter Lebererkrankung, der dem Bild der Pseudosklerose entsprach, aber auch histologisch encephalitische Veränderungen zeigte, auf enge Beziehungen zwischen Lebererkrankung und chronisch post-encephalitischer Amyostase hin. Die Pathogenese der Leberfunktionsstörungen ist uns ebenso wie bei der Wilsonschen Krankheit noch gänzlich unbekannt. Wir wissen nicht einmal, welche von den 3 Möglichkeiten — primäre Erkrankung des striären Systems und sekundäre der Leber oder umgekehrt oder beide gleichzeitig — vorliegt; jedenfalls weisen die, allerdings noch eingehender Nachprüfung bedürftigen, bisherigen Ergebnisse darauf hin, daß es sich offenbar bei der Encephalitis epidemica bzw. ihren chronischen Formen nicht um eine auf bestimmte Hirnregionen beschränkte, sondern um eine allgemeinere Erkrankung handelt. Im Falle F. sind ferner auch gelegentlich bis in die letzte Zeit hinein beobachtete leichte Temperatursteigerungen ohne sonstigen objektiven Befund sowie ein stärkerer Fieberanfall mit „Magenbeschwerden“ im November 1922 ebenfalls ohne objektiven Befund sehr bemerkenswert und deuten vielleicht darauf hin, daß der encephalitische oder Leberprozeß noch nicht zum Stillstand gekommen ist.

Charakteristisch für den encephalitisch-amyostatischen Symptomenkomplex waren bei F. schließlich auch die in gleicher Weise in zahl-

¹⁾ Herrn Dr. *Hagemann* spreche ich auch an dieser Stelle für die freundliche Mitarbeit meinen besten Dank aus.

reichen anderen Fällen zu beobachtenden tage- oder stundenweisen *Schwankungen des Zustandes*, die sich durch eine vorübergehende Verschlechterung oder Besserung, durch eine vorübergehende Zunahme der Apathie, Willenlosigkeit und Schläffheit, des Mangels an Antrieb, durch stärkeres Hervortreten der Blickschwäche und eventuell nystaktischer Zuckungen, sowie dann auch durch Zunahme der Würgeversuche bemerkbar machte. *Nach dem Symptomenbild, der Entwicklung des Leidens und dem weiteren Verlauf kann trotz der teilweise nur abortiven Form der Symptome, der Geringfügigkeit der Rigidität kein Zweifel bestehen, daß sich bei dem psychopathischen F. im Anschluß an eine grippartige fieberhafte Erkrankung mit einzelnen neurologischen Symptomen in dem an epidemischen Encephalitisfällen so reichen Frühjahr 1920 ein hypokinetisch-amyostatisches Zustandsbild entwickelt hat.*

Ich komme zu dem dritten hier besonders eigenartigen Syndrom, den *psychischen Störungen* F.s. Da fällt zunächst eine Gruppe solcher Störungen auf, die wir auch sonst an ausgesprochenen akinetisch-hypertonischen Krankheitsbildern beobachten können, die sich als in ihrer Stärke wechselnde Apathie und Teilnahmslosigkeit bzw. Schwererweckbarkeit des Affekts (*Hauptmann*), völliger Mangel an Interesse an den Vorgängen der Außenwelt, als erheblicher Mangel an Antrieb und Spontaneität, der es F. schließlich unmöglich machte, allein zu essen und die notwendigen Reinigungen vorzunehmen, ferner als Mangel an adäquater Einstellung zu der Schwere seines Zustandes bemerkbar machten, Symptome, die zeitweilig im Wechsel und im Gemisch mit einer querulatorischen Neigung und einem kindlich-naiven Gebaren, seltner mit flüchtigen depressiven Symptomen in Erscheinung traten, immer aber vorherrschten und meist dem Krankheitsbild allein die charakteristische Färbung gaben. Es handelte sich hier nicht um einen völligen Ausfall des Antriebs, sondern um ein Fehlen desselben nach den meisten Richtungen hin und Beschränkung auf ein bestimmtes Gebiet, gewissermaßen eine absolute *Vereinseitigung* desselben. Die noch vorhandenen Antriebsmöglichkeiten richteten sich nur noch auf die jeden Widerstand durchbrechende Durchführung der triebhaften Würgeversuche. Zweifellos wurde der Eindruck des erheblichen Mangels bzw. Fehlens des Affekts und jeglichen Interesses zum Teil durch die Häufung der triebartigen Würgeversuche erheblich verstärkt, speziell diese haben die völlige Gleichgültigkeit des Kranken gegen die einfachen Regeln des Anstandes und der Reinlichkeit zum Teil offenbar mit veranlaßt; da aber der Eindruck einer affektiven Störung schon vor dem Einsetzen der Würgeversuche bestanden hat, kann jene Gleichgültigkeit nicht oder nur zum geringern Teil auf diese zurückgeführt werden.

Hauptmann hat kürzlich die den Eindruck von Antriebs- und Affektstörungen erweckenden Symptome auf Grund von Selbstbeobachtungen

encephalitisch-amyostatischer Kranker eingehend analysiert und zwei Gruppen von Fällen unterschieden. Bei der einen soll sich am Willen, an Art und Stärke der Antriebe gegen die Norm nichts geändert haben, dem Antrieb folgt aber nicht unmittelbar ein motorischer Effekt. Zum Zustandekommen desselben ist die Zuführung eines größeren Quantum an Affekt, als normalerweise nötig wäre, ein Plus an Antrieb erforderlich. Die Störung sitzt am psychomotorischen Apparat (Striatum-Pallidum). Bei der andern Gruppe soll das Affektleben selbst gestört sein, es herrscht eine allgemeine Gleichgültigkeit vor; „das Ausbleiben der Affektwelle, ihre Schwererweckbarkeit und ihr rasches Verschwinden“ wird von manchen Kranken als Willensstörung empfunden. Es liegt also ein echter Mangel an Antrieb vor. Das Substrat der Antriebsstörung ist im Thalamus zu suchen. — Der Fall F. wies nach Eintritt der Besserung Ende 1922 Störungen auf, die eher der ersten *Hauptmannschen* Gruppe zuzurechnen wären. Das ergibt sich aus der Angabe des Kranken, daß der Antrieb da sei, aber die Entschlußfähigkeit, den Antrieb in die Tat, Handlung umzusetzen fehle, daß er bei der Handlung immer wieder einen neuen „Schwung“ dahinter setzen müsse, also ein Plus von Affekt offenbar zur Ausführung nötig ist. Andererseits betonte der Kranke aber auch wieder, daß der Antrieb doch nicht so stark sei wie früher, daß auch das Interesse an manchen Dingen, für die es früher dagewesen, noch fehle. Ganz rein liegen also die Besonderheiten der ersten *Hauptmannschen* Gruppe nicht vor. Zum Teil mag das an der psychopathischen Eigenart der prämorbidem Persönlichkeit F.s, an der besonderen Reaktion dieser auf die Krankheit liegen, zum Teil auch daran, daß F. vorher erheblich schwerere Störungen geboten hat, die sich mehr denen der 2. *Hauptmannschen* Gruppe nähern, nämlich eine Schwererweckbarkeit des Affekts, einen völligen Mangel an Antrieb bzw. eine Beschränkung des Antriebs auf Ausführung der aus dem Rahmen der gewöhnlichen akinetischen Störungen herausfallenden Triebhandlung. Bei der späteren Schilderung dieses Krankheitsstadiums betonte F. in Bestätigung der klinischen Beobachtungen seine völlige Gleichgültigkeit, Willens- und Antriebslosigkeit in jener Zeit, meinte aber, daß seine damalige Gleichgültigkeit von seinem Liebeskummer herrühre, der ihn veranlaßt hatte, völlig mit dem Leben abzuschließen. Nach dem ganzen Verhalten F.s und der langen Dauer dieses schweren Zustandes ist es aber unwahrscheinlich, daß dieser Grund die Hauptursache für den Antriebs- und Affektmangel waren, aber denkbar, daß reaktiv-psychopathische Züge, wie besonders auch das einseitige Vorherrschen der Triebhandlung die vorhandene, auf der amyostatischen Erkrankung beruhende Antriebsstörung verstärkten. Andererseits haben diese psychopathisch-reaktiven Züge das Bild der Antriebsstörungen auch verwischt und überdeckt, so daß sich dieses nicht so rein darstellt, wie in andern und

besonders den *Hauptmannschen* Fällen. — Für die zweite Gruppe gibt *Hauptmann* in seiner Analyse auch Denkstörungen, Störungen der Merk- oder Reproduktionsfähigkeit als charakteristisch an. Da ist es nun bemerkenswert, daß F. an die Ereignisse des schwersten Krankheitsstadiums nur eine recht unvollkommene Erinnerung haben will. Auch hier wie in den *Hauptmannschen* Fällen scheint das Fehlen des Affekts beim Merkvorgang diesen Mangel an Einprägung bedingt zu haben. An eine Bewußtseinstrübung in jener Zeit glaube ich nicht, da Anzeichen derselben in diesem Krankheitsstadium und auch sonst nie vorhanden waren. Dabei ist natürlich wieder nicht auszuschließen, daß die einseitige Einstellung der Aufmerksamkeit auf die Ausführung der Triebhandlung diese Merkdefekte ebenfalls mit verursacht hat. Sonstige Denkstörungen fehlten.

Eine Zeitlang, besonders im Beginn des Würgens, bestanden wie erwähnt im seltsamen Gemisch mit dem Antriebsmangel und der dürrtigen Affektanregbarkeit weitere psychische Störungen: eine Neigung zum Nörgeln, zum Querulieren, eine Unverträglichkeit, die zu Streitereien und zu Prügeleien mit andern Kranken führten, gemischt mit einem auffallend kindlich-naiven Gebaren, einer Neigung zu kindisch-läppischer Heiterkeit und zum Witzeln, die gelegentlich auch später noch festgestellt werden konnte. Die querulatorischen Züge wie die infantilistische Färbung sind in dieser Ausprägung nach meinen Erfahrungen *hauptsächlich jugendlichen, seelisch noch nicht ausgereiften Kranken* im Alter von etwa 14 bis 25 Jahren mit dem encephalitisch-akinetisch-hypertonischen Syndrom eigen. *Stern* sah allerdings eine gewisse Neigung zum Nörgeln und eine gewisse Verdrossenheit auch bei älteren Kranken, aber doch offenbar nicht so ausgesprochen wie bei Jugendlichen und wohl ohne den infantilistischen Zug. Die Störungen erinnern entfernt an die bei Kindern nach Encephalitis epidemica mehrfach beobachteten schweren Charakterveränderungen und stellen offenbar eine leichte Form derselben dar. Im Gegensatz zu den Störungen im Kindesalter fehlte bei den Jugendlichen die jenen eigene erhebliche motorische Unruhe, nur ganz im Anfang ist sie bei F. einmal nachts aufgetreten. Die Querulierneigung und Streitsucht solcher jugendlicher Kranker ging zuweilen so weit, daß sie vorübergehend auf die unruhige Abteilung verlegt werden mußten. Eine Charakterveränderung mit ausgesprochenem Querulieren und Schimpfen ist im übrigen als typisch für die Pseudosklerose von *C. Westphal* u. a. beschrieben worden. Im Falle F. traten diese Züge wie gesagt nur vorübergehend und hauptsächlich im Anfang des schweren Krankheitsstadiums hervor. Daß die Nörgelsucht und querulatorische Einstellung nicht als eine psychopathische Reaktion, nicht als Ausfluß der Verwöhnung und Verzärtelung des F. im Elternhaus aufzufassen ist, wenigstens nicht allein, scheint mir aus ihrem

flüchtigen Charakter und auch aus der Beobachtung der gleichen Symptome in andern solchen Fällen hervorzugehen, auch war ja F. während dreier Studiensemester dem Elternhaus fern gewesen, wodurch sich wohl derartige Erziehungsfolgen einigermaßen ausgeglichen haben dürften. Die Querulierneigung setzt wohl, wie man annehmen kann, ein gewisses Unlustgefühl als Grundlage voraus, und dieses Unlustgefühl hatte offenbar noch so viel Intensität, daß F. zu den querulatorischen Klagen angetrieben wurde. Später allerdings fehlte auch der Antrieb dazu, die Apathie und der Würgetrieb verdrängten alles. — Aus der mangelhaften Affektanregbarkeit resultiert auch der erwähnte Mangel an adäquater Einstellung F.s zu seinem schweren Zustand, der sich später allerdings zeitweilig auch als eine mäßige Euphorie bemerkbar machte. Im allgemeinen nur vorübergehend und flüchtig trat einige Male eine Dysphorie zutage, in der F. dann sein Schicksal beklagte und von der Schwere desselben bedrückt schien. Nur bei der ersten Aufnahme in die Anstalt war F. kurze Zeit etwas stärker deprimiert und dabei auch ängstlich und etwas gehemmt, vielleicht teils infolge seines Leidens, der Trennung von den Angehörigen und der Eindrücke in der Anstalt, teils infolge des Kampfes mit dem pathologischen Trieb. Diese depressiven Anwandlungen machten durchaus den Eindruck einer noch einigermaßen verständlichen Reaktion auf die Schwere des Leidens und waren nicht etwa auf die encephalitische Erkrankung und anatomische Läsion an sich zurückzuführen. Bei der ersten Depression, ebenso wie bei der später in der Klinik einmal beobachteten kurzen ängstlichen, mit allerhand Befürchtungen einhergehenden Verstimmung hat auch deutlich die psychopathische Grundlage das Bild gefärbt. Also überall eine Vermengung der charakteristischen Eigenarten des akinetischen Krankheitsbildes mit den psychopathisch-reaktiven Störungen. Das schließlich noch zu *erwährende infantilistisch-naïve und unmännliche* Gebaren F.s weist darauf hin, daß die Weiterentwicklung der psychischen Gesamtpersönlichkeit F.s wie in anderen Fällen durch den chronisch-encephalitisches amyostatischen Prozeß erheblich gestört, die Reifung bis zur völligen seelischen Mannbarkeit unterbrochen bzw. gehemmt worden ist, vielleicht auch eine gewisse Rückentwicklung stattgefunden hat. Man kann vermuten, daß hierbei auch gerade wieder die Störungen im Psychomotorium, die, sei es nun sekundären oder primären Antriebs- und Affektstörungen mitgewirkt, die Vollentwicklung der Persönlichkeit ungünstig beeinflußt haben. Zweifellos sind auch gerade dadurch die der prämotoriden Persönlichkeit F.s anhaftenden Eigenarten, speziell die femininen Züge schärfer hervorgetreten.

Ich komme zu einem weiteren, und zwar dem eigenartigsten Symptom des ganzen Krankheitsbildes, den *Würgeversuchen*. Sie sollen sich nach Angabe F.s an einen Selbstmordversuch durch Erwürgen angeschlossen

haben, den er infolge seiner Depression nach Empfang eines groben Briefes der Mutter des von ihm geliebten Mädchens, nach Angabe in der Hypnose infolge Depression über seine Onanie unternahm und durch den nun ein eigenartiges *Lustgefühl* erzeugt wurde, das ihn zur Fortsetzung der Würgeversuche veranlaßte. Außer der Sonderbarkeit und Eigenart dieses Lustgefühls ist hierbei die Häufung und fast ununterbrochene Wiederholung der Würgeversuche, das Triebhafte bei diesen Versuchen bemerkenswert, das F. veranlaßte, sie unter Hintansetzung jeglichen Schicklichkeitsgefühles in Gegenwart aller möglichen Personen, sogar auf der Straße, unter Durchbrechung jeglichen Widerstandes vorzunehmen. Es ist von großem Interesse, die psychischen Wurzeln dieser Triebhandlung aufzudecken. Dabei wäre zu betonen, daß sie nicht als echte primäre Zwangshandlung aufgefaßt werden kann, da eine ängstliche Spannung nicht vorhanden war und auch durch die Unterlassung dieser Handlung nicht entstand, wie es für die Zwangshandlungen charakteristisch ist. Auch kann diese Triebhandlung kein Anlaß sein, den Fall etwa wegen seiner psychischen Besonderheiten dem „impulsiven Irresein“ *Kraepelins* zuzurechnen. Am ehesten wäre er noch mit Rücksicht auf die Triebhandlung und die prämorbid psychopathische, ebenfalls schon durch Stärke des Sexualtriebes ausgezeichnete Konstitution *Kraepelins* Gruppe der Triebmenschen zuzuzählen, wenn man eine Klassifizierung versuchen will. Die Frage der Schizophrenie wird später erörtert werden.

Das bei den Würgeversuchen entstehende Lustgefühl schilderte F. bei wiederholten Explorationen als „*ein wollüstiges Schwindelgefühl*“, als „*die Empfindung eines Höhenrausches*“, *ein Gefühl, das „instinktmäßig aus dem Unterbewußtsein“ über ihn komme*. „Das Schwindelgefühl brauche ich, ich muß es haben“, erklärte er. Der schönste Augenblick sei *der*, kurz bevor er das Würgen unterbreche. In diesem Moment zeigte F. dann jedesmal eine Art *orgiastischer Erregung*. Die Atmung sistierte, die Augen waren halb geschlossen, der Kopf hintenüber geneigt. Der Carotispuls schwand, um gleich darauf zusammen mit der tiefen schnauhenden Atmung wiederzukehren. Es liegt der Gedanke nahe, daß es sich hier um eine echt sexuelle Erregung handelt, einer Art sexuelle Ersatzhandlung vorliegt. Es soll auf diese Frage erst weiter unten eingegangen werden. Zunächst kann nach den Angaben und dem Verhalten F.s als erwiesen angesehen werden, daß bei dem Würgen ein Lustgefühl entstand. Das ist schon deshalb bemerkenswert, weil Störungen der Lust- und Unlustempfindungen in den akinetisch-hypertonischen Fällen in anderer Weise vorkommen; die völlig einseitige Betonung und Heraushebung dieses *einen* Lustgefühls bei dem fast völligen Mangel an sonstigen Lust- und Unlustgefühlen auf dem Höhepunkt der Erkrankung ist eine in solchen Fällen bisher nicht beobachtete Anomalie. Man wird

sie deshalb nicht allein auf das Konto der *encephalitis-amyostatischen Erkrankung* setzen können, wohl aber annehmen müssen, daß diese Erkrankung mit ihrer wahrscheinlichen Störung der Lust- und Unlustempfindungen einen günstigen Boden für ihre Entstehung schuf. Auch noch andere Eigenarten der postencephalitischen Amyostasen haben vielleicht die Entwicklung des Würgedranges begünstigt. Zuweilen tritt nämlich eine *Neigung zum zwangsmäßigen Denken und Handeln* bei ihnen auf. Es sind aber nicht die der Zwangsneurose entsprechenden Zwangsvorgänge, da die erwähnte ängstliche Spannung hier fehlt. Außer eigenen Beobachtungen hat *Leibbrand* eine 44jährige Frau mit eigenartigen Zwangsantrieben beschrieben. Vereinzelt ist ein zwangsartiger Bewegungsdrang beobachtet, in dem ganz bestimmte, ziemlich komplizierte Handlungen immer wieder ausgeführt wurden (*Böhme*: bei Encephalitis epidemica nicht amyostatischer Natur). Sehr schön tritt die Neigung zum zwangsmäßigen Denken und Handeln in der Selbstschilderung des Falles von *Meyer-Groß* und *Steiner* hervor (zwangsmäßiger Zweifel und Befürchtungen, zwangsmäßiges Pfeifen usw.). Ferner besteht bei den amyostatischen Kranken zuweilen eine auffallende Neigung zu *Iterationen*; mehrere unserer amyostatischen Fälle mußten eine Zeitlang unausgesetzt gehörte Sätze, Aufforderungen, Fragen usw. leise oder wenigstens in Gedanken wiederholen. Ähnliche Fälle hat *Hermann* ganz neuerdings beschrieben. *Stern* sah, daß derartige Kranke infolge ihrer Neigung zu Iterationsstereotypen Übungen, die ihnen vorgemacht waren, stundenlang ganz automatisch fortsetzten. Es wäre also möglich, daß F. infolge einer ihm innewohnenden Neigung zu zwangsmäßigen Iterationen das Würgen so unausgesetzt wiederholte bzw. das Lustgefühl so unausgesetzt hervorzurufen suchte. Daß diese Neigung aber die eigentliche Ursache dafür ist, ist nicht wahrscheinlich, vielmehr höchstens denkbar, daß sie die unausgesetzten Wiederholungen erleichterte und überhaupt die amyostatischen Krankheitseigenarten gewissermaßen eine Bereitschaft geschaffen oder eine vorhandene Bereitschaft gesteigert haben, infolge deren die Entstehung einer solchen Triebhandlung, ihr Ablauf und ihre Wiederholungen begünstigt wurden.

Es wäre weiter zu eruieren, inwiefern die *psychopathische Anlage* bei Entstehung der Triebhandlung mitwirkte. Wie erwähnt, zeigte F. schon vor Ausbruch der organischen Gehirnerkrankung eine Unbeherrschtheit seiner Triebe und speziell des erotisch-sexuellen Triebes. Er wurde frühzeitig zur mutuellen Onanie verführt und konnte dann von der Selbstonanie nicht wieder loskommen. In seiner Liebesaffäre, in der die rein sinnliche Komponente offenbar weniger hervortrat, zeigte er eine Unbeherrschtheit der Affekte, eine gewisse Zügellosigkeit und Maßlosigkeit in der Anwendung von Mitteln, um die Erfüllung seiner erotischen

Wünsche zu erreichen und den ihnen entgegenstehenden Widerstand zu überwinden. Also schon in gesunden Zeiten eine Unfähigkeit, seine Triebe zu zügeln, die auch die Unfähigkeit einigermaßen erklärt, die triebhafte Erzeugung des Lustgefühls zu unterlassen, nachdem die amyostatische Erkrankung gewisse die Triebhandlung begünstigende Eigenarten zur Entwicklung gebracht hatte. Unerklärt bleibt aber noch die Stärke des Würgetriebes an sich, die Stärke des Willens, mit der F. die Erlangung dieses Lustgefühls durchzusetzen suchte und die geradezu in auffallendem Gegensatz zu der sonstigen scheinbaren Herabsetzung des Antriebes und der Affektanregbarkeit steht. Möglicherweise kommt man der Lösung dieser Frage näher, wenn man weiter in die Genese dieses eigenartigen Würghänomens einzudringen und die Art des Lustgefühls näher zu bestimmen sucht.

Das Benehmen F.s auf der Höhe dieses Lustgefühls erinnerte, wie ausgeführt, durchaus an den sexuellen Orgasmus. Daß durch die Reizung der Haut bestimmter extragenitaler Körpergegenden sexuelle Erregungen erzeugt werden können, ist bekannt. Derartige erogene Zonen sollen sich bei Erwachsenen gelegentlich im Nacken finden (*Moll*). Besonders *Steckel* geht in der Annahme solcher Zonen sehr weit, meint, daß jede Schleimhaut, z. B. in Mund, Nase und auf der Zunge, eine solche darstelle, sieht die Pollutionen, das Spielen an den Ohrmuscheln, das Nasenbohren usw. als „larvierte Onanie“ an. Bei F. handelte es sich nicht nur um einen auf die Haut des Halses ausgeübten Reiz, sondern auch um einen solchen auf tiefer gelegene Organe, bei gleichzeitiger Unterbrechung der Atmung und der Blutzufuhr zum Gehirn, also auch um Wirkungen auf das Gehirn. Selbst wenn man nicht so weit wie *Steckel* gehen will, kann die Erzeugung sexueller Erregung durch das Würgen nicht ohne weiteres abgelehnt werden. Hinzukommt, daß F. vor Beginn des Würgens heftige Gemütsbewegungen durchgemacht hatte, die mit Enttäuschungen auf erotischem Gebiet zusammenhingen, daß er jahrelang onaniert hatte. Wenn man sich hier nicht auf Deutungsversuche einlassen will, wie sie der *Freudschen* Schule eigen sind, so wird es allerdings schwer fallen, einen inneren psychologischen Zusammenhang zwischen diesen erotischen Erlebnissen und dem Würgen zu finden. Nur insofern kann hier ein indirekter Zusammenhang festgestellt werden, als F. deprimiert durch die erwähnten Erlebnisse (nach anderer Version: durch die Onanie) auf Selbstmordgedanken kam, mit dem Gedanken des Würgens spielte und dieses auch versuchte, dabei dann das Lustgefühl bemerkte und deshalb diese Versuche fortsetzte, indem diese Würgesucht durch die erwähnten Eigenarten der encephalitischen Erkrankung und vielleicht auch durch die völlige Gleichgültigkeit begünstigt wurden, die die Depression über die Liebesgeschichte in ihm gegenüber dem Leben erzeugt hatte. Auch der Radunfall mit Sturz

ins Wasser mag ihn mit auf Selbstmordgedanken und auf den Gedanken des Erstickens gebracht haben. Vielleicht war dem F. das durch das Würgen erzeugte Lustgefühl auch ein gewisser Ersatz für seine erotischen, durch die Liebesaffäre nicht erfüllten Bedürfnisse und für das Onanieren, das damals nachgelassen haben soll. Die von mir zuweilen bei Encephalitis mit und ohne Amyostase beobachtete Steigerung der Libido, der sexuellen Bedürfnisse, die ebenso wie *Sterns*, *Leahy* und *Sands* Beobachtungen des verfrühten Eintritts der Mannbarkeit bei Kindern eine gelegentliche indirekte Einwirkung der encephalitischen Erkrankung auf die Sexualität zeigen, scheint bei F. keine Rolle gespielt zu haben. *Engere* Beziehungen zwischen der Sexualität und den Würgeversuchen lassen sich nun, wenn man allein den objektiv feststellbaren Verhältnissen Rechnung trägt, nicht nachweisen. Andere Momente sprechen sogar direkt dagegen, daß es sich bei dem durch das Würgen erzeugten Lustgefühl um echten sexuellen Orgasmus handelt. F. selbst hat das stets bestritten, die Empfindung sei eine ganz andere wie beim masturbatorischen Akte, er blieb auch in der Hypnose dabei, daß das Würgen kein Ersatz für die Onanie sei. Allzuviel würden erfahrungsgemäß natürlich diese Angaben noch nicht besagen. Leider konnte nicht festgestellt werden, ob bei dem Würgen jedesmal eine Erektion und eine Ejaculation eintrat. F. hat das ebenfalls stets bestritten. Nur in der letzten Zeit des Würgens wurde gelegentlich beobachtet, daß er sich, vielleicht unter dem Einfluß der wiederholten Fragen nach einem Zusammenhang mit sexuellen Dingen unmittelbar nach dem Würgen mit den Händen nach der Genitalgegend griff oder mit den Oberschenkeln reibende Bewegungen machte, so daß es der Umgebung auffiel. Sonst aber und insbesondere auf den Höhepunkten der Erkrankung traten solche masturbatorischen Manipulationen nicht hervor. Man kann daher nur feststellen, daß der Würgeakt vereinzelt in letzter Zeit mit solchen Manipulationen verknüpft wurde, mehr nicht. *Gegen die völlige Identität des Lustgefühls mit dem Höhepunkt der sexuellen Erregung scheint vor allem der Umstand zu sprechen, daß eine so unausgesetzte und unzählige Male wiederholte Erzeugung des sexuellen Orgasmus schon aus rein physischen Gründen gar nicht möglich ist*, wenigstens dann, wenn es jedesmal zur Erektion und Ejaculation käme. Eher hat das Lustgefühl eine gewisse Ähnlichkeit mit jenem, das sich ganz kleine Kinder, wie hier und da beobachtet wurde, durch triebartiges Masturbieren, Manipulationen an den Genitalien unausgesetzt zu erzeugen suchen, ohne daß es zu Ejaculationen kommt, wie ja überhaupt der ganzen, eigenartigen Triebrichtung F.s in dieser Zeit etwas Primitives, Infantiles innewohnt und vielleicht mit der seelischen Unreife und der Unterentwicklung des Charakters in gewisser Beziehung steht.

Bemerkenswert ist es nun, daß F. stets die *Schilddrüsengegend* zur

Erzeugung des Lustgefühls benutzte, und es fragt sich, ob etwa sonst Fälle bekannt geworden sind, in denen das gleiche geschah. Merkwürdigerweise hat nun *Haas* vor kurzem über einen Fall mit der gleichen triebhaften Würgneigung berichtet, in dem ebenfalls die Schilddrüsengegend mit gereizt wurde.

Der von *Haas* beobachtete Fall ist folgender:

12jähriges uneheliches Mädchen. Mutter nervös, leichtsinnig, starb, als das Kind 11½ Jahr war, an Lungentuberkulose unter Erstickungsanfällen. Das Kind selbst bot bis dahin nichts Auffälliges. Bald nach Tod der Mutter psychisch verändert. Unaufmerksam. In der Schule wurde von den Mitschülerinnen bemerkt, daß die Pat. am Halse würgte, was sie schließlich auch während des Unterrichts ohne Scheu tat. Erziehungsmaßnahmen, Drohungen, Strenge halfen nichts; im Gegenteil wurde das Würgen noch häufiger betrieben, schätzungsweise 15 bis 30mal täglich. Verkroch sich unter das Bett, unter die Heizung, versteckte sich im Klosett, um ungestört zu sein. Teile des Halses waren abgeschunden, Anlegen eines Gipskragens half auch nichts, zwängte die Finger darunter, würgte weiter. Medikamente versagten. Blieb deshalb mehrere Monate in der Zwangsjacke, sobald die Jacke gelöst wurde, begann das Würgen von neuem. — Die körperliche Untersuchung ergab nichts Besonderes, das Kind zeigte auch sonst keine psychischen Anomalien. *Beim Würgen faßte es mit beiden Händen um den Hals, suchte ihn zu umgreifen, drückte und preßte Weichteile und Kehlkopf nach Möglichkeit zusammen.* Puls stieg dabei von 76 auf 110, Atmung wurde beschleunigt, das Gesicht rötete sich, Pupillen wurden weit, glänzten, dann Cyanose, Atmung wurde röchelnd, nicht selten senkten sich die Lider, Beine gestreckt, Füße plantarwärts flektiert. Dauer des Aktes 20 bis 40 Sekunden. Dann Erschlaffung, das Kind legte den Kopf zur Seite, blieb einige Minuten in dieser Haltung oder schlief auch ein. In der Hypnose gab das Kind an, daß sie am Todestage der Mutter Pfannkuchen gegessen habe, wonach ihr übel wurde. Um Erbrechen zu können, hat sie sich den Hals gedrückt, wobei sie das Fehlen von Schmerzen feststellte und fand, daß ein angenehmes Gefühl vom Magen nach oben stieg, wobei sie die Besinnung nahezu verloren habe. Sie habe das dann öfter wiederholt und immer das angenehme Gefühl empfunden; später habe sie es zwangsmäßig tun müssen, wenn sie daran dachte. Auf hypnotische Behandlung trat eine Besserung, wenn auch nicht völlige Heilung ein. — später wurden 2mal *tetanische Krampfanfälle* in den Armen beobachtet. *Chvostek* und *Trousseau* waren negativ.

Der Fall ähnelt also trotz des kindlichen Alters der Kranken in geradezu überraschender Weise dem meinigen. Auch hier Auslösung des triebhaften Würgens durch die zufällige Entdeckung des „angenehmen Gefühls“, auch hier der unwiderstehliche, keine Strafen und Schmerzen scheuende Drang, der allerdings in meinem Falle entsprechend dem höheren Alter des Patienten wesentlich brutaler alle Hindernisse und Schranken durchbrach, so daß die Würgeversuche noch wesentlich häufiger stattfanden als bei dem Falle von *Haas*; auch hier die mit Willensschwäche verbundene psychopathische Grundlage und schließlich auch die später zu erörternden tetanischen Anfälle. Aus der mitgeteilten Krankengeschichte ergibt sich aber nicht, daß im Falle von *Haas* eine amyostatisch-encephalitische Erkrankung vorgelegen hat.

wie in meinem Fall, die sicher wesentlich zum Zustandekommen des eigenartigen Phänomens beitrug. Der Typus des Würgeaktes scheint auch etwas andersartig wie in meinem Falle gewesen zu sein. Es trat beim Würgen stärkere Cyanose auf. Die Atmung wurde auch hier beschleunigt und schließlich röchelnd. Nach dem Würgen war in meinem Fall die Ermüdung nur selten so hochgradig wie in jenem. Nur bei zeitweiliger starker Häufung der Würgeversuche trat eine erhebliche Erschöpfung ein. Auch hier besserte sich wie in meinem Fall das Würgen auf hypnotische Behandlung.

Haas teilt gleichzeitig einen zweiten einschlägigen Fall mit:

Ein junger Hauptmann erzielte mittelst eines Handtuches, das er sich um den Hals schlang und in dessen mit Löchern versehene Enden er mit seinen Füßen unter Beugung im Hüft- oder Kniegelenk eintrat, durch Streckung der Beine „Strangulation und Orgasmus“. Er wurde eines Tages erdrosselt aufgefunden.

Es scheint sich also, nachdem nun drei ähnliche Fälle bekannt geworden sind, bei der *Erzeugung eines Lustgefühls*, das immer wieder zu neuen derartigen Versuchen zwingt, durch Drücken und Würgen des Halses um etwas *Gesetzmäßiges* zu handeln.

Wie erwähnt, wurde in meinem Fall beim Würgen die Gegend der Schilddrüse bevorzugt, im ersten Falle von *Haas* dagegen der Schilderung nach mehr die Kehlkopfgegend. Aber da *Haas* auf Grund seiner Beobachtung meint, daß der auf die Schilddrüse ausgeübte Reiz von Bedeutung sein müsse, und da, wie unten ausgeführt, auch die Glandulae parathyreoideae geschädigt wurden, ist anzunehmen, daß jedenfalls auch die Schilddrüsengegend in seinem Falle mit komprimiert wurde. Daß nun gewisse Beziehungen der Schilddrüse zu den Sexualorganen bestehen, ist bekannt; sowohl bei Hyper- wie bei Hypothyreoidismus werden Störungen der Sexualfunktion erwähnt (*Falta*). Bei der Basedowschen Krankheit kommt es gelegentlich zur Abnahme der Libido und zur Impotenz, bei Frauen zur Veränderung, zuweilen zum Aufhören der Menstruation, bei längerer Dauer zur Atrophie des Genitaltraktes. Bei dem Myxödem wurde das gleiche sowie Atrophie der Ovarien, ferner Wiederkehr der Libido nach Rückgang des Myxödems beobachtet. Es ist also durchaus denkbar, daß auch ein heftiger mechanischer Reiz auf die Schilddrüse indirekt (durch Beeinflussung des sympathischen Nervensystems?) irgendwie auf die Sexualfunktion einwirkt und vielleicht einen orgasmusartigen Zustand mit hervorrufen hilft, ohne daß es zur ausgesprochenen Erektion und Ejaculation zu kommen braucht. Es ist dies aber nur eine Vermutung, irgendwelche sicheren Beweise liegen bisher dafür nicht vor. Offenbar spielen außer der mechanischen Reizung der Schilddrüse, wie schon erwähnt, auch Einwirkungen auf das Gehirn (Cyanose, Behinderung der Blutzufuhr) eine Rolle bei Erregung dieses extragenitalen Orgasmus. Unwillkürlich drängen sich hier nun, wie das

auch in der *Haasschen* Mitteilung hervortritt, Vergleiche mit der bekannten Erektion und Ejaculation bei Erhängten auf, obwohl im vorliegenden Falle von Erektion und Ejaculation nichts festgestellt wurde. Auch bei jenen werden der direkte bzw. indirekte Reiz auf die Schilddrüse durch Störung des Blutz- und -abflusses, ferner die Cyanose eine gewisse Rolle spielen. Daß es hierbei im Gegensatz zum Fall F. zu Erektionen und Ejaculationen kommt, mag an der schweren Form des Reizes und der Cyanose liegen. Gewisse Analogien zwischen den Wirkungen des Würgens in meinem Fall und der Wirkung des Erhängens sind auch insofern vorhanden, als F. das Lustgefühl als besonders angenehm dann empfand, wenn er das Würgen durch eine andere Person besonders kräftig vornehmen ließ, so daß momentane Bewußtlosigkeit eintrat. *Haas*, der einen echten Orgasmus in seinem Fall annimmt, zieht zur Erklärung noch als drittes für die Auslösung sexueller Erregung wichtiges Moment die Angst hinzu, die, wie einige Fälle von *Moll* zeigen, gelegentlich sexuell erregend wirken kann. Bei meinem Fall dürfte sie sicher keine Rolle gespielt haben.

Wir können uns nach allem das Zustandekommen der hier vorliegenden Triebhandlung aus den Besonderheiten der psychopathischen Konstitution, aus exogenen Erlebnissen, aus den begünstigend wirkenden mit der Amyostase in Zusammenhang stehenden psychischen Veränderungen erklären, wir können auch bis zu einem gewissen Grade der Wiederholung dieser Triebhandlung ein psychologisches Verständnis abgewinnen, was aber unklar und unverständlich bleibt, ist die starke Triebhaftigkeit, Rücksichtslosigkeit und unendliche Wiederholung der Lustgefühlserzeugung, die z. B. weit über das Maß der gewöhnlichen Onanie hinausgehen. Immerhin sind auch sonst schon Fälle gerade von sexuellen Triebhandlungen bekannt geworden, in denen mit ähnlicher Rücksichtslosigkeit unter persönlicher Gefahr, unter Hintansetzung jeder Rücksicht auf die Familie vorgegangen wird; es sei nur an manche Fälle von Exhibitionismus, von Fetischismus (mit Stehlen der gewünschten Gegenstände), Masochismus und Sadismus u. a. mehr erinnert. Diese Unbezwingbarkeit des Triebes hat unser Fall also mit anderen Triebhandlungen auf sexuellem Gebiet gemeinsam, wenn auch die unausgesetzte Wiederholung dieser Handlung etwas ganz Außergewöhnliches darstellt. Eine restlos befriedigende Erklärung für die letztere Erscheinung ist, wie zugegeben werden muß, unmöglich. Es wäre auch daran zu denken, ob das Würgen etwa auf masochistischen Neigungen beruht. Ich glaube das ausschließen zu können, da sonstige masochistische Züge im Vorleben des Kranken und später nie hervorgetreten sind. Das Auftauchen der Triebhandlung steht im übrigen wie erwähnt vielleicht mit der mangelhaften und in gewisser Beziehung auf infantiler Stufe stehengebliebenen Charakterentwicklung und seelischen

Unreife in irgendeiner Beziehung, zumal es sich bei dem Falle *Haas* um ein 12jähriges Kind handelte. Das Triebhafte, das unbeherrschte Nachgeben den auftauchenden Lustgefühlen gegenüber, hat etwas durchaus Infantiles an sich. Man kann wohl auch das Häufigerwerden und Stärkerwerden des Würgens bei äußerem Widerstand als Zug eines infantilistischen Trotzes und Eigensinns auffassen. Daß hier etwa masochistische Tendenzen zugrunde lagen, ist nicht zu erweisen.

Wenn man die psychischen Krankheitserscheinungen des Falles insgesamt einer der bekannten Krankheitsgruppen zuzuordnen versucht, so kommt hier differentialdiagnostisch in erster Linie wohl die *Schizophrenie* in Frage, bei der ja die endlose Wiederholung sinnloser Triebhandlungen durchaus bekannt ist und die hier durch die encephalitische Erkrankung ausgelöst sein könnte. Aus der ganzen bisherigen Erörterung des Falles F. ist schon zu ersehen, daß ich eine Schizophrenie nicht annehme, obwohl zeitweilig die sehr ausgesprochenen Affektstörungen und Willensstörungen, die zuweilen scheinbar negativistische Züge trugen (Verstärkung der Würgeversuche durch äußeren Widerstand), die während der Krankheit zutage tretende scheinbar autistische Einstellung F.s, die Stereotypie und Absonderlichkeit der Triebhandlung an sich dafür zu sprechen scheinen. War schon von vornherein das Erhaltenbleiben der Ordnung des Gedankenganges, das Fehlen von assoziativen Störungen, der Ambivalenz, von irgendwelchen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen auffallend, so spricht mit Sicherheit gegen die Schizophrenie die ganze Entwicklung und der Verlauf des Falles, der keine Weiterentwicklung mehr zeigte. (Die gelegentlichen Akoasmen und Visionen beim Würgen kommen hier nicht in Betracht. Sie sind nicht ganz leicht zu erklären. Da sie nur flüchtig auf dem Höhepunkt besonders heftiger Würgemanipulationen auftraten, ist anzunehmen, daß sie mit der in diesem Augenblick einsetzenden Bewußtseinstörung und der Cyanose in Zusammenhange standen.) Auch die wahrscheinlich vorhandene Leberfunktionsstörung wäre schließlich noch gegen die Schizophrenie anzuführen. Durch häufige Beschäftigung mit dem Kranken, Einfühlung und schließliche Anwendung der Hypnose gelang es zudem Einfluß auf den Zustand und Verlauf zu gewinnen, die Würgeversuche wenigstens zunächst einmal zu beseitigen und mehr Aktivität und Regsamkeit in dem Kranken zu wecken. Eine restlose Beseitigung der Antriebsstörung gelang natürlich durch die psychische Beeinflussung nicht. Die zurückbleibenden Störungen lassen sich aber allein aus dem amyostatischen Zustandsbild erklären, *eine Schizophrenie liegt nicht vor.*

Wie ausgeführt, nähert sich die prämonitorische Charaktereigenart des F. den Typen, die von manchen Autoren als schizoide bezeichnet werden. Will man den Fall zu den Schizoiden rechnen, so wird man zugeben können, daß manche hierher gehörigen Züge durch die Encephalitis noch

verstärkt und herausgehoben wurden, so das Scheue, Mädchenhafte, Kindlich-naive, aber auch wieder Reizbare bei F., der erwähnte Autismus und schließlich auch die Neigung zum Stereotypisieren, daß es sich also um eine Art schizoider Reaktion auf die Gehirnerkrankung handelt. Ein Übergang der schizoiden Persönlichkeitskomponente in eine echte Schizophrenie liegt aber *nicht* vor.

Daß die psychischen Störungen F.s hysterischer Natur sind, ist nicht anzunehmen. F. bot sonst keinerlei hysterische Erscheinungen. Das Triebhafte und Zwangsmäßige seiner Würgeversuche fällt aus dem Rahmen solcher Störungen heraus. Irgendwelche zweckneurotischen Momente fehlten. Auch von einer „Flucht in die Krankheit“ vielleicht infolge seiner unglücklichen Liebe kann nicht die Rede sein, da F. eigentlich nur triebhaft die Erzeugung des geschilderten Lustgefühls anstrebte, die psychogene Produktion sonstiger Krankheitserscheinungen aber fehlte. Von anderer Seite wurde allerdings die anfänglich vorhandene Oberarm-lähmung als funktionell angesehen. Eine andere Deutung dafür wurde oben gegeben; eine sichere Feststellung läßt sich aber darüber nachträglich nicht mehr treffen. Als hysterisch könnten bei oberflächlicher Betrachtung höchstens das anspruchsvolle, querulatorische Benehmen im Anfang sowie die Intensitätssteigerung der Würgeversuche in Gegenwart anderer Personen angesehen werden. Daß bei Psychopathen derartige Züge neben zahlreichen anderen vorkommen, ist allgemein bekannt, und daß auch bei der psychopathischen Konstitution F.s als Reaktion auf die amyostatische Erkrankung derartige hysterisch gefärbte Einzelzüge in Erscheinung traten, ist nicht weiter verwunderlich. Man wird aber nicht das ganze psychische Krankheitsbild, dem auch unmittelbar organisch bedingte Störungen beigemischt sind, auf Grund dieser Einzelzüge der als hysterisch bezeichneten Krankheitsgruppe zurechnen können. Im übrigen ist gerade die querulatorische Einstellung oben als charakteristisch für viele encephalitisch-amyostatische Kranke jugendlichen Alters geschildert worden, ohne daß sonst bei diesen andere hysterische Züge vorhanden gewesen wären.

Es bleibt nun noch übrig, kurz auf die während der Krankheit bei F. aufgetretenen *tetanischen Anfälle* einzugehen. Daß die am 19. III., am 24. III., Ende Oktober und am 4. XI. beobachteten tonischen Krämpfe der Extremitäten und Gesichtsmuskulatur echte tetanische Anfälle waren, ergibt sich aus der typischen Form derselben, dem zeitweilig positiven Chvostek und der zeitweiligen mäßigen galvanischen Übererregbarkeit bei Reizung des N. medianus; besonders typisch war dabei das Überwiegen der Anodenöffnungszuckung über die Anodenschließungszuckung. Nach Besserung des Gesamtzustandes und Aufhören des Würgens schwand auch die galvanische Übererregbarkeit. Das Trousseau'sche Phänomen war nur einmal kurz nach einem Anfall

schwach positiv. Soweit ich die Literatur übersehe, sind sonst echte tetanische Anfälle weder bei der amyostatischen Form der epidemischen Encephalitis noch bei anderen Formen* beschrieben worden. Dagegen sah ich in Übereinstimmung mit *F. Stern* bei einer Reihe von Fällen der amyostatischen und auch der hyperkinetischen Form der Encephalitis die galvanische Übererregbarkeit und zuweilen positives Chvostekssches Phänomen. Eine gewisse spasmophile Disposition scheint also in manchen dieser Fälle zu bestehen; ob sie auch in unserem Fall schon vor Einsetzen des Würgens bestanden hat, ist nicht festgestellt. Die Hauptursache für die tetanischen Anfälle dürfte auch in zwei anderen Momenten zu suchen sein, und zwar in einer Schädigung der Parathyreoiddrüsen und in den Atemstörungen. Bei der Art, Häufigkeit und Intensität des Würgens ist ohne weiteres anzunehmen, daß die Parathyreoiddrüsen dabei lädiert werden konnten und vielleicht Blutungen in sie hinein stattfanden, um so mehr, als auch in dem *Haasschen* Falle tetanische Anfälle aufgetreten sind, für die der Verfasser die gleiche Ursache annimmt. Da ein amyostatischer Zustand bei diesem Fall nicht vorlag, scheint er nicht immer Vorbedingung für das Auftreten tetanischer Anfälle in solchen Fällen zu sein. Bemerkenswert ist, daß zwei dieser Anfälle in meinem Fall während einer besonders starken Würgeperiode auftraten, während der Schädigungen der Parathyreoiddrüsen besonders leicht stattfinden konnten. Zweifellos haben dann weiter die tachypnoischen Anfälle mit auf die Entstehung der tetanischen Anfälle gewirkt. Denn einmal trat ein Anfall im Anschluß an eine Prügelei mit einem anderen Kranken auf, bei der sicher die auch sonst schon leicht beschleunigte Atmung, wie mehrfach bei psychischer Erregung beobachtet, noch frequenter und erheblich tiefer wurde, und besonders ausgesprochene tachypnoische Anfälle auftraten. Ich konnte einen solchen Anfall auch im Anschluß an eine den Kranken tief erregende Exploration, bei der die Atmung besonders anhaltend tief und beschleunigt gewesen war, selbst beobachten, ferner eine Zunahme des Chvosteksschen Phänomens im Anschluß an mehrere willkürlich vertiefte und beschleunigte Atemzüge feststellen. Die Tatsache, daß willkürlich gesteigerte Atmung zu Tetaniesymptomen führt, wurde jüngst von *Porges* und *Adlersberg*, und vor ihnen schon von *Vernon*, *Grant* und *Goldmann* sowie von *Freudenberg* und *Frank* (siehe *Porges* und *Adlersberg*) gefunden. Eine „neurotische Atmungstetanie“ beobachteten erstere bei hysterischen Personen infolge von „Überventilation“ im Anschluß an ein psychisches oder körperliches Trauma, ferner positives Chvostekssches Phänomen bei Überventilation mäßigen Grades bei Hysterikern, die dauernd oder anfallsweise über den Bedarf hinaus atmeten. Schließlich sahen sie

*Anmerkung bei der Korrektur: Nachträglich finde ich, daß Adler in einen frischem Encephalitisfall tetanische Anfälle beobachtete.

2 Fälle von Encephalitis epidemica, die im „Anschluß an diese Krankheit“ Überventilation und Tetaniesymptome zeigten.

Im Falle F. hat nach den oben erwähnten Beobachtungen die Atmungsstörung jedenfalls eine Rolle bei der Entstehung der tetanischen Anfälle gespielt, während die Schädigung der Parathyreoiddrüsen eine Disposition dafür geschaffen haben dürfte. Daß ohne eine solche oder andere Tetaniedisposition allein durch Überventilation eine Tetanie entsteht, halte ich mit *Curschmann* für unwahrscheinlich; letzterer verweist auf einen 1904 mitgeteilten Fall von schwerer Mitralinsuffizienz mit funktioneller mäßiger Tachypnoe und enormen paroxysmalen Steigerungen dieser, während der einmal ein tetanischer Anfall auftrat, den er jetzt auf die Tachypnoe zurückführt. Wegen der Seltenheit solcher Vorkommnisse neigt er zur Annahme der erwähnten Disposition. Nach *Porges* und *Adlersberg* soll es sich allerdings um häufigere Erscheinungen handeln. Es ist hier nicht der Ort, auf die Frage der neurotischen Atmungstetanie und ihre Ursache (Ausschöpfung der Kohlensäure im Blut, Alkalosis und Calciumionenverarmung derselben: *Porges* und *Adlersberg*) näher einzugehen. Das Auftreten tetanischer Anfälle im Falle F. erscheint jedenfalls durch die Schädigung der Glandulae parathyreoideae und auslösende Wirkung der tachypnoischen Anfälle ausreichend erklärt.

Schließlich sei hier auf die erfolgreiche *psychotherapeutisch-hypnotische Beeinflussung* des Falles verwiesen, durch die nicht nur die pathologische Triebhandlung beseitigt, sondern auch günstig auf das Gesamtfinden, besonders die Antriebsstörungen eingewirkt wurde. Zweifellos hat der günstige Einfluß der Besuche eines Freundes des F., wahrscheinlich auch die kräftige, roborierend wirkende Natrium-Kakodylicumkur den Boden für die psychotherapeutische Einwirkung vorbereitet, so daß es den unausgesetzten Bemühungen schließlich gelang, in näheren Konnex mit dem anfangs völlig apathischen Kranken zu kommen und der hypnotischen Behandlung den nötigen Nachdruck zu verleihen. Der Erfolg mahnt uns, gerade in den postencephalitisches-amyostatischen Fällen die psychotherapeutische Seite der Behandlung nicht zu vernachlässigen, die eventuell noch vorhandene Anregbarkeit der Affekte und des Willens auszunutzen und eine, wenn auch nur symptomatische Besserung durch derartige Einwirkungen zu schaffen, eine Forderung, die in ähnlicher Weise *Hauptmann* erhebt.

Ich komme zum Schluß:

Die Bedeutung des beschriebenen Falles F. liegt erstens auf psychopathologischem Gebiet: Er zeigt eine durch das Zusammentreffen einer psychopathischen Konstitution, exogener emotioneller Einwirkungen und einer chronischen encephalitisches-amyostatischen Erkrankung erzeugte eigenartige Mischung organisch begründeter, aber bereits durch konstitutionell-

reaktive Besonderheiten modifizierter Störungen des Antriebs, der Affekte, der Lust- und Unlustempfindungen mit psychopathisch-reaktiven Störungen, aus denen als auffallendste Anomalie eine unausgesetzt wiederholte Triebhandlung, das Würgen, herauswuchs, die sich wie ein Teil der übrigen Störungen als psychotherapeutisch beeinflussbar erwies. Es ist zweitens für die Pathologie der Sexualfunktionen bedeutungsvoll, daß dieses Würgen, wie vereinzelt auch in anderen psychopathischen Fällen beobachtet, offenbar gesetzmäßig, wahrscheinlich durch Reizwirkung auf die Schilddrüse und Wirkung der Cyanose auf das Zentralnervensystem eine Lustempfindung erzeugt, die offenbar dem sexuellen Orgasmus ähnlich, ihm aber nicht identisch ist. Drittens ist der Fall auch insofern neurologisch bemerkenswert, als das Würgen, wahrscheinlich durch Schädigung der Parathyreoiddrüsen, unter Mitwirkung der amyostatischen Atmungsstörung zu einer Tetanie führte.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling spreche ich für die Überlassung des Falles meinen verbindlichsten Dank aus.

Literatur.

- Bleuler*: Dementia praecox. Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg. 1911. — *Bleuler*: Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **78**, 1922. — *Böhme*: Myelo-Encephalitis epidemica. Dtsch. med. Wochenschr. 1921, S. 319. — *Curschmann*: Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **27**, S. 239. 1904. — *Curschmann*: Über neurotische Atmungstetanie. Klin. Wochenschr. 1922, S. 1607. — *Falka*: Krankheiten der Blutdrüsen. 1913. — *Franzoni*: Sindrome bulbare vagoipertonica nel corso dell'encephalite letargica. Cervello. Jg. 1, S. 145, 1922. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **31**. — *Goldflam*: Die große Encephalitis-Epidemie des Jahres 1920. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **73**, S. 47. 1922. — *Haas*: Über larvierte Onanie im Kindesalter. Münch. med. Wochenschr. 1922, S. 1154. — *Happ* und *Mason*: Epidemic Enc. Bull. of the John Hopkins hosp. **32**, 1921. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. **26**, S. 205. 1921. — *Hauptmann*: Der Mangel an Antrieb von innen gesehen. Arch. f. Psychiatr. u. Neurol. **66**, S. 619. 1922. — *Hermann*: Zwangsmäßiges Denken und andere Zwangerscheinungen bei Erkrankungen des striären Systems. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. **52**, H. 5/6, S. 324. 1922. — *Higier*: Beitrag zur Kenntnis der selteneren Symptome der epidem. Encephalitis. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. **75**, S. 250. 1922. — *Krambach*: Zur Psychopathologie der Folgezustände der Encephalitis epidem. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **71**. — *Leahy* and *Sands*: Mental disorders in children following epidemic-encephalitis. Journ. of the Americ. med. assoc. **76**, Nr. 6. 1921. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **26**, S. 46. — *Leibbrand*: Ein bemerkenswerter Fall von striärem Symptomenkomplex im Anschluß an Encephalitis epidemica. Med. Klinik. 1921, S. 848. — *Marie, Binet et Levy*: Les troubles respiratoires de l'encéphalite épidémique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1922, S. 1075. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **31**, S. 19. 1922. — *Mayer-Groß* und *Steiner*: Encephalitis lethargica in der Selbstbeobachtung.

Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **73**, S. 283. 1921. — *Moll*: Das Sexualleben des Kindes. Berlin: Verlag von Walther 1909. — *Porges* und *Adlersberg*: Bemerkungen zu der Mitteilung von H. Curschmann „Über neurotische Atmungstetanie“. Klin. Wochenschr. 1922, S. 2931. — *Porges* und *Adlersberg*: Über neurotische Atmungstetanie und über die Behandlung der Tetanie mit Ammonphosphat. Klin. Wochenschr. 1922, Nr. 24. — *Sicard et Paraf*: Fou rire syncopal. etc. Bullet. mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1921, S. 232. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **25**, S. 558. 1921. — *Steckel*: Über larvierte Onanie. Sexualprobleme. 1913, S. 81.. — *Stern, F.*: Die epidemische Encephalitis. Berlin: Julius Springer 1922 — *Stern, F.*: Ungewöhnliche Krankheitsbilder bei epidemischer Encephalitis. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. **29**, S. 422. 1922. — *Stern, F.*, und *R. Meyer-Bisch*: Klin. Wochenschr. 1922. Nr. 31, S. 1559. — *Vincent et Bernard*: Troubles respiratoires dans l'encephalite épidémique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. **38**, S. 1111. 1922. — *Westphal* und *Sioli*: Klin. u. anatom. Beitrag zur Lehre von der Westphal-Strümpellschen Pseudosklerose (Wilsonsche Krankheit), insbesondere über Beziehungen derselben zur Encephalitis epidemica. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. **66**, H. 5. 1922.
