

KATALEPSIE,  
TREMOR, PARALYSIS AGITANS

VON

PROF. DR. A. EULENBURG.



# KATALEPSIE.

(Starrsucht.)

Wedel, De affect. soporosa et catalepsi. Jena 1708. — Tissot, Oeuvres. t. XIII. c. XXI. — J. Frank, Praecepta II. vol. I. sect. I. p. 478. — Georget und Calmeil, Dict. de méd., Art. Catalepsie. — Leubuscher, Ueber Abulie. Damerow's Zeitschr. 1847. — Blasius, Ueber Stabilitätsneurosen. Archiv d. phys. Heilk. 1851. S. 234. — Skoda, Zeitschr. der k. k. Ges. Wiener Aerzte. Nov. 1852. — L. Meyer, Charité-Annalen 1854. H. 3 — Puel, Mém. de l'acad. de méd. 1856. — Buchanan, Glasgow med. journal 1857 u. 1858. — Schwartz, Rigaer Beiträge z. Heilk. 1857. Bd. IV. S. 118. — H. Meissner, Archiv d. Heilk. 1860. S. 572. — Mosler, Virchow's Archiv XX. 1861. S. 15. — Jones, British med. journ. 6. Juni 1863. — Macedo, Siglo medico. Juni 1864. — La-sègue, Arch. gén. 1864. I. 1865. II. p. 385. — Hartmann, Würtemb. med. Correspondenzbl. 1866. Nr. 35: — Smoler, Memorabilien Nr. 7. 1866. — M. Rosenthal, Wien. med. Presse 1867. Nr. 5. — Haase, Archiv d. Heilk. 1868. H. 5. S. 492. — Stiller, Wiener med. Wochenschr. 1868. Nr. 103 und 104. — Hasse, Krankheiten des Nervensystems. 2. Aufl. Erlangen 1869. — Benedikt, Elektrotherapie 1869. — M. Rosenthal, Handbuch der Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten. Erlangen 1870. — Handfield Jones, Studies on functional nervous diseases. London 1870. — Holm, Nord. med. Arkiv. III. Nr. 14, 19. 1871. — Jamieson, Edinb. med. journ. Juli 1871. p. 29. — Corlieu, Union méd. 1871. Nr. 69. — Walcher, ibid. Nr. 74. — Glas, Upsala Läkareforen. Forh. VII. p. 17. — Wilhelm, Wiener med. Presse 1872. Nr. 30.

Unter Katalepsie, Starrsucht, versteht man einen seltenen, anfallsweise auftretenden Krankheitszustand, dessen pathognomonisches Symptom darin besteht, dass die Muskeln in einem zum Beginne des Anfalls eingenommenen Contractionszustande verharren, so dass gewisse Gleichgewichtslagen der Gliedmassen ohne spontane Veränderung beibehalten werden, während dagegen passive Lageveränderungen von theilweise sehr auffälliger Art leicht hervor gebracht werden können (sog. Flexibilitas cerea). In der Regel sind die Anfälle mit Verminderung oder Aufhebung der Empfindung und des Bewusstseins verbunden. Das Leiden kommt einerseits als Theilerscheinung von Hysterie, andererseits als Symptom

chronischer Hirnkrankheiten (Erweichung, tuberkulöse Meningitis) und Toxonosen, endlich aber auch als selbständige uncomplicirte Affection vor.

Synonyme Bezeichnungen sind: Morbus attonitus (Celsus; synochus; eclipsis; hysteria cataleptica; trance. (Mit dem letzteren Namen bezeichnen einige Autoren vorzugsweise die bei hysterischen vorkommenden, zwischen eigentlicher Katalepsie und Somnambulismus in der Mitte stehenden Anfälle). .

### Aetiologie.

Die Ursachen der bei Hysterischen vorkommenden Katalepsie fallen mit denen der Hysterie selbst zusammen; ebenso verhält es sich auch mit den als Symptom von chronischer Erweichung, tuberkulöser Meningitis u. s. w. auftretenden kataleptischen Erscheinungen. Bei der uncomplicirten, idiopathischen Katalepsie sind die zu Grunde liegenden ätiologischen Momente fast vollständig dunkel. Wir dürfen annehmen, dass die Katalepsie zu der grossen Gruppe der von Griesinger als constitutionelle Neuropathien bezeichneten Krankheitszustände gehört, worauf schon ihre nahe Beziehung zu anderweitigen Neurosen dieser Gruppe (Hysterie, Geisteskrankheiten, Epilepsie, Chorea u. s. w.) hinweist, und dass also eine, in congenitaler Präformation einzelner Abschnitte des Centralnervensystems wurzelnde Prädisposition dem Auftreten kataleptischer Anfälle in der Regel vorausgeht. Diese Annahme erhält eine besondere Stütze dadurch, dass wir Katalepsie nicht selten in Familien beobachten, von denen einzelne Mitglieder auch zu anderen Neuropathien jener Gruppe, namentlich zu Chorea und Epilepsie, geneigt sind, oder dass die an Katalepsie leidenden Individuen selbst noch von anderweitigen, besonders convulsivischen Neurosen der verschiedensten Art heimgesucht werden, oder dass anfangs epileptische Anfälle in kataleptische übergehen. Ferner fällt auch der Umstand ins Gewicht, dass Katalepsie, gleich anderen auf constitutioneller Prädisposition beruhenden Neurosen (z. B. Chorea, Epilepsie, Hemikranie) bereits in sehr jungem Lebensalter auftreten kann. Man hat Katalepsie schon vom 5. Lebensjahre an beobachtet. — Was die Altersinflüsse überhaupt anbetrifft, so ist das Leiden am häufigsten in der Jugend, besonders um die Zeit der Pubertät; im vorgertückten Alter kommt Katalepsie nur ausnahmsweise vor. Zwischen beiden Geschlechtern scheint ein erheblicher Unterschied in der Prädisposition nicht zu bestehen; die vielfach behauptete Präponderanz des weiblichen Geschlechtes kommt wohl nur auf Rechnung der

Hysterie, die ja allerdings zu den kataleptischen Zuständen im weiteren Sinne ein beträchtliches Contingent liefert. Ausserdem mag vielleicht auch Chlorose beim weiblichen Geschlecht einen begünstigenden Einfluss ausüben.

Vonden mehr *a c c i d e n t e l l e n* Schädlichkeiten, welche Katalepsie hervorrufen können, sind zunächst heftige Gemüthsbewegungen anzuführen, deren Einfluss beinahe unbestritten ist; beispielsweise sah Jones Katalepsie bei einem 60jährigen Manne durch Entsetzen über den plötzlichen Tod seiner Frau, Rosenthal bei einem 12jährigen Knaben nach einer grossen Aufregung eintreten. Ferner verdienen Ueberreizung durch gewisse Sphären geistiger Thätigkeit, namentlich schwärmerische Versenkung in religiöse Vorstellungskreise, mystische Grübeleien und Speculationen, unzweifelhaft als ätiologische Momente eine gewisse Beachtung, obgleich sich nicht verkennen lässt, dass einerseits eine derartige Geistesrichtung selbst im gegebenen Falle öfters schon als Manifestation einer krankhaft alienirten Nerven-thätigkeit anzusehen ist; andererseits auch der causale Zusammenhang deutlicher hervortritt mit den allerdings nahe verwandten Gebieten der Ekstase und des Somnambulismus, als mit der eigentlichen Katalepsie. — In einzelnen Fällen wird Malaria-Infektion als Ursache typisch auftretender kataleptischer Anfälle angeschuldigt. Auch Traumen und atmosphärische Schädlichkeiten können (wahrscheinlich jedoch nur bei vorhandener Prädisposition) Katalepsie hervorrufen; so beobachtete Schwartz bei einem 7jährigen Knaben in Folge roher Misshandlung zunächst choreaartige Zustände, die später in Katalepsie übergingen; Jamieson sah bei einem 18jährigen Mädchen einen kataleptischen Anfall nach einem heftigen Schlage auf die rechte Backe eintreten — doch hatte dasselbe Mädchen schon zwei Jahre früher nach einem Schreck einen ähnlichen Anfall gehabt. Hartmann beobachtete Katalepsie bei einer chlorotischen Frau, die im Puerperium eine Mastitis mit Abscedirung bekommen hatte, nach Entleerung des Eiters. — Endlich ist auch nicht zu übersehen, dass kataleptoide Erscheinungen von Simulanten und Simulantinnen willkürlich bei erworbener Uebung in Scene gesetzt werden können, und dass sich der geschickten Täuschung gerade hier ein besonders ergiebiges, den gewünschten Erfolg fast nie versagendes Operationsfeld bietet. Zahlreiche ältere und neuere Beispiele liefern nach dieser Richtung hin die interessantesten, für die Ausdauer und Routine der Betrüger wie für die Leichtgläubigkeit des dupirten Publikums gleich charakteristischen Belege.

### Symptomatologie und Verlauf.

Das Gesamtbild der Katalepsie setzt sich aus einer Reihe von Einzelanfällen zusammen, die durch mehr oder minder ausgedehnte, häufig ganz symptomfreie, häufig von complicatorischen Störungen ausgefüllte Intervalle von einander getrennt werden. Die Einzelanfälle selbst differiren nach In- und Extensität sehr erheblich, und zeigen die pathognomonischen Erscheinungen des kataleptischen Zustandes mehr oder weniger ausgeprägt. Man hat auf Grund dessen eine *Katalepsia vera* und eine *Katalepsia spuria* unterschieden; die letztere umfasst freilich sehr heterogene Zustände, und ist zum Theil mit den als „trance“ oder „*Katalepsia hysterica*“ bezeichneten Formen identisch, zum Theil greift sie auch in die Erscheinungsformen der Ekstase und des Somnambulismus ohne scharfe Abgrenzung über. Da sie übrigens wesentlich eine Manifestation der Hysterie oder gewisser chronischer Cerebralaffectationen ist, so müssen wir ihre Schilderung der Symptomatologie der genannten Krankheiten überlassen.

Die Anfälle von *Katalepsia vera* brechen in der Regel ziemlich plötzlich aus; seltener gehen Prodromalerscheinungen vorher, die in einem unbestimmten Gefühl von Uebelbefinden, Kopfschmerz, Schwindel, Zuckungen einzelner Muskeln, Singultus u. s. w. bestehen. Zuweilen bleiben die Kranken mitten in einer Rede, einer Bewegung wie verzaubert stehen, mit geöffnetem Munde oder mit erhobenem Arm, indem sofortige Starre der in Action begriffenen Muskeln eintritt. Dieser eigenthümliche Zustand der Starre oder vielmehr der hochgradigen Muskelspannung verbreitet sich nun bei der eigentlichen Katalepsie sehr rasch fast über alle der Willkür unterworfenen Muskeln, obgleich nicht stets über alle in demselben Grade; seltener ist die Starre nur partiell oder halbseitig. Die befallenen Muskeln fühlen sich fest an, und leisten Versuchen zu einer passiven Lageveränderung einen mehr oder minder beträchtlichen Widerstand; allmählich hört diese Resistenz aber auf, und die Muskeln, obwohl fortwährend gespannt und fest, sind dennoch für passive Bewegungen ziemlich nachgiebig, so dass man die Gliedmassen in beliebige Stellung versetzen kann, in welcher sie dann wieder unverändert beharren. Dieser sonderbare Zustand ist es, den man als wachsartige Biegsamkeit (*Flexibilitas cerea*) bezeichnet; doch scheinen in der Beschreibung desselben wohl mannichfache Uebertreibungen vorgekommen zu sein, oder es gehören jedenfalls die höheren Grade desselben zu den allerseltensten Phänomenen. Das Auffallende des

Zustandes besteht, abgesehen von der passiven Beweglichkeit der dem Gefühle nach so starren Muskulatur, wesentlich darin, dass Stellungen, welche normal, d. h. unter Mitwirkung des Willens, entweder gar nicht oder wegen sofortigen Eintretens von Schmerz und Ermüdung nur ganz vorübergehend eingenommen werden können, in der Katalapsie kürzere oder längere Zeit fixirt bleiben: eine Erscheinung, die in dem mehr oder weniger vollständigen Ausschlusse des Bewusstseins und den wahrscheinlich reflectorischen Muskelspannungen zum Theil ihre Erklärung findet (vgl. „Theorie der Krankheit“). Die besprochenen Erscheinungen lassen am leichtesten an der oberen Extremität sich hervorbringen, und zwar in den einzelnen Abschnitten derselben wiederum bequemer, je kleiner die betreffenden Gelenke und je geringer die umgebenden Muskelmassen sind, so dass sich z. B. Stellungsveränderungen des Daumens, der Finger, der Hand müheloser produciren lassen, als Dislocationen der Schulter oder des Ellbogens. Das Gleiche gilt auch von der unteren Extremität; nur ist hier, aus analogen Gründen, die Bewirkung erheblicher Lageveränderungen überhaupt schwieriger und gelingt meist unvollkommener als an den entsprechenden Segmenten des Armes. Doch lassen sich zuweilen sehr sonderbare Gleichgewichtslagen unter Betheiligung nicht nur der Extremitäten, sondern auch der gesammten Rumpfmuskulatur produciren; die Kranken lassen sich z. B. im Bette auf das Becken stellen mit erhobenen Armen und spitz emporgerichteten Unterextremitäten, so dass der Körper die Gestalt eines V annimmt. Von den alten Berichten über die abenteuerlichen Stellungen der Besessenen und Convulsionären, über ihr Schweben in der Luft u. s. w., ist gewiss Manches auf Rechnung kataleptischer Muskelspannung zu schieben. Uebrigens bleibt der Zustand mit unverminderter Intensität selten lange bestehen; in der Regel kommt es doch schon nach einigen Minuten wenigstens zu einem Nachlass der Starre, so dass die Glieder ihrer Schwere folgen und z. B. der horizontal erhobene Arm etwas herunter sinkt, die extendirte Hand sich der Beugstellung mehr annähert, wobei zuweilen auch ein leichtes Zittern die allmählich eintretende Muskelermüdung bekundet.

Das Bewusstsein ist häufig vom Beginne des Anfalles an vollständig aufgehoben; die Kranken geben nicht das geringste Zeichen von Empfindung und Willen, und wissen sich auch des im Anfalle Vorgegangenen späterhin nicht zu erinnern. In anderen Fällen ist wenigstens im Anfange des Insultes noch ein dumpfes Bewusstsein vorhanden, oder es existirt ein solches sogar während der ganzen Dauer des Anfalles. Alsdann besteht in der Regel auch

keine vollständige Analgesie; schwächere Reize werden zwar nicht percipirt, stärkere dagegen (z. B. intensive faradische Pinselung) können Schmerzäusserung hervorrufen, und die Kranken wissen sich auch nachträglich der gehabten Empfindung zu erinnern. In einem von Puel mitgetheilten Falle war angeblich sogar Hyperästhesie während des Anfalles vorhanden; die leiseste Berührung, ein leichtes Geräusch riefen Zähneknirschen, ersticktes Geschrei, schwache Bewegungen hervor. Auch in einem der von Lasègue mitgetheilten Fälle bestand auf der linken Körperhälfte Hyperästhesie, während die vorzugsweise kataleptische rechte Seite Anästhesie zeigte. Das Verhalten der Reflexerregbarkeit wird sehr verschieden charakterisirt; bald soll dieselbe gänzlich aufgehoben gewesen sein, bald erfolgten dagegen einzelne Reflexe, z. B. Lidverschluss bei Berührung der Conjunctiva, Reaction der Pupillen auf Lichtreiz, Thränen der Augen, Röthung und Pulsbeschleunigung bei Application starker Gerüche. Bemerkenswerth ist, dass das Bewusstsein auch nach beendetem Anfalle zuweilen noch eine gewisse Störung erkennen lässt, und auch die Fähigkeit zu willkürlichen coordinirten Bewegungen (z. B. zum Sprechen) erst langsam sich wiederherstellt.

Die elektrische Reaction während des Anfalles fand M. Rosenthal in einem Falle für faradische und galvanische Reizung völlig normal; in einem anderen Falle war dagegen sowohl die elektro-muskuläre Contractilität, wie auch die galvanische Reizbarkeit der Nervenstämme und Plexus merklich gesteigert. In diesem Falle, wo exquisite Flexibilitas cerea bestand, war die durch faradische Reizung der Strecker oder Beuger des Armes oder durch Galvanisation der entsprechenden Nerven erzeugte Stellung nach Aufhören des elektrischen Reizes sofort wieder geschwunden, und die Hand in ihre frühere Lage zurückgekehrt. — Auch Benedikt erwähnt einen Fall mit deutlicher Flexibilitas cerea, in dem die galvanische Nervenreizbarkeit (Radialis, Medianus) etwas erhöht war; die faradische Erregbarkeit zeigte sich in einzelnen Muskelgruppen (Interossei, Quadriceps cruris, Flexoren des Unterschenkels) theils bei directer, theils auch bei indirecter Reizung vermindert.\*)

Die allgemeinen vitalen Functionen erleiden während des Anfalles in der Regel keine wesentliche Veränderung. Die Respiration ist meist von normaler Frequenz, zuweilen etwas verlangsamt, häufiger von vermindelter oder ungleichmässiger Intensität, so dass schwächere und stärkere Inspirationen mit einander wechseln. Die Pulsfrequenz kann ebenfalls verlangsamt sein, bei geringer Excursion und vermindelter Spannung der Arterien. Die Temperatur bleibt

\*) Nervenpathologie und Elektrotherapie 1874. S. 305.



meist normal, ist aber in einzelnen Fällen entschieden herabgesetzt; so wurde bei einer von Skoda beobachteten Kranken der Körper während der Anfälle öfter sehr kalt, und die algide Beschaffenheit dauerte einmal sogar 48 Stunden. Hochgradige Fälle, in denen mit Eiseskälte der äusseren Haut sich Schwächerwerden des Pulses und der Respiration bis zu völliger Unwahrnehmbarkeit derselben verbanden, mögen dahin geführt haben, dass der Zustand von Laien als Scheintod oder gar als wirklicher Tod angesehen wurde. Derartige Fälle liegen gewiss den mannichfachen und übertriebenen oder abenteuerlich entstellten Erzählungen zu Grunde, in denen von einem mehrtägigen Scheintode und sogar von einem Lebendigbegrabenwerden kataleptischer Personen die Rede ist. Dass die in Rede stehenden Erscheinungen, wie überhaupt die wunderbaren Eigenthümlichkeiten des kataleptischen Zustandes auf Laien jeder Zeit einen ganz besonders unheimlichen Eindruck machen mussten und daher auch vielfachen Stoff zu Ausschmückung und Erfindung darboten, versteht sich von selbst. Indessen kann man doch keineswegs alle derartigen Mittheilungen unbedingt in das Gebiet der Fabel verweisen, wie diess von Seiten mancher ärztlichen Autoren wohl auch mit zu grosser Schroffheit geschehen ist. Die älteren Geschichten, z. B. über Scheintod und Lebendigbegraben, sind allerdings meist so verworren und verzerrt, dass es selbst im günstigen Falle schwer halten dürfte, das zu Grunde liegende Körnchen Wahrheit herauszufinden. Allein auch aus neuester Zeit existiren doch einzelne, die Möglichkeit solcher Vorkommnisse immerhin unterstützende Beobachtungen. Abgesehen von dem oben erwähnten Skoda'schen Falle sei noch an eine ähnliche Mittheilung von Haase erinnert, der bei einem 20jährigen Mädchen von offenbar nervöser Disposition nach einem Sprunge ins Wasser circa 8 Wochen andauernde völlige Bewusstlosigkeit eintreten sah, während deren Krampfanfälle mit kataleptischen Zuständen abwechselten; die Kranke wurde in den Paroxysmen, die zuletzt den grössten Theil des Tages anhielten, leichenkalt und verfiel sogar in Scheintod. Auch Wilhelm constatirte bei einem an Somnambulismus leidenden 8jährigen Mädchen in den mit *Flexibilitas cerea* verbundenen Anfällen eine kühle Beschaffenheit der Haut und livide Färbung des Gesichtes (ausserdem war eine alkalische Reaction des Urins im Anfalle vorhanden).

Die Dauer des einzelnen kataleptischen Insultes ist eine sehr verschiedene: zuweilen nur einige Minuten, zuweilen Stunden, selbst Tage; bei den als so protrahirt geschilderten Anfällen sind allerdings

gewöhnlich Remissionen oder Intermissionen vorhanden, in denen das Bewusstsein wiederkehrt, die Kranken sich wenigstens theilweise erholen, bis irgend ein innerer oder äusserer Reiz den Zustand von Neuem hervorruft. Streng genommen handelt es sich also mehr um einen *Cyclus* rasch auf einander folgender Anfälle, wie wir ihn ganz analog auch bei manchen schweren Neuralgien (*Prosopalgie*, *Angina pectoris* u. s. w.) sich abspielen sehen. — Zuweilen schwindet der Zustand ganz plötzlich; die Kranken kommen auf einmal wieder zu vollem Bewusstsein und zum normalen Gebrauche der Muskeln, nehmen ihre unterbrochene Beschäftigung wieder auf, setzen ein vorher begonnenes Gespräch fort, und verhalten sich überhaupt, als ob nicht das Geringste dazwischen vorgegangen wäre. Derartige Fälle gehören jedoch zu den Ausnahmen. Weit häufiger ist die Erholung der Kranken nur eine langsame und allmähliche; sie bleiben anfangs noch in einer Art von Betäubung, wie bei dem Erwachen aus ungewöhnlich festem Schlafe. Die Sensibilität ist noch herabgesetzt, die Willensenergie vermindert; in den Muskeln bleibt noch einige Zeit hindurch eine gewisse Steifigkeit zurück, welche die Ausführung intendirter Bewegungen erschwert und verzögert.

Intervalläre Symptome sind in den Fällen von einfacher uncomplicirter Katalepsie meist gar nicht vorhanden, oder beschränken sich auf eine gewisse Reizbarkeit und nervöse Verstimmtheit, zuweilen auch leichte Ermüdung, öfteres Schwindelgefühl und Kopfschmerz. Ob man diese Symptome als Residuen des kataleptischen Anfalles, oder als Manifestationen einer zu Grunde liegenden neuropathischen Diathese aufzufassen hat, ist wohl sehr fraglich. Psychische Störungen sind in den Intervallen bei einfacher Katalepsie im Allgemeinen nicht vorhanden, die Intelligenz kann sogar (z. B. bei kataleptischen Kindern) ausgezeichnet entwickelt sein. — Ganz anders verhält es sich natürlich in denjenigen Fällen, wo die Katalepsie nur als Theilerscheinung von Hysterie auftritt, oder wo Mischformen, Complicationen mit anderweitigen Neurosen (Geisteskrankheiten, Epilepsie, *Chorea* u. s. w.) bestehen. Hier können intervalläre Symptome der mannichfachsten und zum Theil der schwersten Art auftreten, deren detaillirte Erwähnung an dieser Stelle zu weit führen würde; als besonders häufig mag nur das Vorkommen von hysterischen Convulsionen, von Delirien, maniakalischen Anfällen, Hallucinationen, endlich die Verbindung mit Ekstase und Somnambulismus angeführt werden.

Der Verlauf ist sehr ungleichmässig, in der überwiegenden

Mehrzahl der Fälle jedoch ein chronischer. Eine Ausnahme machen fast nur diejenigen Fälle, welche durch Malaria-Infektion bedingt zu sein scheinen; hier erfolgen die Anfälle typisch wie bei anderen Malaria-Neurosen (gewöhnlich quotidian), sind zuweilen mit Fieber und Schweiß verbunden und verschwinden beim Gebrauche der gewöhnlichen antitypischen Mittel. Auch einzelne Fälle, in denen mehr accidentelle Schädlichkeiten (ein Schreck, Traumen) das Leiden veranlassten, können nach dem Auftreten weniger, durch kurze Zwischenzeiten getrennter Anfälle oder selbst nur eines einzigen als beendet angesehen werden. Im Allgemeinen aber erstreckt sich das Leiden auf viele Jahre, wenn nicht auf das ganze Leben. Wichtige individuelle Unterschiede werden einerseits bedingt durch die Häufigkeit der Anfälle, die Dauer der Intervalle, andererseits durch das Vorhandensein oder Fehlen erschwerender Complicationen.

Wie unter den Epileptischen, so gibt es auch unter der kleineren Zahl der Kataleptischen Einzelne, die bei offenbar vorhandener Prädisposition während des ganzen Lebens trotzdem nur wenige, durch mehrjährige Pausen von einander getrennte Anfälle bekommen; Andere dagegen, bei denen sich dieselben verhältnissmässig oft, oder periodenweise bald häufiger bald seltener efinden; noch Andere endlich, bei denen schon die leichtesten äusseren Einwirkungen zu jeder Zeit kataleptische Erscheinungen hervorrufen. Die grösste Reizempfindlichkeit in letzterer Beziehung beobachtet man offenbar bei Hysterischen, und es gehören dahin namentlich die von Lasèque beschriebenen, auch als „Catalepsie passagère“ bezeichneten Zustände, wobei durch Auflegen der Hand auf die Augen oder durch beliebige Art des Lidverschlusses jedesmal Schlaf, kataleptische Muskelsteifigkeit u. s. w. hervorgebracht werden konnte. Aehnliche Erscheinungen wurden von Lasèque aber auch bei mehreren, abgemagerten und heruntergekommenen oder mit unbestimmten Cerebralsymptomen behafteten, männlichen Individuen beobachtet. — Ein tödtlicher Ausgang wird durch die kataleptischen Anfälle selbst fast niemals bedingt; öfters dagegen ist der Tod eine Folge des Grundleidens oder bestehender Complicationen.

#### Anatomischer Befund und Theorie der Krankheit.

Die Zahl der bisher veröffentlichten Sectionen ist eine äusserst geringe; dieselben beziehen sich überdies auf so complicirte Krankheitszustände, dass sie für die Pathogenese der Katalepsie keine wesentliche Belehrung darbieten.

Ein von Schwartz mitgetheilter Befund bezieht sich auf den bereits erwähnten Knaben, welcher nach einer Misshandlung anfangs choreaartige, später kataleptisch-tetanische Anfälle bekam und nach 2 Jahren unter Anämie und Marasmus zu Grunde ging. Hier fand sich, ausser seröser Ansammlung im Arachnoidealsack, eine Erweichung des Corpus striatum und Thalamus opticus, besonders links; längs der hinteren Rückenmarksfläche vom Hals- bis zum Lumbaltheile herab eine die Dura mater überziehende, stellenweise anhaftende, braunrothe, sulzige Masse. Das Rückenmark schien gesund. (Mikroskopische Untersuchung fehlt). — Meissner fand bei einem 47 jährigen Manne, der seit 6 Jahren an Katalepsie, in den 3 letzten Jahren auch an maniakalischen und epileptischen Erscheinungen nebst Lähmung der rechten Körperhälfte gelitten hatte, in der vorderen Schädelgrube über dem Siebbein ein von der Dura mater ausgehendes Epitheliom; das vordere Drittel der rechten Grosshirnhemisphäre bis gegen die Rinde stark erweicht, ebenso der äussere Theil des rechten Streifenhügels. — Lasègue constatirte bei der Section zweier an Katalepsie leidenden Männer im Gehirn keine Alterationen.

Versuchen wir dem Symptomcomplex der Katalepsie von physiologischen Gesichtspunkten aus näher zu treten, so sind es besonders die Erscheinungen der kataleptischen Muskelspannung (oder Starre) und der *Flexibilitas cerea*, welche als pathognomonisch unser Interesse in Anspruch nehmen. Die meisten Autoren neigen sich der Annahme zu, dass wir es bei der kataleptischen Starre mit einer anfallsweise auftretenden, zeitweisen Steigerung des normalen Tonus der willkürlichen Muskeln zu thun haben. Allerdings ist die Existenz dieses Tonus selbst bekanntlich keineswegs über alle Anfechtungen erhaben; doch kann jedenfalls eine kleine Zahl experimenteller Thatsachen für die Annahme eines reflectorischen, wahrscheinlich durch die Ganglienzellen des Rückenmarks vermittelten Tonus geltend gemacht werden. Ob die excessive Steigerung dieses normalen Muskeltonus eine Abschwächung, resp. Unterbrechung der Leitung in den centrifugalen Bahnen der Willenserregung zur Folge hat, oder ob umgekehrt das Aussetzen der willkürlichen Innervation eine Erhöhung des reflectorischen Tonus in den Muskeln nach sich zieht — mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls sehen wir die kataleptische Muskelstarre immer, auch bei nicht gänzlich geschwundenem Bewusstsein, mit einer Aufhebung des Willenseinflusses auf die afficirten Muskeln verbunden. Ohne Zuhülfenahme eines Muskeltonus sind die Erscheinungen des kataleptischen Anfalls schwer zu erklären; wenigstens sind es nur Umschreibungen, keine Erklärungen, wenn man dieselben mit Blasius auf das allgemeine Gesetz der Stabilität im Nervensystem zurückführt, oder mit L. Meyer ein bei

aufgehobener willkürlicher Innervation subsistirendes Beharrungsvermögen im Bewegungsapparat annimmt.

Wenn man — wie es aus noch zu erörternden Gründen geboten erscheint — die kataleptischen Muskelcontractionen als reflectorische ansieht, ohne aber die Annahme eines Muskeltonus zu adoptiren, so müsste man sich vorstellen, dass im kataleptischen Anfall für das Zustandekommen von Reflexen innerhalb des gesammten willkürlichen Muskelapparates besonders günstige Bedingungen gegeben seien. Die den Anfall begleitende Aufhebung der Sensibilität und des Willensinflusses, die meist vorhandene völlige Bewusstseinspause lassen auf eine vorübergehende, complete oder incomplete Sistirung der Grosshirnthätigkeit schliessen. Der Wegfall der vom Grosshirn ausgehenden Willensimpulse und der gesammten psychomotorischen Action hat schon an sich ein erleichtertes Eintreten muskulärer Reflexe zur Folge, die durch den Willen vielfach inhibirt und gekreuzt werden; es werden aber ausserdem, vielleicht auch gleichzeitig jene von Setschenow entdeckten reflexhemmenden Centra ausser Function gesetzt, die ihren Sitz besonders in den Vierhügeln und im Lobus opticus (bei Fröschen), vielleicht auch im obersten Theile der Med. oblongata, haben. Kann diese Anschauung auch nur mit Reserve, als eine durchaus hypothetische, hingestellt werden, so ist doch eine Thatsache geeignet, derselben eine gewisse Stütze zu verleihen: die häufig gemachte Beobachtung nämlich, dass narkotische und anästhesirende Substanzen in einem gewissen Stadium der Wirkung, vor dem Eintritt der eigentlichen Narkose, partielle kataleptische Erscheinungen hervorrufen können.\*) Aus den unter Setschenow's Leitung angestellten Versuchen von Malkiewicz wissen wir, dass eine Reihe toxischer Substanzen, u. A. Alkohol und Morphinum, einen entschieden paralsirenden Einfluss auf die cerebralen Hemmungscentra der Reflexaction ausüben, und es liegt nahe, die unter dem Gebrauche der Narcotica und Anaesthetica eintretenden kataleptischen Muskelcontractionen, wie auch die bei Opiumvergiftung zuweilen auftretenden Reflexkrämpfe, aus einer verminderten oder aufgehobenen Wirksamkeit der cerebralen Hemmungsmechanismen herzuleiten. Freilich ist hiermit nur ein Glied aus der Kette der kataleptischen Erscheinungen herausgelöst, und keineswegs eine specielle Erklärung des kataleptischen Zustandes, sondern nur die allgemeine Vorbedingung einer solchen geliefert.

Die „Flexibilitas cerea“ bietet der Erklärung fast noch grössere Schwierigkeiten als die kataleptische Muskelstarre. Diese Schwierigkeiten liegen jedoch nicht wesentlich in dem Punkte, worin man dieselben meist zu suchen pflegt: dass nämlich ungewöhnliche oder unnatürliche Stellungen hervorgebracht und längere Zeit beibehalten werden können. Die Möglichkeit solcher Stellungen erklärt sich

---

\*) Ich selbst habe exquisite Flexibilitas cerea, abwechselnd mit Trismus, Opisthotonus und allgemeinen Convulsionen, bei einer Morphinumvergiftung (durch 0,09 Morph. hydrochl.) beobachtet.

vielmehr einfach aus dem Wegfall der Willensimpulse bei fortbestehender Reflexaction und Coordination, d. h. bei ungehemmter oder sogar gesteigerter Thätigkeit der reflexvermittelnden Apparate und der coordinatorischen Centren des Rückenmarks und verlängerten Marks. Die Integrität dieser Centren lässt es als möglich erscheinen, dass im kataleptischen Anfalle Gleichgewichtslagen in so abnormer Stellung, wie z. B. die früher beschriebene V förmige Position, ausführbar sind, denen im Normalzustande der Einfluss des Willens widerstrebend und hindernd entgegengetreten würde. Dass in der That ausschliesslich oder doch vorzugsweise die (bewusste oder unbewusste) Einwirkung des Willens es ist, welche das Zustandekommen derartiger Stellungen erschwert resp. inhibirt, lehrt meiner Ansicht nach in sehr überzeugender Weise die einfache Thatsache, dass geschickte Simulanten die kataleptischen Erscheinungen — namentlich gerade die abnormen Stellungen der Gliedmassen — bis zu völliger Täuschung nachahmen können. Hier widerstrebt also der Wille nicht nur nicht dem Eintritt solcher für gewöhnlich als schmerzhaft, ermüdend oder unzweckmässig verworfenen Coordinationen, sondern er ist im Gegentheil speciell auf das Zustandekommen derselben gerichtet und in hohem Maasse dafür interessirt. — Nicht also in diesem Punkte liegt die Hauptschwierigkeit; sie liegt vielmehr in der grossen Labilität der eingenommenen Gleichgewichtslagen trotz oder neben der anscheinenden Tendenz zur Stabilität; in dem Umstande, dass ein von aussen kommender Impuls, ein leichter Zug oder Druck u. s. w., sofort neue Dislocationen der Gliedmassen, neue Combinationen seitens des reflexvermittelnden und coordinatorischen Apparates zur Folge hat, die nun wiederum bis auf weiteren Anstoss dauernd fixirt bleiben. Die naheliegendste und auch von mehreren Seiten ausgesprochene Erklärung besteht darin, dass die passive Bewegung durch Vermittelung der sensiblen Muskelnerven reflectorisch auf das motorische Centrum (oder die coordinatorischen Centralapparate des Rückenmarks) einwirke. Indessen treten uns hierbei mehrfache Bedenken entgegen; zunächst schon der Umstand, dass im Uebrigen die Reflexerregbarkeit bei Katalepsie nicht erhöht, sondern häufig sogar vermindert oder aufgehoben erscheint. Diesem Bedenken liesse sich allenfalls durch die Annahme eines differenten Verhaltens der sensiblen Muskelnerven und der sensiblen Hautnerven, sowie der coordinatorischen Centren und der anderweitigen Reflexmechanismen in immerhin ziemlich gezwungener Weise begegnen. Worauf beruht es aber, dass, während eine passive Bewegung leicht bleibende Stellungsveränderungen der Gliedmassen hervorbringt, die kräftigste

faradische oder galvanische Muskel- und Nervenreizung einen ähnlichen Effect nicht hat? (Vgl. „Symptomatologie.“) Hier findet doch gewiss eine weit intensivere Erregung sensibler Muskelnerven statt, als bei mässiger passiver Dehnung oder Verkürzung! — Benedikt bemerkt in Beziehung auf die *Flexibilitas cerea*: „Da jeder Muskel bei jeder Zerrung an Leistungsfähigkeit soviel verliert, als er bei der Verkürzung gewinnt, so ist klar, dass, wenn einmal antagonistische Muskeln jene Spannung haben, welche zur Erhaltung eines Körpertheiles in einer gewissen Stellung hinreicht, dieselbe Spannung auch für alle Stellungen in der Richtung jener Muskeln genügen muss.“ Diese Bemerkung ist richtig, kann aber den oben hervorgehobenen Widerspruch doch nicht beseitigen. Auch Rosenthal präcisirt denselben nur, erklärt ihn nicht, wenn er sagt: „Während demnach der direct auf die Haut wirkende Reiz oder elektrische Erregung der Muskeln oder Nerven keine Reflexe auslöst, beziehungsweise die künstlich erzeugte Stellung nicht zu behaupten vermag, kann der indirecte Reiz fremder Einwirkung von den sensiblen Nerven, besonders der Knochen und Gelenke, sich auf eine gewisse Gruppe von Muskeln reflectiren. Die sogenannte wächserne Biegsamkeit ist demnach eine Reflexcontraction.“ — Zu der letzteren Annahme sind wir allerdings vorläufig genöthigt; aber das Wie? und Warum? gerade dieser Reflexformen ist uns leider noch vollständig dunkel.

Die specielle Analyse der übrigen secundären und untergeordneten Erscheinungen des kataleptischen Anfalles kann unter diesen Umständen nur geringen Werth darbieten; was wir darüber wissen oder vermuthen dürfen, ist auch grossentheils aus dem Vorhergegangenen bereits ersichtlich.

### Diagnose, Prognose und Therapie.

Die Diagnose bietet bei ausgesprochener Katalepsie keine Schwierigkeit dar, wenn man mit letzterer Bezeichnung eben den Begriff eines bestimmten, namentlich durch die Muskelspannungen und die *Flexibilitas cerea* charakterisirten Symptomencomplexes verbindet. Zustände, welche diese pathogonomonischen Erscheinungen nicht darbieten, sind dann eben keine Katalepsie, oder wenigstens keine *Katalepsia vera*, und mögen nach Gutdünken dem grossen, ganz undefinirbaren Gebiete der *Katalepsia spuria*, oder je nach ihrem speciellen Verhalten den choreatischen, epileptischen, hysterischen Krampfformen u. s. w. einverleibt werden. Zu diagnostischen Schwierigkeiten oder wenigstens Zweifeln könnte nur eine fortdauernd und

geschickt durchgeführte Simulation Anlässe geben. Dass eine solche überhaupt stattfinden kann, lehren verschiedene Beispiele aus der älteren und neueren Casuistik (u. A. die in der Literatur citirten Fälle von Corlieu und Walcher). Die längere Beobachtung, genauere Prüfung der Sensibilität und Reflexerregbarkeit, vielleicht auch die Untersuchung des elektrischen Verhaltens dürfte wohl in der Regel genügenden Schutz gegen Täuschungen bieten.

Die Prognose der Katalepsie ist, wenn wir von Complicationen absehen, quoad vitam günstig; quoad morbum ist sie im Allgemeinen ungünstig, da die Mehrzahl der Fälle eine spontane oder Kunstheilung nicht als wahrscheinlich anzunehmen gestattet. Doch kommen, wie wir gesehen haben, Ausnahmen vor; namentlich liefern die durch Malaria-Infektion bedingten, typisch verlaufenden Fälle eine bessere Prognose; ferner auch manche, bei relativ gesunden Individuen auftretende, durch mehr accidentelle Schädlichkeiten (Trauma, Gemüthserschütterungen u. s. w.) veranlasste Katalepsien. In inveterirten Fällen, bei neuropathischer Prädisposition, schweren Complicationen (Hysterie, Geisteskrankheit u. s. w.) ist natürlich die Prognose besonders ungünstig.

Der Therapie könnten zwei Aufgaben gestellt werden: einmal den eingetretenen Anfall zu coupiren oder möglichst abzukürzen; sodann die Wiederkehr der Anfälle zu verhüten. Die letztere Aufgabe lässt sich mit einiger Sicherheit nur da anstreben, wo die ätiologischen Momente eine Einwirkung, resp. Beseitigung hoffen lassen, z. B. bei Malaria-Infektion. Hier sind denn auch Besserungen oder Heilungen durch Anwendung von Chinin erzielt worden, wie die Mittheilungen von Medicus, Eisenmann, Glas u. A. beweisen. Auch in anderen Fällen soll Chinin allein, oder in Verbindung mit Morphinum (Hartmann) einen nützlichen Einfluss gehabt haben. Günstige Resultate sollen ferner erreicht worden sein durch tonisirende Mittel, Eisen, Secale cornutum (Glas), durch Morphinum und kalte Douche (Smoler) und durch die Elektrizität in Form des Inductionstromes (Macedo). Der constante Strom (Benedikt, Rosenthal) hat bisher keine sehr aufmunternden Erfolge ergeben. Auch subcutane Injectionen von Curare fand Rosenthal in einem Falle ohne merklichen Einfluss.

Die Frage, ob eine palliative Behandlung der Anfälle im Allgemeinen empfehlenswerth sei oder nicht, lässt sich vorderhand nicht entscheiden; jedenfalls ist die von einigen Seiten behauptete Schädlichkeit einer intervenirenden Behandlung durch nichts erwiesen — andererseits haben freilich die bisherigen Versuche auch wenig



positive Resultate geliefert. Ein während des Anfalles gemachter Aderlass zeigte sich in einem Falle von Lasègue ohne Einfluss auf den kataleptischen Zustand. Dagegen will Calvi durch Infusion von Tartarus stibiatus in eine Armvene die kataleptische Starre zum Verschwinden gebracht haben. Jones empfiehlt zu gleichem Zweck nasse Einpackungen, kalte Douche und den Inductionsstrom. Bei der von Lasègue geschilderten „Catalepsie passagère“ Hysterischer erwachen die Kranken aus der Somnolenz zuweilen in Folge eines leichten äusseren Reizes, z. B. durch Besprengen mit Wasser; bei der wahren Katalepsie sieht man dagegen selbst sehr starke Hautreize öfters ohne Erfolg bleiben. — Die Anwendung derartiger Palliativmittel dürfte übrigens namentlich bei sehr langdauernden Insulten, sowie in den selteneren Fällen geboten sein, die mit schwereren Störungen der Circulation und Respiration, grosser Schwäche der Herzthätigkeit, scheinodähnlichem Verhalten einhergehen. In den sehr protrahirten oder vielmehr aus einem Cyclus rasch auf einander folgender, durch unvollständige Remissionen getrennter Insulte zusammengesetzten Anfällen, die sich auf mehrere Tage und Wochen ausdehnen, kann überdies die künstliche Ernährung der Kranken durch die Schlundsonde oder durch ernährende Klystiere erforderlich werden.

---