

## XV.

Aus der Königlichen psychiatrischen und Nervenlinik  
der Universität Halle (Prof. Hitzig).


### Ueber die Beziehungen zwischen Demenz und Aphasie.

(Nach einem Vortrage vor der Jahresversammlung der Deutschen Irrenärzte zu  
Halle a. S. am 21. April 1899.)

Von

**Dr. Heilbronner,**

Privatdocent, Oberarzt der Klinik.



Auf die Beziehungen aphasischer resp. asymbolischer Störungen zur Demenz hatte ich schon vor mehreren Jahren wesentlich in Ausführung von meinem damaligen Lehrer Wernicke empfangener Anregungen hinzuweisen Gelegenheit<sup>1)</sup>; in jüngster Zeit hat Pick<sup>2)</sup> speciell auf den möglichen Uebergang „transcorticaler sensorischer“ Aphasie in schwere Demenz hingewiesen; auf weitere neuere einschlägige Arbeiten wird später einzugehen sein.

Die nachfolgende Mittheilung soll einen weiteren Beitrag zu dieser — ebenso interessanten als complicirten — Frage bilden.

Die Kranke, über die ich berichten will, und die ich, wenn auch cursorisch, bereits vor einem grösseren Kreise zu demonstrieren Gelegenheit hatte<sup>3)</sup>, stellt keineswegs einen interessanten Fall in dem Sinne dar, dass man sehr lange suchen müsste, einen ähnlichen zu eruiiren; sie repräsentirt vielmehr einen nicht allzuseltenen Typus, und nur der

---

1) Wernicke, Psychiatrische Abhandlungen. Heft I.

2) Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie etc. Berlin 1898. S. 42.

3) Cf. Zeitschrift f. Psychiatrie etc. Bd. 56. Heft 4. S. 651.

Umstand, dass eine Reihe gewissermaassen zufälliger Momente — ihre relative körperliche Rüstigkeit und bessere Bildung — verhältnissmässig günstige Untersuchungsbedingungen geschaffen haben, lässt mich gerade diese zum Ausgangspunkte der Erörterungen wählen.

Ich gebe zunächst die Krankengeschichte wieder. Für die Erlaubniss zur Veröffentlichung des Falles bin ich meinem sehr verehrten Chef, Herrn Geheimrath Hitzig, zu grossem Danke verpflichtet.

Frau S. S., geboren am 27. August 1827, wird am 12. Februar 1896 in die Klinik aufgenommen. Sie soll früher gesund gewesen sein, ist seit fünf Jahren verwittwet und seit der gleichen Zeit psychisch verändert. Sie wurde immer vergesslicher, verlor das Interesse für die Familie, wurde zuletzt von ihrem Dienstmädchen in plumpster Weise ausgenützt und deshalb wenige Tage vor der Verbringung in die Klinik in die Familie eines Sohnes aufgenommen. Da sie einer dauernden Ueberwachung bedürftig erschien, erfolgte bald die Ueberführung.

Patientin macht bei der Aufnahme den Eindruck einer für ihr Alter recht rüstigen Dame; ausser mässiger Arteriosklerose lässt sich keine wesentliche körperliche Abnormität nachweisen. Das körperliche Befinden ist während der jetzt mehr als 3jährigen Beobachtungsdauer unverändert geblieben; insbesondere sind nie irgend welche Erscheinungen beobachtet worden, die auf Blutungen oder Embolien hätten schliessen lassen.

Psychisch bot die Kranke bei der Aufnahme das typische Bild eines chronischen, senilen Delirs (senile Form der Korsakow'schen Psychose, Presbyophrenie [Wernicke]): euphorische Stimmung, totale zeitliche und örtliche Desorientirung, Personenverkennung, Confabulation, totaler Verlust der Merkfähigkeit.

Aphasische Symptome wurden nicht constatirt; die Kranke hat in der ersten Zeit wiederholt formell correcte Briefe an die Angehörigen geschrieben; es war bald nach der Aufnahme und auch später anlässlich klinischer Vorstellungen wiederholt möglich, die Kranke einer Prüfung in Bezug auf ihren Kenntnisstand zu unterziehen und dabei z. B. auf Fragen über geographische Gegenstände, wenn auch sachlich nicht immer zutreffende, so doch jedenfalls nicht aphasische Antworten zu erhalten.

Erst gegen Ende des Jahres 1897 fiel auf, dass die Kranke Aufforderungen nicht zu verstehen schien; es liess sich auch feststellen, dass sie Gegenstände nicht ausnahmslos richtig zu bezeichnen wusste, Umschreibungen gebrauchte, dass sie auch nicht mit allen Gegenständen richtig zu hantiren wusste. Jedenfalls waren aber die aphasischen Störungen damals noch sehr wenig ausgebildet und auch im Frühjahr 1898, als ich zuerst Gelegenheit hatte, die Kranke zu untersuchen, noch keineswegs so vorgeschritten, dass sie ohne besondere Untersuchung sehr in die Augen gefallen wären, wenn sie auch schon sehr wohl festzustellen waren. Erst im Verlaufe eines weiteren Jahres hat sich dann das jetzige, ausserordentlich charakteristische Bild entwickelt, ohne dass, wie ich nochmals betonen möchte, ein Moment anzugeben wäre oder

irgend ein Zwischenfall eingetreten wäre, von dem an eine Verschlimmerung des Zustandes zu datiren wäre.

Das Material zu dem nachfolgenden Status entstammt zum grossen Theil einer langen Reihe von Explorationen aus dem Frühjahr 1899, kurz vor der Demonstration der Kranken; seitdem ist eine wesentliche Veränderung des Zustandes nicht eingetreten.

Es war zunächst, trotzdem alle systematischen Prüfungen begreiflicher-weise scheitern mussten, festzustellen, dass Veränderungen der Perceptionsorgane, welche etwa das Krankheitsbild zu modificiren geeignet gewesen wären, nicht bestanden:

Dass das Sehvermögen jedenfalls allen bei den Untersuchungen zu stellenden Anforderungen zu entsprechen im Stande war, ergab sich daraus, dass die Kranke gelegentlich ziemlich klein gedruckte Buchstaben zu lesen im Stande war, dass sie aber insbesondere, wie immer wieder zu beobachten war, kleinste am Boden liegende Gegenstände — sogar Fäden — zu finden und aufzusammeln wusste. Für eine Hemipie haben sich keinerlei Anhaltspunkte ergeben.

Dass die Kranke ausreichend hörte, ergab sich daraus, dass sie — wenn die übrigen Bedingungen günstig waren — leise Gesprochenes ebenso wohl verstand, wie laut Gesprochenes, dass sie insbesondere auch auf leise Geräusche — Zurufe, Thürengehen — meist prompt durch Wendung des Blickes zu reagiren pflegte.

Dass das Tastvermögen für die in Betracht kommenden Prüfungen ausreichte, wurde daraus geschlossen, dass sie bei ihren spontanen deliranten Bewegungen auch mit den kleinen Gegenständen, die sie überall aufzulesen pflegt, ganz geschickt hantirte, und dass sie ganz gewandt und correct zu stricken verstand, nachdem ihr ein Strickzeug in geeigneter Weise in die Hand gegeben war.

Geschmack und Geruch waren am wenigsten genau zu prüfen; jedenfalls aber wurde auf unangenehme Eindrücke (Geruch von Camphor, Geschmack von Chinin) mit Ausdrücken des Unbehagens reagirt.

Es sei zugefügt, dass jedenfalls auch diejenigen Eindrücke, die als dem Gemeingefühl angehörend aufgefasst werden, an der Kranken nicht spurlos vorübergingen; sie gab zu verstehen, wenn sie sich müde oder angegriffen fühlte.

Eine systematische Prüfung derjenigen weiteren Factoren, die für das Resultat der Prüfungen in Betracht kamen, der Aufmerksamkeit und der Leistungen des Gedächtnisses, war natürlich unmöglich; immerhin liess sich Folgendes feststellen:

Die Aufmerksamkeit der Kranken war jedenfalls leicht zu wecken; sie reagirte — wie es schien, manchmal sogar lebhafter und intensiver, als es der Gesunde gethan hätte — auf Alles, was um sie vorging (Klopfen an der Thür, Schritte in der Nähe, Niesen eines Anwesenden), und gab gelegentlich ihr Interesse an derartigen Vorkommnissen durch ganz passende Aeusserungen kund.

Dagegen war es ausserordentlich schwer — in den meisten Fällen ge-

radezu unmöglich — die Aufmerksamkeit der Kranken festzuhalten; jeder neue Eindruck — gleichgiltig welcher Art — war im Stande, das Interesse der Kranken von dem Gegenstande, dem es zugewandt bleiben sollte, abzulenken<sup>1)</sup>.

Die letztere Erscheinung ist kaum zu trennen von einer weiteren: der hochgradigen Störung der Merkfähigkeit, d. h. der Fähigkeit zum Festhalten neuer Eindrücke. Dieselbe schien vielfach thatsächlich aufgehoben; dieser Eindruck wurde zumeist gewonnen, wenn versucht wurde, die Merkfähigkeit speciell zu prüfen: Man konnte der Kranken beispielsweise immer wieder ein Gläschen mit Ol. Sinapis reichen mit der Aufforderung, daran zu riechen, und sie befolgte diese Aufforderung stets wieder, auch wenn ihr Gesichtsausdruck deutlich verrieth, dass sie noch lebhaft unter dem unangenehmen Eindrucke stand, den ihr wenige Secunden vorher das Riechen am gleichen Fläschchen bereitet hatte. Erst nach zahlreichen Versuchen äusserte sie, ohne übrigens gegen die Wiederholung zu protestiren: „Das wird doch nicht so sein, wie das andere — so schäftig“; einmal auch: „das andere war besser“, wobei unentschieden bleiben musste, ob es sich nicht etwa um eine ihrer beliebten, noch zu besprechenden „Redensarten“ handelte.

Besser als bei derartigen Experimenten liess die gelegentliche Beobachtung erkennen, dass frische Eindrücke doch nicht ganz spurlos verschwinden: Als ihre Wärterin aus dem Untersuchungszimmer weggegangen war, suchte sie dieselbe an der Stelle, wo sie gestanden hatte, und begrüßte sie beim Wiederkommen mit den Worten: „Luise, du bist ja weggelaufen“. Noch beweisender war die folgende Scene: Ich hatte ihr einen Hund gezeigt (s. u.), der weglief und nach einigen Minuten wieder kam; sie äusserte spontan: „ach, da ist ja noch so ein Thier“. Besonders deutlich wurde der Mangel der Merkfähigkeit, wenn Patientin nachsprechen sollte: sie vergass offenbar sehr oft das vorgespochene Wort, ehe sie zum Nachsprechen kam. Auch hier kamen Ausnahmen vor. Aufgefordert, das Wort Wollwaarenfabrik nachzusprechen, sagt sie zur Wärterin: „Du weisst mehr davon, wo war die Wollwaarenfabrik, die ist hinten ganz da draussen“. Die Möglichkeit eine, wenn auch nur flüchtige Association an das Wort zu knüpfen, schien hier, wie in analogen anderen Fällen, das Festhalten wenigstens für kurze Zeit ermöglicht zu haben. Wo immer ein Rest von Merkfähigkeit zu constatiren war, handelte es sich übr-

---

1) Ich halte es nicht für ganz unnöthig, zu betonen, dass ich den Ausdruck „Aufmerksamkeit“ oben in einem rein vulgären Sinne verwende; thatsächlich bezieht sich der Vorgang der Weckung der „Aufmerksamkeit“ auf etwas ganz anderes als der der Festhaltung derselben: Beweis dafür der Umstand, dass wie in unserem Falle, so in zahlreichen Fällen von Psychose, die erstere erleichtert, die zweite gleichzeitig erschwert sein kann. Jedenfalls trägt die Kraepelin'sche Auffassung, die in der leichten Weckung der Aufmerksamkeit eine vermehrte Ablenkbarkeit sieht, den Verhältnissen besser Rechnung als die Ziehen'sche, nach der es sich dabei um eine Steigerung der Aufmerksamkeit (Hyperprosexie) handelt.

gens nur um ein Festhalten für ganz wenige Minuten; jeder Versuch, der Kranken einen Auftrag zu erteilen, den sie auch nach kürzester Frist hätte ausführen sollen, scheiterte; es braucht kaum angeführt zu werden, dass sie von keiner der seit Jahren ihre Umgebung bildenden Personen auch nur den Namen behalten hat. Das Maximum von Merkfähigkeit, das ich jetzt noch beobachten konnte, bewies die Kranke, als sie von einer mehrstündigen Untersuchung auf die Abtheilung zurückgeführt — also einige Minuten nach Abschluss der Untersuchung — erzählte: „Da oben sei ein Mensch gewesen, der sie gar nicht in Ruhe gelassen habe“.

Darüber, wie weit die Kranke noch über geistigen Besitz aus früherer Zeit verfügte, war nur sehr wenig zu eruiern. Die Prüfung der Schulkenntnisse scheiterte zum Theil an der Unmöglichkeit sprachlicher Verständigung; es liess sich aber eruiern, dass sie wenigstens das Alphabet bis auf den letzten Buchstaben aufzusagen wusste; in der Zahlenreihe gelangte sie nur bis 10.

Wie weit die Kranke noch Erinnerung an frühere Erlebnisse bewahrte, liess sich nicht genügend feststellen, weil es mir an der Kenntniss entsprechender Details aus ihrem Leben fehlte; immerhin kamen in ihren confabulatorischen Erzählungen einzelne Vorgänge und Situationen mit solcher Häufigkeit wieder, dass der Schluss nahe lag, es handle sich um Erinnerungsreste aus früherer Zeit; auch einige constant wieder vorkommende Namen schienen für die gleiche Annahme zu sprechen.

Wie schon nach dem Obigen zu vermuthen ist, hat die Untersuchung der aphasischen und diesen verwandten Störungen recht wechselnde Resultate ergeben; insbesondere hat sich der Umstand recht störend bemerklich gemacht, dass bei der Kranken — soweit davon überhaupt die Rede sein konnte — ein Nachdenken wegen ihrer reducirten Merkfähigkeit nur unter der Voraussetzung möglich war, dass ihr die jeweils gestellte Aufgabe continuirlich immer wieder wiederholt wurde, wobei es erst noch fraglich sein konnte, ob eine derartige vielfache Wiederholung der Aufgabe ein ebenso continuirliches Nachdenken zur Folge hatte, umsomehr als die Kranke dann gewöhnlich bald unaufmerksam wurde und in Gedanken resp. Worten ihre eigenen Wege zu wandeln begann. Kam es trotzdem zu correcter Lösung, so gewann ich meist den Eindruck, dass diese nach der so und so vielen Wiederholung der Frage erfolgt war, nicht anders, als sie auch nach der erstmaligen Stellung der Frage hätte erfolgen können, d. h. weil gerade günstige Bedingungen zusammentrafen, nicht weil eine Gedankenarbeit seitens der Kranken abgeschlossen war. Die Bedingungen, von denen dieses Gelingen abhängig war, waren nur zum geringsten Theil zu eruiern. Der Einfluss derartiger Momente war hier noch viel ausgesprochener und die Resultate der Untersuchungen — auch innerhalb kürzester Frist — noch um vieles schwankender als sonst bei Aphasischen. Es war deshalb noch viel weniger als bei anderen Kranken möglich, etwa ein „Inventar“ des Erhaltengebliebenen aufzunehmen, und auch die Darstellung des „Typus“ der Störung begegnet hier viel grösseren Schwierigkeiten. Die nachfolgende Darstellung kann deshalb nur gewissermaassen Stichproben zur Charakterisirung desselben geben.

Das Erkennen von Objecten (zunächst abgesehen von sprachlichen Reactionen) erschien bei specieller Prüfung auf's Schwerste geschädigt. Die Prüfung musste sich zunächst darauf beschränken, zuzusehen, was die Kranke mit ihr überlassenen Gegenständen anfangen würde. In der Mehrzahl der Fälle gelang es überhaupt nicht, sie zu irgend einer complicirteren Reaction zu bewegen. Sie liess die Dinge unbeachtet liegen oder suchte sie in die Tasche zu stecken oder in die Schürze zu wickeln, wobei sie häufig in der ihr geläufigen Weise ihrer Freude über das hübsche Aussehen der Dinge Ausdruck gab.

Auch ein grosser Theil der Manipulationen mit den einfachsten Gebrauchsgegenständen schien ihr fremd geworden. Sie war nicht im Stande, sich allein an- und ausziehen, trotzdem es ihr, wie nochmals betont sei, an der rein motorischen Geschicklichkeit nicht gefehlt hätte; sie wurde oft lange Zeit vor den Mahlzeiten sitzend gefunden, ohne zu wissen, was sie mit den vor sie gestellten Gerichten anfangen sollte, während sie in den Mund Geschobenes gleich darauf ass und auch oft — nicht regelmässig — weiter zu essen verstand, wenn ihr der Löffel in die Hand gegeben und die ersten Bissen mit Nachhülfe zum Munde geführt wurden.

Trotzdem war keineswegs zu behaupten, dass es sich bei der Kranken um ein absolutes Nichtverstehen äusserer Eindrücke gehandelt habe. Gelegentlich kamen Manipulationen, oft auch sprachliche Reactionen zu Stande, die auf ein relativ recht gutes Erfassen und sogar recht gutes Verarbeiten der Eindrücke schliessen liessen. Dabei lagen die Verhältnisse nicht etwa so, dass bei der Kranken, wie man es sonst bei Aphasischen oft beobachtet, Perioden vermehrter mit solchen verminderter Leistungsfähigkeit abgewechselt hätten: vielmehr fanden sich einzelne auffallend gute Reactionen in jeder Untersuchungsreihe immer wieder zwischen oder gleich nach total misslungenen. Es sei bemerkt, dass irgend ein Unterschied bezüglich der Reaction nach dem Sinnesgebiet, das den Reiz vermittelt hatte, nicht zu eruiren war; viel eher schien es — worauf bei der Würdigung der Befunde zurückzukommen sein wird — eine richtige Reaction zu erleichtern, wenn das Object entweder gleichzeitig auf verschiedene Sinnesgebiete wirken konnte, oder doch eines in möglichst vielfacher Weise — etwa das durch Form, Farbe und Bewegung — zu erregen geeignet war.

So konnte die Kranke nicht dazu gebracht werden, eine ihr gezeigte Scheere in entsprechender Weise in die Hand zu nehmen oder sie zu benennen; sie schien des Verständnisses ganz zu entbehren; als aber die Scheere in rascher Bewegung ihrer Nase genähert wurde, meinte sie: „Die Nase kann ich mir doch nicht abschneiden lassen“.

Mit einer Streichholzschachtel und Streichhölzern wusste sie nichts anzufangen; dagegen machte es ihr Spass, ihr brennend vorgehaltene Streichhölzer auszublasen. Ein brennend ihr in die Hand gegebenes Streichholz hielt sie allerdings, die Flamme betrachtend, fest, bis sie die Wärme an den Fingern verspürte; den heruntergefallenen Rest aber trat sie sorgsam aus und trug den in ihrer Hand verbliebenen Theil so lange suchend umher, bis sie einen Kohleneimer fand, in den sie ihn mit der Frage: „Da hinein?“ deponirte.

Bei der Schilderung, wie weit die Kranke Gegenstände zu benennen wusste, werden weitere ähnliche Beispiele zu erwähnen sein.

Den übrigen Erfahrungen entsprach es, dass die Kranke einigermaassen complicirte Situationen oft besser aufzufassen schien, als einfache Gegenstände; in ihren Bemerkungen bei solchen Gelegenheiten documentirte sie auch — wie hier vorgreifend bemerkt sei — ein viel besseres Sprachvermögen als bei spezieller Prüfung.

Während es beispielsweise oft unentschieden bleiben musste, ob sie einen Hund als solchen oder auch nur als Thier erkannte, äusserte sie einmal, als der Hund winselnd zur Thür hereinkam: „Ach, das arme Thier, der ist schlimm geworden.“

Als sie auf der Abtheilung einen kleinen Knaben auf einen Stuhl klettern sah, rief sie sichtlich erschrocken: „Herr Jesus, der Junge wird doch nicht herunterfallen“.

Während sie die Bedeutung conventioneller Laute und Geräusche bei der Prüfung meist nicht zu verstehen schien, veranlasste sie zufälliges Klopfen an der Zimmerthüre fast jedesmal dazu, unter höflichen Bücklingen und — oft allerdings auch misslungenen — Höflichkeitsphrasen zum Aufbruch zu drängen, zum mindesten reagierte sie auf das Klopfen mit dem Rufe: „Herr Jesus, wer kommt denn da“.

Mit Büchern, Schreibzeug u. s. w. wusste sie, sobald ihr dieselben zu Prüfungszwecken in die Hand gegeben wurden, meist nichts anzufangen; auf der Abtheilung liebte sie es besonders, Theile des Schreibzeugs wegzuschleppen, an aufliegenden Notizbüchern zu zupfen oder sie zu zerreißen; als sie mich aber einmal an dem mit Schreibzeug beladenen Schreibtisch arbeitend fand, äusserte sie mit offenbarem Verständniss der Situation: „Ach, Sie plagen sich ja so, das ist ja eine ganze Tüte (!) voll“. Wenn sie bemerkte, dass ich bei den Explorationen Notizen machte, dämpfte sie, um nicht zu stören, ihre Stimme und setzte ihre fast permanenten Bemerkungen zur Wärterin in Flüstersprache fort.

Ob sie ein Clavier erkannte, war nicht zu eruiren; auch als ihr darauf vorgespielt worden war, war sie nicht zu bewegen, eine Taste anzuschlagen. Nachdem sie aber längere Zeit zugehört, begann sie plötzlich in der Tasche — offenbar nach Geld — zu suchen und äusserte zur Wärterin: „Wenn ich nur wüsste, was ich dem dafür geben könnte“.

Wenn sie statt auf der Abtheilung in meinem Zimmer untersucht wurde, so fehlte ihr offenbar keineswegs das Verständniss ganz, dass sie in eine fremde Behausung kam: Sie erschien gewöhnlich, von ihrer Wärterin begleitet, unter vielen Bücklingen, äusserte in mehr weniger gelungenen Phrasen ihre Anerkennung für die schöne Einrichtung, liess sich — wie auch sonst oft — nur ungern zum Sitzen nöthigen, bis ich selbst sass, bot mir oder zufällig dazu Kommenden Platz an, und unterbrach die Untersuchung immer wieder mit höflichen Phrasen: nun wolle sie nicht mehr länger stören, sie müsse nun wieder heim; sie versäumte auch nie, am Schlusse sich zu verabschieden und zu bedanken.

Aehnliche Beobachtungen, aus denen zunächst jedenfalls zu entnehmen war, dass die Kranke des Verständnisses für — nicht sprachliche — äussere Eindrücke keineswegs ganz entbehrte, konnten alltäglich gemacht werden.

Für die Sprechweise der Kranken hat bereits das Vorstehende einige Beispiele ergeben. Auch hier ergab die Beobachtung des gewissermaassen zufällig Geleisteten reichere Ausbeute als die versuchte systematische Exploration. Ich bezeichne im Folgenden Alles, was die Kranke, abgesehen von den Antworten auf Fragen, producirt, als Spontansprechen, wobei noch zu berücksichtigen ist, dass ihre Reden sehr häufig inhaltlich jedenfalls durch gestellte Fragen nicht alterirt wurden.

Zunächst spricht die Kranke sehr viel und offenbar gerne; glaubt sie auf der Abtheilung Jemanden gefunden zu haben, der ihr Gehör schenkt, so spricht sie continuirlich auf ihn ein —, ohne Rücksicht darauf, ob man auf ihre Reden reagirt oder nicht; sie spricht sehr geläufig; ziemlich rasch, ohne merkliche Articulationsstörung. Alles, auch gelegentlich vorkommende inhaltsleere und sinnlose Sätze, bringt sie mit eindringlicher, bald ernster, bald bedauernder, bald heiterer Betonung zu Tage; ebenso ermangeln ihre Sätze fast nie einer tadellosen Construction.

Wer die Kranke so, ohne genauer hinzuhorchen, lange fort auf irgend eine geduldige Mitkranke einsprechen hörte, musste annehmen, dass sie irgend eine interessante Geschichte erzähle oder eine wichtige Angelegenheit bespreche. Bei genauerem Hinhorchen ergiebt sich dann allerdings, dass ihre Reden zum grossen Theil so gut wie inhaltslos sind; insbesondere aber ergiebt eine längere und regelmässige Beobachtung, dass ihre sprachlichen Productionen im Ganzen recht wenig variabel sind. Vor allem macht sich der Mangel an Bezeichnungen für concrete Dinge bemerkbar. Derartige Bezeichnungen fehlen nicht ganz; sie verfügt vielmehr im Gegensatz zu manchen Aphasischen noch über eine Reihe von Substantiven, darunter sogar mehrere Eigennamen. Ich habe durch eine aufmerksame Mitkranke einmal notiren lassen, welche Substantiven sie im Laufe eines Tages producirt, und erhielt folgende Reihe:

Vater, Marie, Mutter, Mädchen, Maurer, Sophie, junger Herr, Anna, Mann, Dessau, Coswig, Kopf, Frau, Hans, Leben, Kinder, Schwester, Eier, Eltern, Wirthschaft, Hennig, Brot, Fräulein, Krankheit, Gedanken, Namen, Leute, Menschen, Morgen, Uhr, Geliebte, Karte, Angst, Thür, Beine, Abend, Zeit, Mund, Leben, Arbeit, Kleider, Erde, Nase, Platz, Karl, Hauptmann, Tisch, Winter, Herr Jesus, Bruder, Werth, Sohn, Rüben, Garten, Kröte, Tuch, Schloss.

Wie oft einzelne dieser Worte wiederholt wurden, ist nicht notirt; dagegen gebrauchte die Kranke in der gleichen Zeit das Wort Luise (mit dem sie fast alle weiblichen Personen zu bezeichnen resp. zu rufen pflegt) 18, das Wort Franz 24, das Wort Sache 29 mal, ebenso oft das Wort Geschichte und ihren Lieblingsausdruck: Dingelchen 79 mal.

Die Aufzählung ist vielleicht — auch für den einen Tag — nicht ganz lückenlos, und sie würde, auch wenn sie es wäre, jedenfalls den ganzen Bestand der Kranken nicht wiedergeben, weil sie eben unter veränderten Ver-



hältnissen gelegentlich recht auffallende Mehrleistungen producirt; aber das, was die Kranke thatsächlich producirt, ganz besonders aber die unendliche Wiederholung der als Flickworte überall zu verwendenden Ausdrücke: Sache, Geschichte und Dingelchen, charakterisiren ihre Sprechweise schon einigermaassen. Aehnlich wie bezüglich der Substantiven lagen die Verhältnisse begrifflicherweise bezüglich der Adjectiva und Verba.

Nicht nur einzelne Worte, sondern auch ganze Phrasen kehrten übrigens in constanter Zusammenstellung immer wieder. Namentlich wusste die Kranke conventionelle Phrasen der Freude, des Bedauerns, des Jammerns, manchmal, wie sich ergeben wird, an passender Stelle, zumeist aber ganz unangebracht mit grossem Nachdruck zu äussern. Auch andere Phrasen ohne derartigen emotionellen Charakter wurden häufig vorgebracht, oft anschliessend an zunächst zutreffende Aeusserungen; überhaupt war es charakteristisch, dass die Kranke zu längerem, zusammenhängendem Sprechen, etwa zu einer Erzählung, nicht fähig war — sie verlor wohl aus den bereits geschilderten Gründen alsdald den Faden.

Als Beispiel für die Art der Productionen der Kranken möge das Folgende dienen:

„Hier sind wir ja wohl zu Hause meist, aber weil wir hier alles schneller bekommen, wie zu Hause, so kann man es ganz gut aushalten dort. Der alte Herr will ja immer gern fort. Die Mutter liegt seit gestern zu Hause im Bett, ist krank, ich weiss nicht, die hat immer so was“.

Nachdem ihr ein Bleistift gezeigt war:

„Das sind die von den jungen Mädchen, wie die heissen; ich habe mich sehr darum bekümmert; da ist ja weiter nichts darin, wie mal so ein bisschen hinein zu thun“.

Nach der Jahreszeit gefragt:

„Nun, jetzt geht es doch zum Winter, weil die Dinger nicht ordentlich hören wollen; wir können nichts mehr lernen; und die Grossmutter war gar nicht mehr da, die war fort. Jetzt ist es wieder hübsch draussen“.

Schon aus diesem Beispiel geht hervor, dass das, was sie sprach, wenigstens im Beginn nicht jeder Beziehung zur gestellten Frage oder dem sonst gerade angeregten Thema zu entbehren brauchte. Ein solcher wenigstens oberflächlicher Zusammenhang war sogar zumeist noch zu erkennen.

Die Frage nach dem Befinden, dem Aufenthalte ihrer (natürlich längst verstorbenen) Eltern, gab ihr oft Anlass zur Erzählung von Familienergebnissen, Krankheit, Zwistigkeiten in der Familie; Fragen, was sie eben gethan, veranlassten sie oft zu beweglichen Klagen über das Uebermaass von Arbeit und Unruhe, unter dem sie zu leiden habe. Die eigentlichen „Examensfragen“ beantwortete sie oft mit Entschuldigungen: sie habe so etwas lange nicht gesehen, sich nicht damit beschäftigt. Auf die Frage, ob sie lateinisch spreche, antwortet sie: „Ja wir haben es ja in der Schule gelesen und alles“. Schon dieses Beispiel erinnert einigermaassen an eine Art des Abschweifens, die nicht allzu selten zu beobachten war und die man kaum anders denn als ideen-

flüchtig bezeichnen kann. So antwortet sie auf die Frage: „Sind sie schon Grossmutter“? „Ja schon lange; da war schon ein Kind gestorben. Anna, wo war die Mutter mit den Kindern“. Bei der Schilderung ihrer grossen Inanspruchnahme erklärt sie einmal: „Jetzt ist es immer so eilig gegangen, wenn auch nicht eilig, so doch ruhig“. Das typischste Beispiel derart producierte sie aber anlässlich des bereits erwänten Versuches mit der Scheere; sie äusserte nämlich wörtlich: „Die Nase kann ich mir doch nicht abschneiden lassen; ich habe keine Ohren in den Beinen, weil ich immer so viel gelaufen bin“.

In Bezug auf die Fähigkeit, Bezeichnungen für Gegenstände und Eigenschaften zu finden, ergab die Beobachtung der Kranken, wenn man sie gewähren liess, gleichfalls mehr als die specielle Untersuchung:

Während es oft durchaus nicht gelang, sie zur richtigen Bezeichnung eines ihr vorgehaltenen Gegenstandes zu veranlassen, fand sie die Bezeichnung ganz prompt wenige Minuten später, wenn ihr der gleiche Gegenstand wieder zufällig vor Augen kam und ihre Aufmerksamkeit erregte. Ich hatte die Kranke zum so und so vielen Male einen Hund ansehen lassen und vergeblich gefragt, was das wohl sei: Als ich die Versuche eingestellt, kam der Hund zufällig wieder gesprungen, und sie begrüßte ihn erfreut: „Ach das hübsche schwarze Thierchen“. Während sie zur Bezeichnung von Farben oder Helligkeitsunterschieden sonst ganz unfähig zu sein schien, versäumte sie fast nie, wenn sie bei mangelhafter Beleuchtung zu lesen veranlasst werden sollte, zu betonen, dass es „so duster“ sei, und das plötzliche Hereinfallen von Sonnenstrahlen mit den Worten zu begrüßen: „Jetzt wird es schön hell“.

Recht merkwürdig waren einzelne Reactionen auf das Vorzeigen von Gegenständen, die man vielleicht am besten als „Danebensprechen“ bezeichnen kann, das so weit ging, dass sich die Kranke zuweilen in Bezug auf das Sinnesgebiet, dem sie die Bezeichnung entnahm, „vergriff“. Hier die typischsten Beispiele: Der ihr offenbar angenehme Geruch von Ol. Menth. veranlasst sie zu der Aeusserung: „Das klingt so“. Auf Vorhalten einer Flasche mit Asa foetida erklärt sie: „Das riecht etwas schwarz“. Der stechende Geruch von Ol. Sinap. entlockt ihr den Ruf: „Ach Gott, das muss wohl doppelt sein“.

Dass es auch bei specieller Prüfung zuweilen gelang, richtige Bezeichnungen zu extrahiren, bedarf wohl keiner Betonung; im Ganzen waren die positiven Resultate um so reichlicher, je mehr es gelang, den Versuchen den Charakter eines rein schulmeisterlichen Ausfragens zu nehmen. Auch hier liessen sich übrigens ganz in Uebereinstimmung mit dem vorher Erwähnten keine Unterschiede wahrnehmen, gleichviel welches Sinnesgebiet zur Erkennung des Gegenstandes in Anspruch genommen wurde.

Deutlicher als bei gelegentlicher Beobachtung, wo sie übrigens keineswegs fehlten, liessen sich aber zwei Erscheinungen bei der speciellen Aufgabe, Gegenstände zu benennen, beobachten.

Zunächst konnte constatirt werden, dass die Kranke ganz so, wie es

sonstige Aphasische — allerdings seltener, als man gewöhnlich annimmt — zu thun pflegen, zu Umschreibungen ihre Zuflucht nahm. Ich führe nur zwei charakteristische Beispiele an: Sie erklärt, nachdem sie sich umsonst abgemüht, die Bezeichnung „Cigarre“ zu finden: „das ist, was die Herren so in den Mund nehmen“ und meint, als ihr auf dem Clavier vorgespielt wird: „das ist, wenn so mit den Händen geschlagen oder gemacht wird“.

Ausserdem wurde gerade bei den Versuchen, Gegenstände benennen zu lassen, sehr deutlich, dass die Kranke recht oft paraphasische Bildungen producirt. Derartige paraphasische Elemente traten auch im Spontansprechen zuweilen auf, namentlich, wenn die Kranke irgend ein — wie man an ihren Mienen beobachten konnte — mühsam gesuchtes Wort nicht finden konnte. Beim Benennen ihr nur zu diesem Zwecke vorgezeigter Dinge wurde aber — sofern die Kranke die Aufgabe überhaupt zu lösen unternahm — die Störung eclatanter, weil sie da nicht, wie es in der Conversation möglich war, nicht zu findenden Ausdrücken durch Variation des Themas ohne Weiteres ausweichen konnte. Irgend welche specifische Eigenthümlichkeiten haben die paraphasischen Productionen der Kranken nicht geboten, und zu Untersuchungen über das Zustandekommen derselben war der nach den verschiedensten Richtungen complicirte Fall am wenigsten geeignet; es seien deshalb nur einige Beispiele angeführt: „Sie bezeichnet ein Clavier als eine „volle Sachse“, dann eine „volle Schur“, eine Cigarre als „Lizge“, einen Löffel einmal richtig, dann als „Scheffel“, gleich darauf corrigirt in „Schleffel“.

Von geläufigen Reihen liess sich bei der Kranken nur das Alphabet und die Zahlenreihe von 1—10 als erhalten nachweisen; diese sprach sie tadellos; andere Reihen, die sie hätte sprechen können, liessen sich nicht eruiren; nicht einmal zum Aufsagen des Vater Unser war sie zu bringen. Trotzdem wäre es nicht angängig und, wie ich glaube, nicht richtig, anzunehmen, dass dies ausgefallen wäre.

Das Nachsprechen geschah im Gespräch oft ganz correct, häufig so, dass eine gestellte Frage modificirt wiederholt wurde (Frage: „Wie alt sind Sie?“ Antwort: „Wie alt ich bin“? u. s. w.). Aus diesen Umformungen, ebenso aus den daran geknüpften Aeusserungen (cf. das oben erwähnte Beispiel der „Wollwaarenfabrik“) liess sich auch entnehmen, dass dieses Nachsprechen mit Verständniss für den Inhalt geschah.

Schon bei dieser Form des Nachsprechens kam es zuweilen zu paraphasischen Producten, die man auf ungenaues Hören zurückzuführen geneigt gewesen wäre, wenn nicht vielfache andere Beobachtungen bewiesen hätten, dass eine entsprechende Herabsetzung des Hörvermögens eben nicht bestand. So macht die Kranke aus „Grosspapa — Brodpapa“, aus „ausrechnen — ausessen“, aus „Sophie — Schüttelvieh“, aus „Uhr — Uhrig, dann ruhig“ u. a. m.

Viel prägnanter wurde die Störung aber, wenn der Kranken — namentlich längere — Worte nur zum Zwecke des Nachsprechens vorgesagt wurden. Sie producirt dann z. B. — natürlich bei immer erneuter Wiederholung des Paradigmas — statt Federhalterständer nach einander: Federhalterstecher,

Federhalbestader, Schäderhaber, Federhalter, Federhalterschwächter, Federwalderstecher, Späterhalterständer, statt Cigarrenetuis Fingatvimi, Gedanketuis, zuletzt Cigarretuis u. a. m.

Ich habe bereits oben bemerkt, dass die Erschwerung des Nachsprechens zum Theil jedenfalls durch die Reduction der Merkfähigkeit bedingt war; dass diese allein dieselbe nicht veranlasste, hat das Eingangs erwähnte Beispiel bewiesen; zum Mindesten kam in Betracht, dass die Kranke meist gezwungen gewesen wäre, ihr unverständliche Worte, die für sie nur den Werth willkürlicher Buchstabenconglomerate hatten, sich zu merken, ein Umstand auf den Rieger<sup>1)</sup> nachdrücklich hingewiesen hat, und auf den ich noch zurückzukommen haben werde.

Zur Entscheidung der Frage, wie weit die Kranke Verständniss für sprachliche Eindrücke besass, ist schon im Vorhergehenden eine Reihe von Material enthalten: so wenig nach der Natur des Falles eine rein schematisch vorgenommene Untersuchung ausreichenden Aufschluss über die Art der Störung ergeben hätte, hätte sich durch eine rein schematische Darstellung ein Bild der bei der Untersuchung erhaltenen Befunde ergeben. Dieselben entsprachen in ihrem Wesen dem, was auf den bisher eingehender besprochenen Gebieten festgestellt worden war. Insbesondere war es wieder charakteristisch, dass bei specieller Prüfung die zutreffenden Reactionen am seltensten eintraten.

Bei der Aufgabe, genannte Gegenstände zu zeigen, versagte die Kranke fast ausnahmslos; dass nicht schlechthin die Aufgabe, etwas zu zeigen, unverstanden blieb, war ausser Zweifel; die Kranke suchte und zeigte z. B. mit fragender Miene beliebige Bilder, wenn sie Gegenstände im Bilderbuche aufsuchen sollte. Trotzdem würde die Annahme, dass sie thatsächlich die Bezeichnungen der Gegenstände, die sie nicht zeigen konnte, ausnahmslos nicht gekannt hätte, meines Erachtens zu weit gehen. Beweis dafür das folgende Beispiel, dem sich genug analoge an die Seite stellen liessen. Sie war nicht im Stande, trotz vielfacher Mühe die Uhr im Zimmer oder deren Abbildung im Buche zu zeigen. Dagegen greift sie, gefragt: „Wie viel Uhr ist es?“ prompt nach der Stelle, wo sie die Uhr zu tragen gewohnt war, und fragt, als sie die Uhr nicht findet, die daneben stehende Wärterin: „Luise, hast du deine Uhr da?“

Ähnliche Schwierigkeiten, wie sie in diesem Falle das Zustandekommen der richtigen Reaction — das Zeigen des genannten Gegenstandes — unmöglich gemacht hatten, machten sich in gleicher Weise geltend, wo überhaupt eine auch nur einigermaassen complicirtere Reaction auf sprachliche Eindrücke von der Kranken verlangt wurde: sie versagte bei den gewöhnlichen Aufforderungen: die Zunge zu zeigen, die Hand zu geben u. ä., während sie, wie ich kaum zu erwähnen brauche, bei Begrüssung und Abschiednehmen meist mit höflichen Verbeugungen jedem Beliebigen die Hand zu reichen pflegte.

---

1) Beschreibung der Intelligenzstörung in Folge einer Hirnverletzung u. s. w. Würzburg 1889. S. 22.

Noch weniger gelang es, Auskunft über das Sprachverständniss der Kranken dadurch zu gewinnen, dann man ihr Fragen stellte, die sie beantworten sollte. Wie weit sich dann in ihren Antworten ein gewisses Verständniss für Theile der Fragen documentirte, durch welche Momente andererseits die Antworten zur Entscheidung der Frage nach dem Sprachverständniss unbrauchbar wurden, ergibt sich bereits aus dem oben Geschilderten.

Zur Prüfung des sprachlichen Verständnisses blieb noch ein Weg übrig, auf dem sich Verstehen oder Nichtverstehen durch möglichst einfache, elementare Reactionen zu erkennen geben musste, und der zunächst von Rieger mit Erfolg eingeschlagen wurde: man konnte der Kranken kurze Sätze mit unsinnigem Inhalt (so kurz, dass ihre mangelnde Merkfähigkeit das Verständniss nicht beeinträchtigen konnte) vorsprechen und ihre Reaction beobachten. Auch dieser Versuch ergab ein fast rein negatives Ergebniss. Sätze, wie: der Himmel ist grün, das Gras ist blau, die Pferde singen, das Feuer ist kalt, wurden ohne Widerspruch acceptirt und gelegentlich bestätigt (ja, das kann doch auch blau sein). In anderen Fällen lehnte die Kranke jedes Urtheil ab: sie habe das lange nicht gesehen, das könne man nicht so sagen; als ihr gesagt wurde, der Hut gehöre für die Füsse, meinte sie: „Ja, das muss er selbst wissen, der ist ja auch sehr hübsch der Hut, das kann man schon machen“. Nur als ihr der Hund als Gans bezeichnet wurde, meinte sie: „Das soll eine Gans sein, na hören Sie einmal!“

Ein constanter Unterschied in der Reaction auf Fragen concreten und abstracten Inhalts liess sich bei der Kranken nicht eruiren; Fragen, ob die guten Menschen in die Hölle kämen, ob sie selbst in den Himmel oder in die Hölle kommen werde, lösten keine specifischen Antworten aus; immerhin war es auffallend, wie entsprechend die Kranke auf Vorwürfe reagierte; zum Theil mag der vorwurfsvolle Ton das Verständniss vermittelt und sie dann zu entschuldigenden Phrasen veranlasst haben, so wenn ihr Vorwürfe gemacht wurden, wenn sie, was oft vorkam, eine Menge kleinen Inventars von der Abtheilung in den Falten ihrer Kleider hatte verschwinden lassen. Dass aber der Ton allein jedenfalls nicht immer das Wirksame war, beweist das folgende Beispiel: Ich sagte ihr, ohne an einen äusseren Anlass anzuknüpfen: „Frau S., Sie haben gestohlen“. Sie antwortet: „Nein, das kann nicht sein, wo soll ich denn gestohlen haben; ich habe nicht gestohlen; wenn man früher einmal herausgegangen ist und hat sich mit Blumen ein wenig —, das ist ja kein grosses Unglück“. Offenbar hatte sie nicht nur das Wort „stehlen“ gewusst, sondern auch eine Reihe weiterer Associationen daran zu knüpfen verstanden. Die eben angeführte Aeusserung ist übrigens bezeichnender Weise die längste zusammenhängende und sinnentsprechende Antwort, die ich von der Kranken erhalten habe.

Thierstimmen und ähnliche Naturlaute konnten ihr keine Reaction entlocken, die auf Verständniss ihrerseits hätten schliessen lassen; immerhin schien sie für das Komische der Situation einiges Verständniss zu haben: als ich ihr das Kikeriki vormachte, meinte sie, „das ist ja grossartig“, beim Quaken des Frosches „Herr Jesus, Sie können schön singen“. Als darauf

allseitiges Lachen erfolgte, setzte sie noch mit einigem Staunen zu: „Nun ja, das war doch ganz schön“.

Ebenso wenig liess sich Verständniss für Musik bei der Kranken nachweisen; auf keine der geläufigen Melodien erfolgte irgend eine Reaction, die für ein Wiedererkennen gesprochen hätte, und auch der Rhythmus von Tänzen und Märschen hat nachweislich in der Kranken keine zugehörigen Erinnerungen geweckt: mit vielen derartigen Versuchen erzielte ich zuletzt nur, dass sich die Kranke zu ihrer Wärterin wandte: „Der macht einen ja ganz verdreht, komm, wir wollen gehen“. Auf meinen Einspruch suchte sie sich dann — offenbar wieder mit recht gutem Verständniss für die Gesamtsituation — zu entschuldigen: „Nein, das ist gar nicht wahr, ich habe nur zu meiner Schwester gesagt, weil die viel besser kann . . .“.

Welche Schwierigkeiten der Beurtheilung der Frage entgegenstanden, ob die Kranke verstand, geht am besten aus ihrem Verhalten gegen Fragen in fremden Sprachen hervor; irgend ein Anzeichen für inhaltliches Verstehen fremder Sprachen war nicht zu eruiren, trotzdem die Kranke früher wohl fremde Sprachen getrieben haben mag. Dass ein derartiges Verstehen beim Zustandekommen der Reactionen ganz unwesentlich war, ergibt sich aber daraus mit Sicherheit, dass sie auf Fragen in modernen Sprachen nicht anders reagierte, als auf lateinische oder griechische Phrasen. Meist reagierte sie auf dieselben ganz gleichmässig mit einer ihrer Lieblingsphrasen („Ja, so genau weiss ich das nicht“; „ja, wenn es hübsch wird und gut, dann freut man sich“ u. a.); nur ganz ausnahmsweise konnte man aus ihren Aeusserungen einigermaassen sicher entnehmen, dass ihr die Laute wenigstens fremdartig erschienen („Ich versteh' es nicht“; „das versteh' ich gar nicht“; „das muss ich erst einmal ordentlich hören“); nicht einmal soviel war mit Sicherheit zu eruiren, ob die Kranke den fremdsprachlichen Charakter des Gesprochenen als solchen erkannt hatte.

Die Prüfung des Lesens und Schreibens hat wenig positive Resultate ergeben; die Kranke war zu dieser, sie offenbar recht wenig interessirenden Aufgabe meist nicht genügend zu fixiren. Oft schien sie überhaupt die Aufgabe nicht zu verstehen, war nicht dazu zu bringen, sich zum Schreiben in Positur zu setzen, während sie zu anderen Zeiten mit Hartnäckigkeit den Bleistift oder irgend einen ihr in die Hand gedrückten Gegenstand in beliebige, in ihren Gesichtskreis fallende Gefässe — Aschenbecher, Teller u. s. w. — wie in ein Tintenfass zu tauchen versuchte und über diesen erfolglosen Bemühungen nicht zum Schreiben kam. Gelang es, diese Schwierigkeiten zu überwinden, so producirte die Kranke gelegentlich einen verlangten Buchstaben; das Maximum von Leistung war, dass sie, aufgefordert, ein B zu schreiben, wortgetreu „ein B“ hinschrieb; meist producirte sie ganz sinnlose Haken, die mit Buchstaben nur mehr zum Theil Aehnlichkeit hatten; von vielen — allerdings nicht allen — Aphasischen unterschied sie sich dadurch dass sie mit ihren Leistungen keineswegs zufrieden war und die Versuche sehr oft aufgab, mit der Aufforderung an die Wärterin, sie solle weiter schreiben,

weil sie „das öfter gemacht habe“ u. ä. Beim Versuch, nachzuschreiben, versagte sie immer.

Dass die Kranke die Fähigkeit, zu lesen, nicht ganz eingebüsst hatte, wurde namentlich auf der Abtheilung klar; sie wurde öfters anscheinend in die Zeitungen vertieft angetroffen, die sie allerdings nicht selten verkehrt in der Hand hielt. Zuweilen aber kam es vor, dass sie an ein grossgedrucktes Wort im Annoncentheil Bemerkungen anknüpfte, die ohne eine Beziehung auf den Inhalt des Gelesenen ganz unverständlich gewesen wären. Es ergab sich daraus also mit Sicherheit, dass die Kranke nicht nur etwas zu lesen, sondern auch den Sinn des Gelesenen aufzufassen im Stande war. Bei Versuchen, sie zum Lesen von Zahlen zu veranlassen, las sie einstellige Zahlen fast immer correct, zweistellige noch zuweilen richtig, dreistellige gelangen nicht mehr. Kurze Worte las sie zuweilen correct, häufig aber nur den ersten Buchstaben richtig. Oft kamen paraphrasische Gebilde zu Tage: Deutsches Reich —, Der rein, dann: Datsch Rücktritt — Zürichen, Rückgrat —.

Ob sie Gedrucktes oder Geschriebenes zu lesen bekam, schien keinen Unterschied zu bedingen. Dass sie zum Lesen zusammenhängender Sätze oder gar längerer Stücke unfähig war, bedarf wohl keiner besonderen Betonung.

Das Verhalten der Kranken auf der Abtheilung hat sich, wie ich hier nochmal erwähnen möchte, seit ihrer Aufnahme nicht wesentlich geändert: sie ist nach wie vor zeitlich und örtlich total desorientirt, verkennt Personen und zeigt dauernd einen leichten Bewegungs- oder wenigstens Beschäftigungsdrang; auch wenn sie still sitzt oder gelegentlich, wenn sie etwas erschöpft scheint, einen Tag lang zu Bette liegt (was sie sich gern gefallen lässt), „arbeitet“ sie, d. h. sie nestelt an Kleid und Schürze, wickelt, was sie erreichen kann, ein. Auffallend ist es, wie wohl sie bei alledem noch die äussere Form zu wahren weiss: sie begrüsst Herankommende in höflicher Form, bietet ihnen Platz an oder beauftragt die Wärterin, einen Stuhl zu bringen, und findet bei der Begrüssung oder beim Abschied fast stets eine wohlgesetzte und der imaginären Situation entsprechende höfliche Phrase. Analog den Beobachtungen an anderen ähnlichen Kranken ist auch bei ihr der Gesichtsausdruck keineswegs dement, und das Mienenspiel durchaus lebhaft und energisch.

---

Ich habe bereits Eingang darauf hingewiesen, dass ich den Symptomencomplex, wie er sich bei der Kranken darstellt, keineswegs als einen ganz ungewöhnlichen, geschweige denn singulären betrachte. Ich habe zunächst ähnliche — wie ich sie zunächst nennen will, aphasie- und asymbolie-artige Symptome — seit langer Zeit sehr häufig bei senil Dementen beobachtet und zwar am häufigsten und typischsten gerade bei den Formen seniler Demenz, die unter dem Bilde der Korsakow'schen Psychose verlaufen. Anklänge an derartige Störungen — namentlich die Schwierigkeiten in der Benennung von Gegenständen

— finden sich in diesen Fällen, wenn man darauf achtet, sogar ausnahmslos. Es liegt nahe, hier an gewisse Störungen zu denken, die sich bei beginnender Senescenz — ganz ähnlich auch in Ermüdungszuständen — einstellen, oft so geringgradig, dass sie nur subjectiv empfunden werden. Auf der anderen Seite wird durch Fälle, wie der hier beschriebene, eine Brücke geschlagen zu anderen, auf die zuerst Pick<sup>1)</sup> aufmerksam gemacht hat, in denen auf Grund einfacher seniler Hirnatrophie Herdsymptome auftreten, die den in Folge von Herd-erkrankung auftretenden klinisch durchaus gleichen können; auf ähnliche Fälle haben dann Binswanger<sup>2)</sup> und Alzheimer<sup>3)</sup> aufmerksam gemacht; ich selbst habe vor Kurzem einen hierher gehörigen Fall kurz erwähnt<sup>4)</sup>.

Die vielfachen Beziehungen derartiger Fälle zu Beobachtungen, wie sie bei progressiver Paralyse gemacht werden können, brauche ich hier nur anzudeuten; ähnliche Zustände, wie sie oben geschildert wurden, können transitorisch im Verlaufe typischer Paralysen vorkommen (namentlich in den deliranten Zuständen nach paralytischen Anfällen), ganz besonders aber auch stationär bei jenen zweifelhaften Formen, die vielleicht anatomisch von der Paralyse noch einmal zu scheiden sein werden, die aber klinisch zunächst — trotz aller differentialdiagnostischen Bemühungen — jedenfalls nicht mit Sicherheit von ihr zu sondern sind.

Es liegt ausserhalb des Rahmens dieser Mittheilung, auf diese interessante Frage hier einzugehen, um so mehr, als ja bei unserer Kranken die Diagnose Paralyse nicht in Frage kommt. Dagegen möchte ich kurz noch auf einige analoge Beobachtungen, die ich früher zu machen Gelegenheit hatte, eingehen.

Zunächst ist es jedenfalls kein Zufall, dass ich ganz analoge Zustandsbilder nicht selten bei Säufnern zu sehen Gelegenheit hatte und zwar, soweit meine Erinnerung reicht, — Notizen darüber sind mir nicht mehr zugänglich — ausnahmslos bei Säufnern, die sich eben von schweren alkoholischen Stuporzuständen zu erholen begannen; auch die einzige Kranke mit derartigem „Schnapsstupor“, die ich an der hiesigen Klinik in 1 $\frac{1}{2}$ jähriger Thätigkeit zu beobachten Gelegenheit hatte, — während sie in der Breslauer Klinik recht häufig zu sehen waren<sup>5)</sup>

---

1) Ueber die Beziehungen der senilen Hirnatrophie zur Aphasie. Prager medic. Wochenschr. 1892. S. 165.

2) Berliner klin. Wochenschr. 1894. S. 1182.

3) Zeitschr. für Psychiatrie Bd. 53. S. 864.

4) Ueber Asymbolie. Wernicke, Abhandlungen. Heft 3/4.

5) Cfr. Wernicke, Psych. Abhandl. Heft 13/15. Fall 10.



— zeigte das Symptom. Bedenkt man die nahen Beziehungen des Alkoholstupors zur polyneuritischen (Korsakow'schen) Psychose einerseits, die nahe Verwandtschaft des hier beschriebenen Symptomencomplexes mit der Korsakow'schen Psychose anderseits, so gewinnt diese Feststellung erhöhte Bedeutung; im Anschlusse daran möchte ich auf an Alkoholdeliranten angestellte Untersuchungen von Bonhoeffer<sup>1)</sup> hinweisen, die manche anlage Beobachtung enthalten.

Einigermassen ähnliche Beobachtungen konnte ich weiterhin bei Epileptischen nach Serien von Anfällen, resp. protrahirten, schweren deliranten Psychosen machen; solche Zustände, in denen die Kranken, ohne eigentlich benommen zu sein, Gesprochenes nicht verstanden, in ihren eigenen sprachlichen Aeusserungen beschränkt waren und mit gereichten Gegenständen nichts anzufangen wussten, sah ich Wochen lang andauern, bis sie sich — ausnahmslos unter Bestehenbleiben einer ziemlich erheblichen Demenz — lösten. Wenn auch die Dauer des Zustandes sie davon scheidet, wird man doch die Beziehungen dieser Fälle zu den Erscheinungen der Reevolution, auf die im Anschluss an Hughlings Jackson, Pick<sup>2)</sup> in Deutschland zuerst die Aufmerksamkeit lenkte, nicht verkennen; auch dabei sind neben den aphasischen asymbolische Erscheinungen beobachtet worden<sup>3)</sup>.

All' diesen Beobachtungen — so different sie an an sich sind, und so verschieden sich die Details in den einzelnen Fällen nach der Art der Grundkrankheit darstellen — ist eines gemeinsam: das Auftreten von asymbolischen und aphasischen Erscheinungen im Verlauf von Erkrankungen, die sich entweder direct als Blödsinnsformen darstellen oder wenigstens die Tendenz zeigen, zum Blödsinn zu führen. Auch die erwähnten Formen von Alkoholstupor sah ich nie — selbst bei recht weitgehender körperlicher Erholung — in psychische Genesung, sondern alle in mehr oder weniger hochgradige, stationäre geistige Defectzustände ausgehen. Ich glaube, dass dieses Moment den Schlüssel zur Erklärung der beobachteten Erscheinung an die Hand giebt, und dass eine eingehende Untersuchung der erwähnten Zustände noch recht interessante Aufschlüsse geben wird. Zunächst möchte ich mich auf einige, an den beschriebenen Fall anzuknüpfende Bemerkungen beschränken.

Man kann zunächst die Frage aufwerfen, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, hier von aphasischen resp. symbolischen Erscheinungen zu

---

1) Der Geisteszustand der Alkoholdeliranten. Hab.-Schr. Breslau 1897.

2) Dieses Archiv 1891. S. 756.

3) l. c. S. 764.

sprechen, ob man nicht einfach eine hochgradige Demenz anzunehmen hat, aus der sich alle Erscheinungen erklären lassen. Die Frage ist insofern nicht unberechtigt, als ja, wie ohne Weiteres klar wird, diese Symptome nicht als eine fremdartige Complication zur Demenz hinzutreten, wie es etwa zufällig einmal im Verlauf einer Psychose geschehen könnte, sondern auf's Engste mit der Demenz verknüpft sind. Man wird sogar weiter gehen und annehmen dürfen, dass ein gut Theil der Besonderheiten, die die als aphasische und asymbolische imponirenden Erscheinungen im vorliegenden Falle bieten, eben durch diesen engen Connex bedingt sind. Trotzdem dominiren sie aber im Gesamtbild in einer Weise, wie sie in anderen Fällen nicht zu Tage tritt, und es kann für die Auffassung der aphasischen Störungen ebenso wie für die der Demenz vielleicht in gleicher Weise förderlich sein, wenn man ihnen rein symptomatologisch näher zu treten sucht.

Wir haben bei der Kranken, die im Wesentlichen das Bild einer senilen Demenz unter dem Bilde einer Korsakow'schen Psychose darbietet, die aber körperlich hinreichend rüstig war, um an ihr längere Untersuchungen vorzunehmen, und die diesen Untersuchungen soweit Interesse entgegenbrachte, dass sie nicht von vornherein an der allgemeinen geistigen Stumpfheit der Kranken scheiterten, Folgendes feststellen können:

Sie vermag mit zahlreichen Gegenständen, die ihr experimenti causa zur Verfügung gestellt werden, nichts anzufangen, trotzdem ihr die dazu nöthige motorische Gewandtheit keineswegs fehlt; sie scheint das Verständniss für die Gegenstände verloren zu haben. Sie offenbart aber ein — sonst scheinbar fehlendes — Verständniss, sobald ihr die gleichen Gegenstände statt unter den ungewohnten Verhältnissen des Experiments in geläufigen Combinationen entgegentreten. Sie hat ferner ein relativ gutes Verständniss für complicirtere Situationen, die sich doch offenbar aus den im Einzelnen scheinbar unverständlichen Partialeindrücken zusammensetzen müssen.

Die Kranke spricht geläufig und in wohlcoordinirten Sätzen, aber mit reducirtem Wortschatze, oft in conventionellen Phrasen. Auf manche interessante Einzelbeobachtung möchte ich nicht näher eingehen, nur auf ein Moment kurz hinweisen: dass sich hier analog den Beobachtungen Bonhoeffers<sup>1)</sup> und ersichtlich aus gleicher Genese, wie sie von diesem angenommen wird, auch ideenflüchtige Elemente in ihren Reden finden.

---

1) l. c. S. 37.

Das Benennen von Gegenständen, Bezeichnen von Eigenschaften etc. misslingt bei speciellen Versuchen fast stets, gelingt wieder, wie das Erkennen als solches, wenn die Eindrücke in gewohnten Combinationen statthaben. Im Uebrigen finden sich bei dieser Prüfung zwei Symptome, die als charakteristisch für aphasische Störungen gelten: die Umschreibung von Begriffen und paraphasische Bildungen.

Noch häufiger und typischer treten diese letzteren auf, wenn Patientin zu Versuchszwecken nachsprechen soll; die Möglichkeit associativer Anknüpfung an den Begriff des Wortes, das nachgesprochen werden soll, verbessert auch hier das Resultat; im Gespräche erfolgt häufig ein modificirtes Nachsprechen tadellos, indem die Kranke gestellte Fragen in veränderter syntactischer u. s. w. Anordnung wiederholt.

Das Verständniss für Gesprochenes scheint bei speciell darauf gerichteter Prüfung fast ganz zu fehlen; im Zusammenhang der Rede versteht die Kranke aber offenbar so viel, dass sich ihre Antworten inhaltlich einigermaassen an die Frage angliedern. Tonfall und Gesamtsituation sind jedenfalls für das Verständniss von Bedeutung; dass ihre Reactionen häufig nur durch das Fragen überhaupt ohne Rücksicht auf den Inhalt ausgelöst werden, ergibt sich daraus, dass sie auf Ansprechen in fremder Sprache meist ebenso wie auf Deutsch reagirt und dass sie auch unsinnige Sätze mit ihren geläufigen Bemerkungen begleitet, die anderenfalls als Zeichen des Verständnisses aufgefasst werden könnten.

Die Fähigkeit, zu lesen, ist hochgradig reducirt, dabei besteht ein bemerkenswerther Unterschied zwischen dem Erkennen von Buchstaben und von Zahlen.

Das Schreiben hat gleichfalls stark gelitten; immerhin producirt die Kranke noch einzelne correcte Buchstaben.

So deutlich diese Erscheinungen als asymbolische resp. aphasische imponiren, so schwer wäre es, auch nur die Summe der aphasischen irgend einem geläufigen Typus von Aphasie gleichzusetzen, oder die Gesamtsumme der aphasischen Erscheinungen auf den Ausfall einer bestimmten Function zurückzuführen, wie sich schematisch etwa die sämtlichen Constituenten der Wernicke'schen sensorischen Aphasie auf den Ausfall des Worterinnerungsbildes zurückführen lassen.

Formen motorischer Aphasie kommen von vornherein nicht in Frage, und man könnte also höchstens daran denken, die Störung als eine etwas ungewöhnliche Form — etwa transcorticaler — sensorischer Aphasie aufzufassen; manche Erscheinungen, namentlich bezüglich des Nachsprechens, würden sogar, namentlich im Zusammenhalt mit der

Auffassung von Arnaud<sup>1)</sup> und Pick<sup>2)</sup> eine derartige Annahme begünstigen. Damit wären aber zwei sehr wesentliche Erscheinungen jedenfalls nicht erklärt, einmal das gleichzeitige Bestehen asymbolischer Störungen, zweitens aber die höchst auffallenden Schwankungen in der Intensität der Erscheinungen. Diese Schwankungen in den Resultaten der Aphasieprüfungen sind ja nichts Ungewöhnliches, sie sind vielmehr so häufig, dass daran fast jeder Versuch eines genauen Aphasiestatus, einer Aufnahme des Erhaltenen und Verlorenen scheitert; man findet sie aber selten so ausgeprägt wie hier und ausserdem in anderen Fällen zumeist abhängig von ganz anderen Bedingungen: körperliche Schwäche, Tageszeit, Stimmung, ganz besonders aber Ermüdung durch längeres Untersuchen. Bei fast allen Aphasischen tritt — oft schon nach sehr kurz dauernder Untersuchung — ein Zustand ein, der die weiteren Resultate unbrauchbar macht. Gerade dieser Factor spielt aber bei der beschriebenen Kranken keine Rolle; ich habe nie beobachten können, dass die positiven Resultate bei Beginn der Untersuchungsreihen besonders häufig gewesen wären, oder dass die Länge der Untersuchung die Resultate verschlechtert hätte. Ich will auf die sich aufdrängende Erklärung dieses ungewöhnlichen Verhaltens hier nicht eingehen.

Die Schwankungen, die sich beobachten liessen, erschienen abhängig von ganz anderen Bedingungen, die sich vielleicht in folgender Weise formuliren lassen: Die Wahrscheinlichkeit einer richtigen Reaction auf äussere Reize wächst, aus je zahlreicheren Partialreizen in gewohnter Zusammenstellung sich der Reiz zusammensetzt; so kann die Kranke eine complicirte Situation auffassen, für deren einzelne Componenten sie kein Verständniss zu haben scheint, ungefähr wenigstens den Sinn von Sätzen auffassen, deren einzelne Worte sie nicht zu verstehen scheint; so kommt es, dass der Ton, in dem zu ihr gesprochen wird, eine so grosse Rolle spielt.

Ein Versuch, die gefundenen Symptome zu erklären, sie irgendwie mit unseren geläufigen Vorstellungen über aphasische Symptome in Einklang zu bringen, wird gerade diese Erscheinung nicht vernachlässigen dürfen; gerade deshalb aber werden wir den Ausfall eines bestimmten Centrums oder eines bestimmten Fasercomplexes nicht annehmen dürfen.

Für das Verhalten der Kranken finden sich anderweit Analoga; darauf, dass man Aehnliches auch bei typischeren Fällen von Aphasie

---

1) Arch. de neurol. XIII. 1887.

2) Beiträge zur Pathol. und pathol. Anatomie des Centralnervensystems. 1898. S. 111 ff.

finden kann, sobald man darauf achtet, werde ich an anderer Stelle zurückkommen; reichliche Analogien bieten sich aber auch in der Breite der Gesundheit; auf ähnliche Erscheinungen beim Lesen oder Verstehen fremder Sprachen will ich nicht näher eingehen; ganz Analoges geschieht aber, wenn der Schüler, der eine Frage nicht hat beantworten können, dieselbe löst, sobald man ihm durch andere Formulierung derselben „einen Wink giebt“, und noch entsprechender ist die Beobachtung, dass wir einen Menschen, den wir auf der Strasse so und so oft unerkant haben vorübergehen sehen, über dessen Person wir vielleicht immer wieder vergeblich nachgedacht, sofort wieder erkennen, wenn wir ihn am gleichen Orte wiedersehen, wo wir ihn zuerst kennen gelernt.

Man wird sich vorstellen müssen, dass ein gewisses Minimum von Einzeleindrücken nöthig ist, um noch so viele Partialvorstellungen zu wecken, dass zuletzt ein „Wiedererkennen“ ermöglicht wird. Dass die gleiche Erscheinung bezüglich der geläufigen Worte der eigenen Sprache und der Gegenstände unserer Umgebung nicht öfter zu Tage tritt, hat seinen Grund wohl darin, dass jedes derselben eine solche Menge festverbundener Partialbilder hat und durch eine solche Menge von Associationen zusammengeknüpft ist, dass jedes beliebige Partialbild genügt, den Gesamtbegriff auszulösen und damit das Wiedererkennen zu ermöglichen. Wo wir, wie in unserem Falle, sehen, dass diese Möglichkeit auch bezüglich der einfachsten Worte und Gegenstände nicht mehr gegeben ist, müssen wir annehmen, dass auch von diesen beim Gesunden so ausserordentlich festen Associationen ein Theil gelöst ist.

Dass eine derartige Lösung von Associationen vorkommt, hat Wolff<sup>1)</sup> jüngst durch Untersuchungen gezeigt, die in ihrer Prägnanz geradezu den Werth von Experimenten haben. Bei der Nachuntersuchung des berühmt gewordenen Falles Voit<sup>2)</sup> fand er, dass für die Nennung des Namens eines Gegenstandes stets eine Vorstellungscategorie (optische, acustische u. s. w.) von vorwiegender Bedeutung erschien, dass aber der Kranke nicht im Stande war, wenn er einen Gegenstand, den er nur von der optischen Vorstellung aus zu benennen gewohnt war, betastet und tastend erkannt hatte, von der Tastvorstellung aus die optische anzuregen und so den Namen zu finden, dass er

---

1) Ueber die krankhafte Dissociation der Vorstellungen. Leipzig, 1897.

2) Cfr. Grashey, Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Dieses Archiv Bd. XVI. und Sommer, Ein seltener Fall von Sprachstörung. Würzburg 1891.

vielmehr zu diesem Zwecke sich thatsächlich den Anblick eines entsprechenden Gegenstandes verschaffen musste.

Leider war Frau S. kein so gefügiges Untersuchungsobject, wie es Grashey, Sommer und Wolff zur Verfügung stand; alle complicirteren Untersuchungen scheiterten, und die Befunde entbehren also der Eleganz der von Wolff erhobenen. Trotzdem, glaube ich, wird eine Analogie der vorhandenen Störung nicht zu verkennen sein; ich glaube sogar, dass die an der Kranken gemachten Beobachtungen eine gewisse Weiterführung der von Wolff aufgestellten Hypothese erlauben. Was von Wolff bezüglich des Gesamtbegriffes und der Stellung der Partialsinnesvorstellungen im Rahmen derselben ausgesprochen wird, lässt sich vielleicht auf diese einzelnen Sinnesvorstellungen und die Stellung der Einzelerinnerungsbilder im Rahmen dieser übertragen. Es erscheint mir nicht ganz unwahrscheinlich, dass unter den auch ihrerseits nicht elementaren, sondern schon recht zusammengesetzten Theilerinnerungsbildern eines Gegenstandes z. B. auf optischem Gebiete bestimmten Componenten ein besonderer Werth zukommt, dass Störungen, wie die hier beschriebene, nicht nur den Uebergang von einem Sinnesgebiete auf das andere, sondern auch den Uebergang von einer Componente auf die andere innerhalb eines Sinnesgebietes stören können. Eine derartige Annahme wäre jedenfalls geeignet, auf die „partiellen“ oder „functionellen“ Läsionen von „Centren“ ein Licht zu werfen.

Zunächst sei hier daran festgehalten, dass wir die Störungen, die die Kranke darbietet, als Folge einer Dissociation der Vorstellungen im Sinne Wolff's auffassen, wobei dahingestellt bleiben soll, ob diese Dissociation nur bezüglich der Vorstellungen verschiedener Sinnesgebiete, oder auch bezüglich der Componenten der Vorstellungen innerhalb eines Sinnesgebietes eingetreten ist.

Eine naheliegende Frage bedarf noch der Beantwortung: wie weit die Herabsetzung der Merkfähigkeit, die wir als eines der hervorstechendsten Symptome bei der Kranken kennen gelernt haben, zum Zustandekommen der aphasischen Erscheinungen beiträgt, ob nicht sie allein zur Erklärung derselben ausreicht. Dass eine sehr starke Herabsetzung der Merkfähigkeit zum mindesten die sprachlichen Reactionen stören kann, ist nicht zu bezweifeln. Als Typus einer derartigen Störung erschienen mir immer gewisse paraphrasieartige Erscheinungen, die man namentlich bei senil Dementen leichteren Grades beobachten kann, die im Uebrigen aphasische Erscheinungen nicht zeigen, mit gutem Wortschatz sprechen, die Aufgabe, gezeigte Gegenstände zu benennen, genannte zu zeigen, z. B. fast fehlerlos lösen. Die Paraphrasie zeigt sich bei ihnen nicht im Gefüge des Wortes, sondern im Gefüge ganzer

Sätze: die Kranken beginnen einen Satz ganz correct und enden ihn mit einer Phrase, die wieder den correcten Schluss eines anderen Satzes bilden könnte. Man kann nur annehmen, dass die Kranken den Anfang ihres eigenen Satzes vergessen haben, und es lässt sich auch unter günstigen Bedingungen feststellen, dass sie die Frage, auf die sie zunächst correct zu antworten anfangen, vergessen, dafür aber — confabulatorisch — eine andere substituirt und dann weiter geantwortet haben. Die Uebergänge von derartigen Beobachtungen zu manchem, was unsere Kranke dargeboten, lassen sich unschwer ermitteln. Trotzdem glaube ich, dass es nicht angeht, die ganze Störung, wie sie sich bei der Kranken dargestellt hat, ausschliesslich aus der Reduction der Merkfähigkeit abzuleiten. Gegen diese Annahme spricht vor Allem wieder der Umstand, dass sie das merkwürdige und bis zu einem gewissen Grade gesetzmässige Schwanken der Leistungsfähigkeit nicht zu erklären geeignet ist.

Bei alledem ist es wohl kein Zufall, dass diese Reduction der Merkfähigkeit sich in gleicher Weise bei dem von Wolff beschriebenen Falle Voit wie bei unserer Kranken gefunden hat, und wenn ich dieselbe als Ursache der aphasischen Erscheinungen ebenso wenig ansehen kann, als Wolff die dahin gehende Auffassung Grashey's für seinen Fall acceptiren konnte, so glaube ich doch, dass man einen gewissen Zusammenhang beider Erscheinungen im Sinne einer gemeinsamen Abhängigkeit von einer elementaren Störung — eben von der Dissociation der Vorstellungen — wird annehmen dürfen. Ich habe schon bei der Schilderung der Leistungen der Kranken im Nachsprechen daran erinnert, welche Bedeutung der Möglichkeit associativer Anknüpfungen für die Merkfähigkeit zukommt. Schon lange vorher hatte Rieger<sup>1)</sup> auf Aehnliches hingewiesen; ein erneuter Hinweis auf diese wichtigen Beziehungen erscheint aber nicht unangezeigt. Dass die Merkfähigkeit nicht nur für die verschiedenen Sinnesgebiete bei demselben Individuum (NB. auch in der Breite der Gesundheit, wie die Selbstbeobachtung lehrt) variirt, sondern auch nach dem mehr weniger associativ zu verwerthenden Inhalt des zu Merkenden schwankt, ist ja eine der Psychologie geläufige Thatsache; trotzdem besteht eine gewisse Neigung, die Merkfähigkeit als eine elementare Eigenschaft klinisch ganz einheitlich aufzufassen, eine Auffassung, von deren absoluter Unhaltbarkeit gerade Beobachtungen, wie die vorliegende überzeugen können.

Wenn im Vorgehenden an Stelle einer Localdiagnose functio-

---

1) l. c. S. 15.

nelle Momente zur Erklärung der Symptome in Anspruch genommen wurden, so steht das im Einklang mit der ganzen Richtung, die die Aphasieforschung in den letzten Jahren überhaupt genommen hat; nur scheint mir gerade aus solchen Fällen hervorzugehen, dass die beiden Auffassungen einander nicht ausschliessend oder gar feindlich gegenüber zu stehen brauchen, dass vielmehr wechselseitig aus der Verfolgung des einen Momentes sich ein besseres Verständniss des anderen wird ableiten lassen.

Aus der Entwicklung des Krankheitsbildes, aus der Analogie mit anderen ähnlichen Fällen, bei denen sich autoptisch das Fehlen makroskopischer Herde hat nachweisen lassen, endlich aus dem Fehlen derjenigen Erscheinungen, die wir als Herdsymptome im engeren Sinne aufzufassen gewohnt sind, ist der Schluss zu ziehen, dass größere Herde als Grundlage der constatirten Erscheinungen auch bei unserer Kranken nicht bestehen, dass wir anatomisch nichts weiter als eine der Formen der senilen Hirnatrophie oder Hirndegeneration zu erwarten haben, vermuthlich in der Form der von Alzheimer<sup>1)</sup> beschriebenen perivaskulären Gliose, die vielleicht secundär zu dem Schwund der weissen Markmassen geführt haben mag, der von Binswanger<sup>2)</sup> — unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass mit der Terminologie bezüglich der anatomischen Natur des Processes nichts präjudicirt werden solle — als *Encephalitis subcorticalis chronica* bezeichnet worden ist.

Ich glaube, dass sich bei einer derartigen Auffassung anatomischer Befund und klinisches Bild ungezwungen in Uebereinstimmung bringen lassen. Wer nicht grundsätzlich allen derartigen Erklärungsversuchen ablehnend gegenübersteht, wird unschwer zu der Auffassung gelangen, dass die Dissociation der Vorstellungen verschiedener Sinnesgebiete wesentlich durch Verlust langer Bahnen, die Dissociation der Einzelerinnerungsbilder innerhalb eines Sinnesgebietes mit dem Schwunde corticaler Elemente in Beziehung zu bringen ist. Für die erstere Art von Dissociation liegt ja bereits ein anatomisch belegtes Beispiel vor in der optischen Aphasie<sup>3)</sup>, die in ihrem Hauptsymptom einen Specialfall von Dissociation der Vorstellungen zu illustriren geeignet ist.

Gerade die auffallenden Schwankungen in den Resultaten

---

1) l. c.

2) Berliner klin. Wochenschr. 1894. S. 1137.

3) Cfr. Freund, Ueber optische Aphasie und Seelenblindheit. Dieses Archiv. XX. S. 276.



der Untersuchungen scheinen mir durch einen derartigen anatomischen Process dem Verständniss näher gerückt. Bedenkt man die Vielheit von Elementen, an die auch das einfachste vorstellbare Erinnerungsbild und die Association solcher einfachster Erinnerungsbilder geknüpft sein muss, bedenkt man ferner, dass die reichliche intracorticale und intercorticale Verknüpfung bei Anregung einer Partialerinnerung sehr leicht die Erregung einer Reihe von zugehörigen auslösen kann, so ist es klar, dass beim Gesunden die Reaction, in der sich gewissermaassen die durch einen Reiz gesetzte Erregung entlädt, gleichmässig — d. h. der Art des Reizes angepasst — „richtig“ erfolgt, auch wenn nur ganz wenige Elemente primär erregt sind, während bei Ausfall einer grossen Anzahl der anatomischen Elemente eine derartige richtige Reaction nicht zu Stande kommt, wenn nicht statt der associativ nicht angeregten eine gewisse Reihe durch directe äussere Reize in Erregung versetzt wird, die auf den intact gebliebenen subcorticalen Bahnen wie beim Gesunden zugeleitet werden können. Als solche äussere Reize aber wirken die gewohnten Bedingungen, unter denen dem Kranken Objecte, geläufige Sätze, in deren Gefüge dem Kranken Worte präsentirt werden müssen, wenn sie verstanden werden sollen, was sich dem Untersucher gegenüber eben in der correcten Reaction zu erkennen giebt. Man kann sich vorstellen, dass die postulirten und in anderen ähnlichen Fällen nachgewiesenen atrophischen Prozesse im Gehirn durch die Zerstörung einer Reihe von Elementen bewirken, dass auch die festgefügtten und scheinbar unzerstörbaren einfachsten Vorstellungen zerfallen und — wie beim Gesunden die wenigst festgefügtten — nur mehr unter besonders günstigen Umständen in toto geweckt werden könnten.

Von derartigen Anschauungen ausgehend, die ja nur die Anwendung geläufiger Vorstellungen über das psychische Geschehen auf einen bestimmten Fall darstellen, würde es gelingen, die functionelle Störung auf eine — relativ recht grobe — anatomische Schädigung zurückzuführen. Wie diese Auffassung auch die Störung der Merkfähigkeit verständlich machen kann, brauche ich hier nicht weiter auszuführen. Wesentlich scheint mir, dass die gewählte Erklärung es unnöthig erscheinen lässt, für die wechselnden Resultate zeitlich wechselnde Zustände von Erregbarkeit für den gleichen Reiz, oder eine dauernd differente Anspruchsfähigkeit für Reize verschiedener Natur anzunehmen. Dass namentlich zeitlicher Wechsel der Anspruchsfähigkeit die Resultate von Aphasieuntersuchungen sehr beeinflussen kann, wird Niemand bestreiten; nirgends so wie bei Aphasischen machen sich Ermüdungserscheinungen geltend; wie sich aber nach dem oben Ausgeführten die

Schwankungen bei der Kranken klinisch anders darstellen, als bei leicht ermüdenden Aphasischen, wird man auch ein anderes physiologisches resp. anatomisches Correlat der Erscheinung postuliren dürfen.

Einem möglichen Missverständniss möchte ich hier vorbeugend entgegenreten: die obige Ueberlegung hat zu einer verschiedenen Bewertung der directen und der associativ ausgelösten Erregungen für das Zustandekommen der Reaction von Fall zu Fall geführt und nähert sich damit den jetzt wohl allgemein bekannt gewordenen Bastianschen<sup>1)</sup> Ansichten; ich glaube auch, dass sich eine ganze Reihe von Erscheinungen — namentlich bezüglich der transcorticalen Sprachstörungen, auf die ich an anderem Orte demnächst einzugehen beabsichtige — eben auf Grund der Bastian'schen Auffassung scheinbar ebenso erklären, wie auf Grund der oben entwickelten; trotzdem möchte ich hier nachdrücklich darauf hinweisen, dass der Ausgangspunkt für beide Anschauungen ein durchaus verschiedener ist, und dass ich mich ganz besonders der von Bastian vertretenen Ansicht von der principiellen Verschiedenheit der Erregung auf dem Wege der Association und durch directen sensiblen Reiz durchaus nicht anzuschliessen vermag.

Die Art des Processes und die Genese der Symptome lässt es nun ohne Weiteres verständlich erscheinen, dass nicht nur fließende Uebergänge von Fällen, wie der beschriebene zu den von Pick und Alzheimer beschriebenen mit deutlichen Herdsymptomen existiren, sondern dass sich auch ein einzelner Fall unter Umständen aus einem Stadium, wie es hier beschrieben wurde, so weiter entwickelt, dass auf Läsionen circumscripiter Hirnpartien hinweisende Symptome unter den übrigen dominiren. So wenig wie die Paralyse, worauf insbesondere von Siemerling<sup>2)</sup> neuerdings wieder hingewiesen wurde, pflegen andere degenerative Processe der Gehirnsubstanz immer in dem Sinne diffus aufzutreten, wie gewöhnlich angenommen wird, und gerade an den atrophischen Gehirnen seniler Individuen lassen sich nicht allzu selten nach sorgfältiger Abpräparation der Pia einzelne, geradezu cirrhotisch aussehende Windungen oder Windungstücke zwischen relativ gut erhaltenen schon makroskopisch erkennen. Worauf diese elective Ausbreitung des Processes beruht, ob insbesondere nur gewissermaassen zufällige Gefässveränderungen dabei wirksam sind, oder ob auch funktionelle Momente im Sinne der Edinger'schen Theorien mitspielen,

---

1) Charlton Bastian, On different Kinds of Aphasia. Brit. Med. Journ. 1887.

2) Zeitschr. f. Psych. Bd. 54. Heft 4. S. 646.

steht hier nicht zur Erörterung. Es genüge, darauf hinzuweisen, dass den variablen klinischen Bildern eine Reihe von verschiedenen anatomischen Befunden entspricht.

Schon diese Feststellung ist geeignet, zu zeigen, welcher Gewinn aus der — allerdings recht mühsamen — genauen Untersuchung derartiger Fälle für das Verständniss wenigstens einer bestimmten Demenzform — der senilen — zu ziehen ist.

Ich glaube, dass derartige Untersuchungen andererseits auch geeignet sind, die Lehre von der Aphasie selbst zu fördern. Aehnliche anatomische Verhältnisse, wie sie in den senil atrophischen Gehirnen der oben zunächst besprochenen Gruppe vorliegen, finden sich zweifellos häufig auch in Gehirnen, bei denen ein erheblicher diffuser Schwund functionirender Substanz noch nicht eingetreten ist, die aber herdförmig afficirt sind, eben im Gefolge dieses Herdes: directe Ernährungsstörung (sei es durch Druck oder durch partiellen Gefässverschluss) und secundäre Degeneration vermögen in der Umgebung des Herdes ganz ähnliche anatomische Verhältnisse zu schaffen, wie sie im senil-atrophischen Gehirn vorliegen: eine Rareficirung der functionirenden Substanz ohne Zugrundegehen compacter Faser- oder Zellcomplexe, die klinisch zu den oben beschriebenen Zuständen führt. Ich glaube, dass sich ein grosser Theil der jedem Schema scheinbar widersprechenden Befunde, die die genaue Prüfung fast in jedem Falle von Aphasie ergibt, unschwer erklären lässt, wenn man diese secundären Läsionen mit in Betracht zieht, und ich glaube, dass eine derartige Betrachtungsweise insbesondere auf alle Fälle von „unreinen“, insbesondere transcorticalen Aphasien wohl anzuwenden wäre. Wir gewännen damit den Vortheil, im Rahmen unserer heutigen Kenntnisse einen wenigstens einigermaassen entsprechenden Ausdruck für eine Art der functionellen Läsion zu finden; wir würden aber damit insbesondere der Gefahr entgehen, dass, wie von mancher Seite schon jetzt gefordert wird, unsere ganze Auffassung der aphasischen Störungen, die seit Jahrzehnten ein gesicherter Bestand der Wissenschaft war und sie auf vielen Gebieten befruchtet hat, ohne Weiteres, weil sie den thatsächlichen Befunden bei rein schematischer Anwendung nicht immer zu entsprechen vermag, über Bord geworfen wird.

---