

## X.

# Ueber seltene Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen

insbesondere über aphasische, agnostische und apraktische  
Störungen bei denselben, zugleich ein Beitrag zur Pathologie  
des Gedächtnisses.

Von

**A. Westphal** (Bonn).

(Mit 7 Abbildungen im Text.)

---

Seit längerer Zeit ist es mir bei Beobachtung zahlreicher Fälle von Psychoneurosen, besonders solcher traumatischer Aetiology, aufgefallen, dass gewisse Symptomenkomplexe, ausgezeichnet durch Störungen der Wortfindung, des Erkennens von Gegenständen und in der Ausführung einfacher Handlungen, verbunden mit psychischen Störungen und mannigfachen somatischen Erscheinungen der Hysterie und Neurasthenie häufiger und in prägnanteren Formen vorkommen, als man nach den spärlichen, in der Literatur vorhandenen Angaben, anzunehmen geneigt ist. Von Fällen, in denen die erwähnten Symptome nur andeutungsweise, mitunter auch nur vorübergehend vorhanden sind, so dass sie der Beobachtung leicht entgehen können, führen fliessende Uebergänge zu Fällen, in denen die betreffenden Ausfallserscheinungen in den Vordergrund treten, das Krankheitsbild beherrschen und demselben ein eigenartiges Gepräge verleihen. Diese Fälle bieten, wie besonders deutlich aus dem viel diskutierten Grashey-Weygandtschen „amnestischen Aphasiestall“ hervorgeht, ein grosses praktisches und theoretisches Interesse. Die mannigfachen Deutungsversuche einer Anzahl hervorragender Forscher, welche die merkwürdigen Erscheinungen dieses Falles auf Herderkrankungen und Leitungsunterbrechungen zurückzuführen suchten, während die Nachuntersuchungen zeigten, dass es sich lediglich um funktionelle Störungen gehandelt hatte, sind ein Beweis für die Not-

wendigkeit der näheren klinischen Erforschung dieser und ibnen verwandter Symptomenkomplexe. Diese Untersuchungen gewähren zu gleicher Zeit einen Einblick in die so ausserordentlich komplizierten und schwer zu deutenden Störungen des Gedächtnisses, deren Studium für die Auffassung einer Reihe psychischer Krankheitszustände besonders wertvoll ist. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, gebe ich im Folgenden eine Reihe von Beobachtungen wieder, die geeignet sind, die Kenntnis dieser Krankheitsbilder nach manchen Richtungen zu fördern. Eine möglichst ausführliche Wiedergabe der Untersuchungsprotokolle, die ich mit den notwendigen Kürzungen hier folgen lasse, schien mir nicht zu umgehen zu sein, da es nur auf diesem Wege gelingt, ein anschauliches Bild der in Frage stehenden Störungen zu geben. Ich beginne mit der Schilderung von Fällen traumatischer Psychoneurosen, da diese den Ausgangspunkt meiner Untersuchungen gebildet haben, um ihnen im zweiten Teil der Arbeit Beobachtungen von eigenartigen Symptomenkomplexen bei einer Reihe von Intoxikationspsychosen folgen zu lassen, die weitgehende Berührungspunkte mit den auf traumatischer Basis entstandenen Krankheitsbildern besitzen.

### 1. Fall.

Am 20. 3. 1906 wurde der Bergmann T. B. in die psychiatrische Klinik zur Begutachtung seiner Erwerbsfähigkeit eingeliefert.

Der früher stets gesunde Mann hatte am 7. 1. 1897 eine Schädelbasisfractur mit Absprengung des Jochbogens vom Oberkiefer durch ein auf seinen Kopf stürzendes Kohlenstück erlitten. Nach Heilung der Basisfractur, die in normaler Weise vor sich ging, blieb neben zahlreichen anderen Beschwerden, in erster Linie andauerndes Klagen über grosse Gedächtnisschwäche, Vergesslichkeit, Schwindelgefühl und Kopfschmerzen bestehen. Für ein zeitweilig auftretendes Doppelsehen konnten wiederholte augenärztliche Untersuchungen eine objective Grundlage nicht feststellen. Ebensowenig fanden Klagen über starke Schwerhörigkeit in dem Befunde von leichten Trübungen der Trommelfelle eine genügende Erklärung. Das Ergebnis der Untersuchung in der psychiatrischen Klinik ist folgendes:

Pat. ist ein blasser, schlecht genährter Mann. Er klagt über heftige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl besonders beim Bücken. Nachts könne er nicht schlafen, habe ängstliche Träume, in denen der Unfall ihm wieder vor die Augen trete. Oft bekomme er heftige Angstanfälle, bei denen er am ganzen Körper zittere. Beim Gehen werde er sofort müde und schlapp. Wenn er lese, werde es ihm nach einigen Minuten dunkel vor den Augen. Das Gedächtnis sei fast ganz fort, besonders wenn er nach etwas gefragt werde oder er sich auf etwas besinnen wolle, wäre es wie weggeflogen. Die allereinfachsten Dinge wisse er dann nicht, die ihm zu anderen Zeiten wieder einflielen. Er sei sehr reizbar geworden, jede Kleinigkeit regt ihn auf.

Die körperliche Untersuchung ergibt folgenden Befund:

Es besteht eine komplette Anästhesie der gesamten Körperoberfläche. Tiefe Nadelstiche, Durchstechen von Hautfalten werden nirgends gefühlt. Der Konjunktival- und Kornealreflex ist fast völlig aufgehoben, der Pharynxreflex fehlt.

Die Sehnenreflexe sind gesteigert. Kein Fussklonus, kein Babinski.

Keine Lähmungserscheinungen an den Extremitäten. Keine artikulatorische Sprachstörung. Der Kopf ist nirgends klopfempfindlich. Mit Ausnahme einer bläulich pigmentierten Narbe an der rechten Nasenseite, keine Zeichen von Verletzungen. Rechte Pupille  $>$  linke. Keine Störung der Licht- oder Konvergenzreaktion. Augenhintergrund normal. Die Augenbewegungen sind frei. Kein Doppelsehen. Gesichtsfeld beiderseits konzentrisch eingeengt. Die grade herausgestreckte Zunge zittert. Geschmacksempfindung völlig aufgehoben, selbst starke Chininlösung nicht geschmeckt. Auch Geruchsempfindung beiderseits deutlich gestört. Pat. gibt an, auf dem linken Ohr fast gar nichts zu hören, während rechts das Gehör in mässigem Grade herabgesetzt erscheint. Die leichte Trübung des linken Trommelfells genügt nach wiederholt ausgeführter spezialistischer Untersuchung nicht, die hochgradige Schwerhörigkeit auf dieser Seite zu erklären. Bei jeder Untersuchung des Pat., bei jeder eingehenden Unterhaltung, mitunter schon beim blosen Anreden gerät er in lebhaftes Zittern. Zuerst stellt sich ein leichter Schütteltremor der Hände ein, der allmählich auf den Kopf übergeht, dann auch untere Extremitäten und Rumpf ergreift, so dass schliesslich der Tremor ein allgemeiner ist. Dabei steigt die in der Ruhe in der Regel ca. 68 betragende Herzaction auf 108—120 Pulse. Der Schüttelanfall ist in der Regel von profusem Schweißausbruch begleitet. Das Schütteln tritt auch, wenn Pat. zu schreiben versucht, im rechten Arm ein, den er dann mit der linken Hand zu fixieren versucht.

Sehr eigenartig ist das psychische Verhalten des Kranken, wie es sich uns bei zahlreichen, längere Zeit hindurch fast täglich vorgenommenen Untersuchungen zeigte. Wenn man den Pat. etwas fragt, dann bedarf es zunächst mehrfacher Wiederholungen der Fragen, ehe er sie richtig verstanden und aufgefasst hat. Hat man Pat. soweit gebracht, dann pflegt er die an ihn gerichteten Worte zu wiederholen. Hierauf erfolgt die Antwort keineswegs sofort. Patient beginnt vielmehr nach Worten zu suchen, so dass es selbst bei den einfachsten Fragen oft minutenlang dauert, ehe eine Antwort erfolgt. Dabei gibt er sich bei Beantwortung der Fragen sichtlich Mühe, zeigt völlig ratlosen Gesichtsausdruck, reibt sich die Stirn, grimassiert lebhaft, beginnt zu zittern. Pat. fängt an zu weinen, sagt: „Ich kann mir kein Bild machen von irgend einer Sache. Ich suche manchmal etwas und dann sehe ich, dass ich den Gegenstand in der Hand habe. Oft denke ich über etwas nach und je mehr ich darüber nachdenke, desto mehr verbiebert werde ich. Wenn ich dann ganz für mich allein bin, dann kommt mir plötzlich in den Kopf, worüber ich vorher lange gesucht und gedacht habe. Das ist ein trauriges Leben.“ Die sehr weitgehenden Defekte des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit unseres Patienten

gehen aus seinem Benehmen und seinen Handlungen mit Deutlichkeit hervor. Pat. vermag sich weder auf der Abteilung, noch in der unmittelbaren Umgebung der Klinik auf Wegen, die er zahlreiche Male in Begleitung unternommen hat, zurechtfinden. Da er seinen Aufenthaltsort sofort vergisst, wenn man ihn denselben genannt hat, seinen eigenen Namen oft nur mit grösster Mühe nennen kann, trägt er in der Uhr stets einen Zettel mit Angabe seiner Adresse und seines Namens bei sich. Bei Einkäufen versucht er öfters Gegenstände mehrmals zu bezahlen, da er vergessen hat, dass er dieselben soeben bezahlt hat. Es wird ferner beobachtet, dass er siebenmal hintereinander eine Postkarte desselben Inhalts immer wieder mit falscher Adresse an seine Frau schrieb. Es muss jedoch hervorgehoben werden, dass diese Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit keineswegs konstant, nicht bei allen Untersuchungen mit gleicher Deutlichkeit und in gleichem Umfange nachweisbar sind. An Tagen, an denen sich Pat. subjektiv freier fühlt, nachts geschlafen hat, weniger über Kopfschmerzen und Angstgefühl zu klagen hat, treten diese Störungen oft so in den Hintergrund, dass sie bei oberflächlicher Untersuchung kaum auffallen würden. Die Störungen nehmen ferner bei allen Explorationen und Untersuchungen an Deutlichkeit zu, treten mehr in die Erscheinung, als wenn Pat. ruhig sich selbst überlassen ist.

Der eigenartige psychische Zustand des Kranken geht am besten aus der wörtlichen Wiedergabe einer Anzahl der geführten Protokolle hervor, die ich folgen lasse:

Das Suchen nach Antworten wird von dem Pat. mit den mannigfachsten sonderbaren Bewegungen und sprachlichen Interjektionen, die seine Verlegenheit und Ratlosigkeit zum Ausdruck bringen, begleitet.

21. 3. (Name?) muss sich erst längere Zeit besinnen — dann richtig.

(Wo hier?) — „Nun warten Sie mal — Bonn, ja Bonn“.

(Wie lange hier?) — „4 oder 5 Tage“ (richtig 2 Tage).

(Jahr?) Nach langem Besinnen: „Ja, haben wir nicht 5 oder 6?“

(Monat?) „Warten Sie mal, ich habe ja eine Zeitung hier liegen — — — die Bäume sind doch schon grün, dann werden wir ja im Juni sein, aber wir haben doch noch Schnee“.

(Wie alt?) „Das kann ich nicht mehr sagen. 48 oder im 50.“ (richtig 53).

(Wie viel Rente?) „Das weiss ich nicht genau, die wird meistens von meiner Frau geholt; ich glaube, es sind 58 M.“ (richtig 48,50 M.).

(Kaiser?) „Wilhelm Friedrich“.

(Jahr wie viel Monate?) Zählt an den Fingern „11, nein 12“.

(Monatsnamen?) Lässt Februar, Juli und November aus.

(Wie viel Tage das Jahr?) —

( $2 \times 2?$ ) „4“.

( $5 \times 3?$ ) Addiert an den Fingern „13“. „Sie fragen mich auch zu viel, jetzt weiss ich rein gar nichts mehr“.

Merkfähigkeit: Hat die Zahl 35 schon nach 2 Minuten vergessen.

26. 13. (Datum?) „Mai — April“.

(Jahr?) „95“.

(Wie lange hier?) „14 Tage“.

( $7 \times 8?$ ) „Das weiss ich nicht. Das muss ich mir auf dem Papier ausrechnen.“.

Schreibt  $8 \times 7$  untereinander, addiert dann mühsam, kommt zu dem Resultat „57“.

28. 3. Unruhige Nacht, wenig geschlafen.

(Wie lange hier?) „Das ist doch bald ein Monat“.

(Jahr?) „1905“.

(Monat?) „25. oder 26. April“.

(Wochentag?) „Das habe ich noch nicht überlegt“.

(Wo gestern?) „Gestern bin ich in der Stadt gewesen“ (nicht richtig).

(Bismarck?) „Ministerpräsident“.

(1870?) „Ich kann mich nicht mehr besinnen“.

( $2 \times 3?$ ) Rechnet an den Fingern aus „8“ — — nein „7“.

( $5 \times 7?$ ) „21“.

( $11 + 8?$ ) „20“.

(Was schwerer Pfund Federn oder Pfund Blei?) „Pfund Blei ist doch schwerer“.

3. 3. Hat heute zwei ganz geordnete Briefe nach Haus geschrieben. Die Adressen aus seinem Notizbuch abgeschrieben.

2. 4. Behauptet heute Morgen ungefragt, er sei heute viel klarer im Kopf, habe keine Kopfschmerzen, weil schönes Wetter sei.

Gibt Jahr, Monat, Wochentag, sein Alter, die Adresse der Frau prompt und richtig an.

Bei weiterer Exploration versagt Pat. allmählich, fängt an zu zittern.

(Datum?) — „Eben wusste ich es doch noch —“.

4. 3. Vorgelegte Gegenstände und Abbildungen sollen benannt werden.

(Thermometer?) — „Ich kann nicht auf den Namen kommen — ich weiss, wozu man es braucht — — zum Kälte messen“.

(Ist es ein Thermometer?) Prompt „ja Thermometer“.

(Löwenkopf?) „Mann, der sich nicht gekämmt hat“.

(Abbildungen von zwei Fröschen?) —

(Taschenmesser?) „Messer“.

(Kalender?) „Tafel“. Nachdem er die Aufschrift Kalender gelesen „Kalender“. Als einige Augenblicke später die Aufschrift verdeckt wird, muss er sich erst längere Zeit besinnen, ehe er wieder „Kalender“ sagt.

(5 Markstück?) „Da muss ich erst lesen, was darauf steht“. Als ihm dies nicht gestattet wird, „3 M.“.

(20- und 10 M.-Stück gleichzeitig?) „Gold — ja Gold hat man in 10 und 20 M.“.

(Welches Stück 20 M.?) Richtig, „weil es das grössere ist“.

20. 6. 06. Vorgelegte Gegenstände.

(2 M.?) „1 M.“.

(10 M.?) „Gold“.

(Wie viel?) „Das kann ich so nicht mehr wissen“.

(20 M.?) „Auch Gold“.

(Schlüssel?) Das ist, das ist — — — (sich die Stirne reibend) ein, ein . . . na . . . ein Schlüssel“.

(Taschenmesser?) „Ein Ding wie ein Fisch“.

(Korkzieher?) „Ich weiss, was es ist, aber ich weiss nicht direkt, wie man es nennt“.

(Ist es ein Schlüssel?) „Ich meine, ein Schlüssel muss doch anders sein“.

Als ihm eine verkorkte Flasche gegeben wird mit der Aufforderung, sie zu öffnen, versucht er nach einigem Ueberlegen den Kork mit den Fingern herauszuziehen.

(Ist es ein Korkzieher?) „Ja, ja, jetzt fällt es mir wieder ein“.

(Bleistift?) „Zum Schreiben“.

(Zeitung?) +

(Streichhölzer?) „Das sind, das nennt man eine Schachtel“.

(Was ist darin?) (Nachdem er sie geöffnet): „Streichköpfe — nein Streichhölzer“.

Aufgefordert, eins anzuzünden, versucht er es mit dem verkehrten Ende, kommt dann aber nach einiger Zeit damit zu stande.

(Kerze?) „Das brennt, ich kenne es, aber ich weiss nicht gleich auf den Namen zu kommen. Ja, es ist für Licht zu machen, ja ich weiss es, wenn ich so darüber nachdenke, da kann ich böse werden, dass ich nicht gleich darauf komme“. (Aergerlicher Gesichtsausdruck.)

(Ist es eine Kerze?) Ja, ja! Aufgefordert, die Kerze anzuzünden, dreht er dieselbe erst verlegen in den Fingern umher, versucht das Streichholz erst mit dem verkehrten Ende anzuzünden. Nach einigen Versuchen gelingt es, die Kerze anzuzünden.

(Zigarette?) „So was rauhe ich nicht, ich rauche — — — Pfeife“.

(Uhr?) „Das ist eine — — — Uhr“.

(Mettermass?) Das ist — — ein Band — — ich habe das im Kopfe, aber kann darauf nicht kommen. Ich weiss es, weiss es aber auch nicht, ich weiss nicht mehr, wie man es nennt“.

(Ist es ein Zentimetermass?) Wiederholt vollständig verständnislos: „Zentimeter — — Zentimeter — — Mass“.

(Kartoffel?) „Das ist ein Apfel — — — das ist eine — — — na — — Kartoffel“.

Schält dieselbe, als er dazu aufgefordert wird.

(Seife?) — — (Riecht daran.) „Das ist Pomade“ (macht die Bewegung des Händewaschens) — — — das ist Seife“.

(Hosenträger?) „Das habe ich an meiner Hose, ach, ich weiss es, das ist ja ganz dumm, ich weiss direkt das Wort nicht — — — Hosen — — träger“.

(Regenschirm?) „Ein Stock, ja, so habe ich auch einen, das nennt man — — — wenn es regnet“. (Hält den Schirm einige Minuten lang in der Hand, ohne (auf den Namen zu kommen.) Ich habe auch so einen Regensteinstock — — Regenschutz — — —“.

(Ist es ein Schirm?) „Ja, ja, jetzt fällt es mir ein“.

Handkoffer?) „Das ist eine Kiste, ich meine auch, man täte es noch anders nennen, aber der Name fällt mir nicht ein. Mitunter fällt mir so etwas ein, aber nicht immer — — — Ja, eine Reisekiste, Reisekartoffel — — nein — — — nein — — eine Reisekumpfer, ja — — Reisekomper — — nein Reisekoffer“.

Erzählt dann spontan ganz fliessend, er habe Reissen und Kälte im rechten Bein, er habe das bekommen durch Arbeiten im Wasser.

Aufgefordert, von verschiedenen vor ihn hingelegten Gegenständen den Genannten zu bezeichnen:

(Schlüssel?) Sucht zuerst ziemlich lange, fasst dann den Schlüssel.

(Postkarte?) Nach längerem Suchen: „Ja, das ist die Postkarte“.

(Seife?) +

(Bleistift?) +

Bei der Entlassung des Pat. im Juli 1906 wurde die Erwerbsunfähigkeit in unserem Gutachten auf 75 pCt. veranschlagt und Nachuntersuchung in einem Jahre empfohlen.

Am 23. 7. 07 wurde Pat. zum zweiten Male in die hiesige Klinik zur Begutachtung aufgenommen.

24. 7. 07. Auf die Frage, wo er hier sei, sieht er ratlos umher, ebenso, als er gefragt wird, ob es Coblenz oder Bromberg sei? — Als ihm „Bonn“ vorgesagt wird, sagt er: „Ja, ja Bonn“.

Frage: Was ist das? (Schlüssel): „Darf ich das mal anfassen; — zum Oeffnen — ein — ja ich weiss, ein — Sohl — Schläten — Schlüssel“.

Was ist das? (Uhrkette): „Ja, das ist eine — das habe ich auch hier, eine Ke — Kette“.

(Was für eine?) „Ja — ich habe eine Uhr daran“.

(Wasserglas?) „Eine Fla — Tulpe“, als der Gegenstand benannt wird, fällt er ein: „Ja, so nennt man das“.

(Wie sieht Blut aus?) „Blut — ja — wie Blut aussieht — ja — wo man doch kein Blut — ja“.

(Welche Farbe?) „Welche Farbe; — das nennt man — also — ja das weiss ich wohl, aber ich weiss nicht, wie man das sagen tut“.

(Grün?) „Grün — nein — ja — Blut — ich glaube fast wie da“ (zeigt auf eine rote Tischdecke).

(Rot?) „Ja, ja, ich weiss jetzt“.

(Welchen Monat?) „Wir sind jetzt im Sommer; ja, das weiss ich nicht genau“.

Soll die Zahl 899 behalten, nach einigen Sekunden: „1893“.

26. 7. 07. (Es wird ihm ein Portemonnaie vorgehalten): „Das ist ein — eine — na, wie sagt man doch — Geld — Geldtasche“.

(Spucknapf?) „Ja, da habe ich nichts hineingemacht — ich weiss ungefähr — aber ich kann nicht recht auf den Namen kommen“.

(Ist es ein Nachtopf?) „Ja, das stellt man doch nicht hierhin“.

(Spucknapf?) „Ja — ja — ja“.

(Wie sieht Schnee aus?) „Schnee? — ja, man hat doch jetzt keinen Schnee. Der ist äh — ach — we — weiss“.

(Welche Farbe hat der Rock? [schwarz]): „Das sieht — blau nicht? — blaurot“.

(Was ist das für eine Farbe? [roter Vorhang]): Ja, das ist — kann ich so genau nicht sagen — ja — das sieht aus wie — rot — nicht?“

(Was für Farbe haben die Blätter?) „Die sind — blau“.

29. 7. 07. Zittert schon zu Beginn der Unterhaltung am ganzen Körper.

(Wie alt?) „Ich glaube 40 oder 50“.

(Wo geboren?) „An der . . . da ist ein Wasser, das heisst . . . doch . . . nein . . . es liegt an der Mo . . . Mosel“.

(Wie heisst der Ort?) „Das heisst Prüm“.

(Was sind Sie?) Früher war ich in der . . . Grube“.

(Jetzt?) „Ich bin immer so müde. Ich kann nichts mehr machen. Es wird mitunter so dunkel (zeigt nach den Augen), so schwummelig“.

(Wo hier?) „Ja, das habe ich gewusst.“ (Sucht sein Notizbuch.) „Ich habe das im Kopf, ich kann aber auf den Namen nicht kommen“. (Schlägt im Notizbuch die entsprechende Seite auf und liest mühsam): „Bo — — Bon — — Bonn“.

(Datum?) „Weiss ich aus dem Kopfe nicht“. Rechnet sich dann aus seinem Buche heraus: „Jetzt ist Juli“.

(Referent schon je gesehen?) „Ja, Sie sind der . . . ein . . . ja ich weiss . . . ich glaube . . . Sind Sie . . . (nimmt sein Buch vor, legt es aber gleich wieder hin) . . . ein Herr Arzt.“ Ob er Referent schon gesehen hat, wisse er so genau nicht, es seien hier mehrere Herren.

(Wie lange hier?) Ganz genau weiss ich das nicht. Ich glaube (holt sein Buch wieder vor), 3 oder 4 Wochen so was. Ich habe mir das nicht aufgeschrieben“.

Nachsprechen: Buch +, Gebäude +, Gartenzaun +, Oberpostdirektions-Sekretär +.

Pat. spricht alle Worte richtig nach, sobald er sie verstanden hat. Beim Nachsprechen langer Worte macht sich häufig die Merkfähigkeitsstörung bemerkbar, da Pat. das ganze Wort nicht behalten kann. In der Erregung tritt beim Nachsprechen oft eine dem Stottern ähnliche artikulatorische Sprachstörung hervor; der Kranke vermag die ersten Buchstaben und Silben nur unter sichtlicher Anstrengung und mit Wiederholungen herauszubringen.

Spontansprechen. Pat. fühlt sich auch dabei unsicher, weil er öfters nach Wörtern suchen muss. Infolgedessen spricht er auch spontan mitunter etwas stockend, doch im ganzen etwas fließender, als wenn er gefragt wird.

Die Störungen beim Schreiben sind aus den beigefügten photographischen Wiedergaben einiger Schreibversuche ersichtlich (Fig. 1, 2 und 3).

Fig. 1 zeigt einen Versuch des Pat. seinen Namen zu schreiben („ich heisse Thomas Bogler“). Fig. 2 Diktatprobe (die diktierten Worte: Juni, Baum, Haus stehen unter den Schriftproben des Kranken). Fig. 3 Versuche des Pat. die vorgeschriebenen Worte (— Hund — Wagen — Ente — Gold) abzuschreiben.

Es ist demnach sowohl das Spontanschreiben wie das Diktatschreiben und Abschreiben hochgradig gestört, sogar das Schreiben des eigenen Namens ist sehr fehlerhaft. Es werden Buchstaben und ganze Silben ausgelassen, statt der Buchstaben unleserliche Zeichen und Schnörkel gebraucht. Beim Abschreiben fährt Pat. langsam mit dem Zeigefinger der linken Hand an den Umrissen der abzuschreibenden Buchstaben entlang.

**Lesen.** Es wird ihm ein mit ziemlich grossen Buchstaben bedrucktes Blatt zum Lesen gegeben. Längere Worte, wie „Versammlung“ usw. bringt er

Fig. 1.

Fig. 2.

Aufschreiben:

Fig. 3.

nicht zu Stande, anscheinend deshalb, weil er die erste Silbe schon vergessen hat, wenn er die zweite liest. Infolgedessen vermag er nicht, einen Satz zusammenhängend vorzulesen.

Den Inhalt dessen, was er gelesen hat, vermag er nicht wiederzugeben. Wortverständnis ist erhalten.

Aufstehen, an die Türe Gehen, Umkehren, sich setzen, wird prompt ausgeführt. Er holt sich auf Aufforderung auch ein Glas Wasser und trinkt.

Die einzelnen Phasen der Handlungen werden sehr langsam und unsicher ausgeführt.

**Handlungen:** Bei festgehaltener linker Hand: Mit der rechten Hand an die Nase fassen +, rechte Hand auf den Kopf legen +, Aschenbecher nehmen! Sieht sich erst lange um, wo der Aschenbecher ist, entdeckt ihn dann und sagt, das ist er, denn hier ist Asche drinn. Gibt ihn Referenten.

Ebenso verhält er sich bei Handlungen mit der linken Hand. Auch die einfachsten Aufforderungen führt er unendlich langsam aus, weil er den Auftrag sofort vergisst. Wiederholt man ihm denselben mehrfach, dann bringt er ihn zu Stande.

**Gegenstände bezeichnen.** (Stahlfeder?): „Ja das kann ich (nimmt die Feder in die Hand), ich weiss, was es ist, ich kann aber nicht gleich auf den Namen kommen.

(Was macht man damit?) Als er gefragt wird, ob man es zum Schreiben braucht, sagt er: „Ja, es ist zum Schreiben (macht dabei die entsprechende Bewegung). Wie nennt man es?) Kommt spontan nicht darauf. Als er gefragt wird: „Ists eine Schreibfeder?“ erfolgt die prompte Antwort: „Ja“.

(Schnapsglas?) „Das ist . . . das ist ein . . . ein . . . eine . . . Tul... Talpe“.

(Ist das ein Schnapsglas?): Ja, so, ja, ja“.

(Säge?) „Hackemesser“.

(Ist eine Säge?) „Ja, ja, ja“.

(Hammer?) „Das kann ich auch, das nennt man . . . das ist ein Ham . . . Hammer“.

(Was macht man damit?) „Klopfen“.

(Kreide?) (Was ist das?) „Zucker“. (Lecken Sie mal dran!) Darauf beißt er kräftig zu.

(Kindertrompete?) „Für Licht, brennt“, er versucht das weisse Mundstück anzustecken.

(Ist das eine Trompete?) Er soll blasen. Bei dem Ton zuckt er zusammen: „Ja, das ist eine Trompete“.

(Licht?) „Ja, das kann ich, das ist doch eine —

(Ist das ein Leuchter?) „Das ist für — — das ist für — — — ja — — eine — — ist auch für Licht“.

(Stecken Sie's mal an!) Versucht hierbei zuerst an der falschen Fläche das Streichholz anzustecken, sucht sich dann langsam die richtige Seite aus; streichts an, hält das brennende Streichholz erst neben das Licht, später drückt er dasselbe wiederholt auf den Docht, bis das Licht brennt. Als er aufgefordert wird, es auszublasen, drückt er mit dem Finger darauf.

5. 8. 07. Es werden dem Kranken einfache Bilder gezeigt: Mann +, Hund + (40 Sek.), Frau +, Rose = Hund (25 Sek.), Wagen — Baum + (17 Sek.), Landschaft — Kahn —

Ruderer im Boot: „Männer mit Holz in der Hand“ (1 Min. 4 Sek.). Wenn man ihm Bilder zeigt, welche eine Handlung darstellen, so erkennt er wohl einzelne Gegenstände oder Figuren, welche das Bild enthält, er kann die dargestellte Handlung aber nie deuten.

(Schlüssel?) „Darf man das angreifen? — ein — ein Ha — Ha — Haken“.

(Was macht man damit?) „Das ist — das ist — ein — Schlü — ein — das ist ein — Schreidel — Schlüssel — Schlü — Schlüssel“.

(Drücker?) Da ist ein Loch drin — es ist Eisen“.

(Wie nennt man es?) „Das habe ich noch nicht gesehen“.

(Ring?) „Das ist ein — ein — Ri — Ring“.

6. 8. 07. (Bürste?) Das ist Beul . . . (Ist es eine Bürste?) „Ja, ja, ja“.

(Wachstock?) wird nicht erkannt.

(Streichholzschaetzel?) „Das — ach — eine — Kin — Kiste“.

Soll den Wachsstock anstecken, hält aber diesen mit dem Streichholz ratlos in der Hand, weiss nicht, was er damit machen soll.

(Kleine Pistole?) „Eine Zigarre?“

(Kreidesstücke: Ist das Zucker?) „Ja, ja“.

(Kosten Sie mal!) beißt sofort zu. (Ist das Zucker?) „ne — nein“ —

(Es werden ihm Zucker und Kreidesstücke zusammen vorgehalten; was ist Zucker?) „Das ist doch egal“.

(Sieht beides gleich aus?) „Ja“.

(Soll den Zucker probieren!) ist jetzt den Zucker ebenso wie die Kreide.

(Ist das Zucker gewesen?) „Ja, das kann ich so genau nicht sagen“.

(Tintenfass?) „Das ist — ein — — (Trinken Sie mal daraus!) macht sofort die entsprechende Bewegung und würde die Tinte getrunken haben, wenn er nicht daran gehindert worden wäre.

(Wie sieht Tinte aus?) „Tinte? — zum — zum schreiben“.

(Welche Farbe?) „Ja — ich kann nicht auf den Namen kommen“.

(Ist das hier Tinte? — Es wird ihm das Tintenfass vorgehalten —) Steckt den Finger in das Tintenfass, berührt mit dem beschmutzten Finger ein Blatt und sagt dann: „Ja — ja“.

Im Weggehen will er eine Zigarette, die er vom Arzt mit Dank angenommen hat, wegstecken; er ist ganz ratlos, wo er damit hin soll. Versucht sie zunächst an seinen Hut, hinter das Hutfutter zu stecken, bis er sie nach vielen Bemühungen in die Tasche bringt.

Am 6. 8. 07 wurde Pat. entlassen. Die Erwerbsunfähigkeit wurde wie bei der ersten Untersuchung von uns auf 75 pCt. veranschlagt und, da die Möglichkeit einer Besserung des Zustandes nicht ausgeschlossen sei, weitere Nachuntersuchungen nach längerer Zeit empfohlen.

In der Tat ist nach unseren letzten Erkundigungen (Oktober 1909) eine wesentliche Besserung in dem Befinden des p. B. eingetreten, so dass nach dem letzten Gutachten die Erwerbsunfähigkeit nur auf 25 pCt. geschätzt wird.

Fassen wir die wesentlichsten Punkte der Krankengeschichte kurz zusammen:

Bei einem früher gesunden Arbeiter entwickelte sich im Anschluss an ein schweres Schädeltrauma (Schädelbasisfraktur) ein Krankheitszustand, ausgezeichnet durch die verschiedensten nervösen und psychischen Störungen. Die ausgedehnte sensible und sensorische Anästhesie,

die vasomotorischen Erscheinungen, die Steigerung der Sehnenreflexe, die durch die verschiedensten psychischen Einflüsse ausgelösten Schüttelanfälle in Verbindung mit der gedrückten, ängstlichen Stimmung, der hypochondrischen Selbstbeobachtung des Kranken, seinen Klagen über Kopfschmerzen und Schwindel, charakterisieren das Krankheitsbild als einen Fall von traumatischer Neurose. Alle somatischen Zeichen einer organischen Erkrankung des Nervensystems fehlen. Eine Reihe sehr ausgesprochener psychischer Symptome, Hand in Hand gehend mit eigenartigen Störungen der Sprache, des Erkennens von Gegenständen, des Vorstellens und Handelns, geben dem Fall ein besonderes Gepräge. Im Mittelpunkt der Ausfallserscheinungen auf psychischem Gebiete stehen weitgehende Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. Die Abnahme des Gedächtnisses bildet unter den subjektiven Beschwerden die Hauptklage, sie tritt bei allen Explorationen, im Benehmen und Handeln des Patienten in evidenter Weise zutage. Die Prüfung der Merkfähigkeit zeigt die hochgradige Herabsetzung derselben. Neben diesen Störungen des Gedächtnisses machen sich in erster Linie Störungen der Aufmerksamkeit in hohem Grade bemerkbar. Die Energie und die Beständigkeit der Aufmerksamkeit haben erheblich gelitten. Der Vorstellungsablauf des Kranken ist verlangsamt, die Auffassungsfähigkeit hat gelitten, die Reproduktion des früheren geistigen Besitzstandes ist erschwert, für gewisse Dinge zeitweilig aufgehoben.

Unter dem Einfluss einer ausserordentlich gesteigerten Affekterregbarkeit, ängstlicher Selbstbeobachtung und einer grossen Ermüdbarkeit pflegen diese psychischen Störungen in besonders auffallender Weise bei unseren Explorationen zutage zu treten, während sie, wenn Patient sich selbst überlassen ist, nicht „gefragt“ wird, weniger in die Erscheinung treten. Ganz wesentlich ist ferner der Grad der nachweisbaren Störungen von dem jeweiligen Allgemeinzustand des Patienten abhängig, so dass sie an seinen „guten“ Tagen in den Hintergrund treten, vorübergehend kaum nachweisbar sind, während sie nach schlaflosen Nächten, in Zeiten eines schlechten Befindens, überaus deutlich hervortreten. Die Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit in Verbindung mit denen der Aufmerksamkeit bedingen in erster Linie die sehr mangelhafte Orientierung des Patienten in zeitlicher und räumlicher Hinsicht und über die einfachsten Verhältnisse seine Person betreffend. Er ist unfähig, die Jahreszahl, den Monat, das Datum zu behalten, in der Klinik findet er sich in den gewohnten Räumen noch nach wochenlangem Aufenthalt nicht zurecht, muss lange, mitunter vergeblich nach dem Namen seines jeweiligen

Aufenthalts, seines Geburtsortes usw. suchen, gibt sein Alter falsch an, kommt mitunter erst nach längerem Besinnen auf seinen eigenen Namen. Charakteristisch ist es, dass er auf seinen kurzen Spaziergängen stets einen Zettel mit seinem Namen und seiner Adresse in seiner Uhr bei sich trägt.

Am überzeugendsten treten uns die Gedächtnisstörungen des Patienten bei unseren zahlreichen Versuchen, seine Fähigkeit des Benennens von Gegenständen, Bildern usw. zu prüfen, entgegen. Es handelt sich um eine weitgehende Erschwerung der Wortfindung, die in erster Linie die Bezeichnung für konkrete Gegenstände und für Namen betrifft, um amnestische Aphasie. So kommt er nicht auf die Bezeichnung wohlbekannter Gegenstände wie eines Messers, Korkziehers, einer Kerze, eines Thermometers. Paraphasische Ausdrücke werden für gewöhnlich nicht beobachtet, nur mitunter bei eintretender stärkerer Ermüdung gebraucht er „paraphasische“ Ausdrücke, die allerdings zum Teil mehr den Charakter von Umschreibungen oder Verlegenheitsbezeichnungen tragen. Er nennt z. B. Streichbölzer „Streichköpfe“, einen Schlüssel „Schneidel, Schüssel, Schlü-Schlüssel“, einen Regenschirm bezeichnet er als „Regenstock, Regenschutz“, kommt erst auf die richtige Bezeichnung, als ihm das Wort vorgesagt wird. Handtasche nennt er „Kiste“, „Reisekiste“, „Reisekartoffel“ (Haftenbleiben, vorher war ihm eine Kartoffel gezeigt worden), „Reisekumpfer“, „Reisekomper“, „nein Reisekoffer“.

In der Mehrzahl der Prüfungen gibt Patient in unzweideutiger Weise zu verstehen, dass der betreffende Gegenstand ihm nicht fremd ist, dass er nur den Namen vergessen habe. So sagt er häufig: „Ich weiss, was es ist, aber ich weiss nicht, wie man es nennt;“ oft zeigt er durch charakteristische Umschreibungen oder durch Gestikulationen, dass er den Gebrauch des Gegenstandes kennt, dessen Namen er nicht finden kann. Das Fehlen der Worte ist kein absolutes und keine sich gleichbleibende Erscheinung; zu manchen Zeiten findet er eine Bezeichnung ganz leicht, die ihm ein andermal fehlt. Das allgemeine momentane psychische Befinden ist auch hierbei von grossem Einfluss. Sehr bezeichnend ist das äussere Benehmen des Kranken bei diesen Versuchen. Grosse Unruhe, Angst, Grimassieren und Verlegenheitsbewegungen der verschiedensten Art, Pulsbeschleunigung und Schweißausbruch pflegen das Suchen des Patienten nach den richtigen Worten zu begleiten, um, wenn er dasselbe gefunden hat oder es ihm genannt worden ist, einem sichtlich freudigen, erleichterten Verhalten Platz zu machen. Das Spontansprechen ist ebenfalls durch das Suchen nach Worten öfters gestört, indessen treten die amnestischen Störungen hierbei weit weniger

hervor als bei den geschilderten Prüfungen. Beim Nachsprechen langer und komplizierter Worte macht sich die Merkfähigkeitsstörung öfters darin bemerkbar, dass Patient das Wort nicht behalten kann, dasselbe infolgedessen falsch wiedergibt. Bei diesen Versuchen tritt mitunter ein Stottern und ein eigenartiges Häsitieren hervor. Abgesehen von diesen Störungen ist das Nachsprechen intakt.

Das Wortverständnis ist erhalten, Erscheinungen sensorischer Aphasie fehlen durchaus. Zeitweilig macht sich eine gewisse Erschwerung des Wortverständnisses bemerkbar, die durch die Auffassungsstörung und die äusserst labile Aufmerksamkeit des Patienten bedingt ist und wie diese ein äusserst wechselndes Verhalten zeigt. In engem Zusammenhang mit diesen Störungen der Sprache stehen diejenigen der Schrift und des Lesens. Sowohl das Spontanschreiben wie das Schreiben auf Diktat und das Abschreiben ist gestört (vergl. Figur 1, 2, 3). Es werden falsche Buchstaben gewählt, Zeichen gebildet, die nicht als Buchstaben zu erkennen sind, häufig ein oder mehrere Buchstaben ausgelassen. Selbst seinen Namen zu schreiben ist Patient mitunter nicht imstande (Figur 1). Beim Abschreiben sucht er sich zu helfen, indem er mit dem Finger sorgfältig die Umrisse der ihm vorgelegten Buchstaben umzieht. Das Lesen ist in geringem Grade gestört, doch kommt er mit dem Vorlesen längerer Worte nicht zustande, offenbar weil er die ersten Silben schon vergessen hat, wenn er die folgenden liest. Dieser Mangel an Merkfähigkeit hat auch zur Folge, dass er den Inhalt und Zusammenhang des Gelesenen zu verstehen nicht imstande ist.

Was die Handlungen unseres Kranken anbetrifft, wird die Mehrzahl derselben sinnentsprechend, wenn auch ausserordentlich langsam, schwerfällig und unsicher, in der Regel erst nach wiederholten Aufforderungen ausgeführt, weil er einen gegebenen Auftrag bereits vergessen hat, ehe er mit der Ausführung beginnt. Zeichen motorischer Apraxie sind bei der Ausführung halbseitiger Ausdrucksbewegungen usw. nicht nachweisbar. Eigenartige Fehlreaktionen werden indessen bei einer Reihe von Handlungen beobachtet. So versucht er u. a. immer wieder Streichhölzer auf der falschen Seite anzuzünden, wird erst nach langen vergeblichen Versuchen mit dem Anzünden einer Kerze fertig, eine ihm gereichte Zigarre nimmt er dankend an, steckt sie darauf beim Herausgehen an den Hut, eine kleine Trompete hält er für ein Licht, versucht das weisse Mundstück derselben anzuzünden. In ein Stück Kreide beißt er und macht Anstalten dasselbe zu verzehren.

Er versucht Tinte aus dem Tintenfass zu trinken, merkt erst seinen Irrtum, als er mit dem Finger in die Tinte eintaucht. Diese

apraktischen Störungen sind durch verschiedenartige Ursachen bedingt. Störungen der Aufmerksamkeit (Zerstreutheit) und des Gedächtnisses spielen unter ihnen eine wesentliche Rolle, haben „ein Versagen der Zielvorstellung“ zur Folge. Ein Teil der Fehlreaktionen ist auf den Faktor des Perseverierens zurückzuführen. Bei einer kleineren Gruppe von Entgleisungen hat man den Eindruck, dass es sich um ein Nichterkennen (Agnosie) der betreffenden Objekte handelt; Patient scheint den Sinn, die Bedeutung einer Reihe konkreter Gegenstände vergessen zu haben.

Sehr erschwert ist die Reproduktion mancher optischer Vorstellungen. So kommt er erst nach langem Besinnen und vergeblichen Versuchen auf die Bezeichnung der Farbe des Blutes, als in ihm beim Erblicken einer roten Tischdecke das optische Erinnerungsbild des Blutes lebendig wird.

Eine Reihe unsinniger Antworten, bei denen Patient zu erkennen gibt, dass er den Sinn der Frage annähernd richtig verstanden hat, sind als „Vorbeireden“ aufzufassen. Antworten wie  $2 \times 3 = 7$ , zwei Mark = eine Mark usw. möchte ich dem Begriffe des Vorbeiredens subsummieren. Manche anscheinend gesuchte unsinnige Antworten finden in der Erscheinung des Perseverierens ihre Erklärung. Die Bezeichnung der Farbe der Blätter als „blau“, einer Rose als „Hund“, sind offenbar durch „Hängenbleiben“ an vorhergehenden Antworten und Bezeichnungen bedingt. Auf eine weitgehende Ungenauigkeit der Wahrnehmung, die zur Folge hat, dass ein Gesamtbild durch das Ueberwiegen von Einzeleindrücken nicht zur richtigen Auffassung gelangt, sind wohl Bezeichnungen „eines Löwenkopfes“ als Mann, der sich nicht gekämmt hat“ — von „Ruderern in einem Boot“ als „Männer mit Holz in der Hand“ usw. zurückzuführen.

Der eigenartige psychische Symptomenkomplex, der uns in dem vorliegenden Krankheitsbilde entgegentritt, beruht demnach im wesentlichen auf Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, er ist die Folge einer Erschwerung der Auffassung und der Reproduktion.

## 2. Fall.

Am 6. 9. 1906 wurde der 36 jährige Direktor a. D. Joh. L. zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die psychiatrische Klinik aufgenommen. Der p. L. hatte am 18. 7. 1905 einen Eisenbahnunfall erlitten, im Anschluss an welchen sich bei ihm, ohne dass früher jemals Zeichen einer geistigen Erkrankung vorausgegangen waren, ausgesprochene psychische und körperliche Störungen entwickelt hatten. Da zur Zeit des Unfalles gerade gegen X. wegen eines ihm zur Last

gelegten Konkursvergehens aus früheren Jahren gerichtlich verhandelt wurde, war die Frage aufgetaucht, ob derselbe vielleicht schon zur Zeit der inkriminierten Handlung im Sinne des § 51 St.G.B. geisteskrank gewesen war. Die Beobachtung in der Klinik hatte zu entscheiden, ob die psychische Erkrankung des X. auf den Unfall zurückzuführen war. Die Akten ergeben folgenden Tatbestand: X. hatte am 18. 7. 1905 bei Gelegenheit eines Eisenbahnzusammenstosses einen Unfall erlitten, indem er mit der rechten Kopfseite auf eine scharfe Kante heftig aufschlug. Nach diesem Unfall soll X. einige Zeit bewusstlos gewesen sein, Erbrechen und Pulsverlangsamung bestanden haben. Eine äussere Verletzung des Schädelns hatte nicht stattgefunden. Nach Rückgang der akuten Erscheinungen blieben eine Reihe körperlicher und mannigfache psychische Störungen bestehen. Es wurde eine „ab und zu auftretende Lähmung der linken Körperseite mit Sprachstörung“ konstatiert, die von einer Reihe der den Kranken zuerst behandelnden Aerzte mit Wahrscheinlichkeit auf einen Bluterguss zwischen Schädeldach und Gehirnhäuten, zurückgeführt wurde. Auf psychischem Gebiete fanden sich Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, sowie eigenartige Störungen der Assoziationsfähigkeit, indem alle Vorstellungen des X. sich um den Eisenbahnunfall herum gruppieren. Während er anfangs diese Ideen als „Träume“ bezeichnet haben soll, hielt er an der Realität derselben jetzt fest, glaubte Lokomotivführer zu sein, fortwährend mit der Bahn fahren zu müssen usw.

Nach schlaflosen Nächten sei Patient am Morgen in der Regel völlig verwirrt und zu Wutanfällen geneigt. Er habe andauernd über Kopfschmerzen zu klagen, die besonders in der rechten Kopfhälfte ihren Sitz hatten.

Die körperliche Untersuchung ergibt bei der Aufnahme des Patienten in der Klinik folgendes:

Mässig kräftig gebauter, leidlich genährter Mann, der Gang des Patienten ist taumlig, unsicher. Bei geschlossenen Augen starkes Schwanken. Das linke Bein wird beim Gehen eigentlich steif gehalten, etwas nachgezogen und auffallend ungeschickt bewegt. Patient gibt ihm oft mit der Hand selbst die richtige Stellung. Alle Muskelgruppen des linken Beines erscheinen gleichmässig schwächer, als die des rechten. Auch die grobe Kraft des linken Armes gegenüber rechts deutlich herabgesetzt. Der emporgehobene linke Arm fällt sofort schlaff herab, fängt dabei an stark zu zittern. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit treten die Lähmungserscheinungen des linken Armes zurück. Auch bei ruhigem Verhalten häufig starker Tremor der ausgestreckten Hände. Sehnenreflexe beiderseits lebhaft, von gleicher Stärke. Kein Babinski, kein Fussklonus. Komplette Anästhesie der gesamten linken Körperhälfte mit Einschluss der Schleimhäute, die genau in der Mittellinie abschneidet. Gesichtsfeld links konzentrisch eingeengt. Auf der rechten Körperseite besteht leichte Hyperästhesie. Pupillen, Augenbewegungen, Augenhintergrund ohne Besonderheiten. Der Schädel ist äusserst empfindlich beim Beklopfen, besonders die rechte Seite.

Die gesamte weitere Beobachtung des Patienten zeigt die Abhängigkeit der linksseitigen Lähmungserscheinungen von dem Zustande seiner Aufmerksamkeit,

von seinem gesamten psychischen Verhalten in unzweifelhafter Weise. Mitunter tritt die Parese für kürzere oder längere Zeit völlig zurück.

In den eigenartigen psychischen Zustand des Kranken geben die bei uns geführten Protokolle den besten Einblick, die ich, soweit sie für die uns beschäftigende Frage von Interesse sind, folgen lasse:

6. 9. 06. Patient sitzt zusammengekauert auf einem Stuhl, deprimierter Gesichtsausdruck. Gefragt, wie er nachts schlafe: „Ich schlafte doch nicht, ich muss nachts doch fahren . . . .“ er sei Lokomotivführer, habe einmal einen Unfall gehabt, wann wisse er nicht mehr; hier sei er in der Dietenmühle.

7. 9. 06. War nachts ruhig. Macht einen sehr gehemmten Eindruck, antwortet nur langsam, sucht nach Worten, es fehlen ihm Bezeichnungen für Gegenstände, besonders für etwas weniger gebräuchliche. Häufig fasst er sich mit dem Ausdruck des Schmerzes mit beiden Händen an den Kopf. Wiederholt fragt er, ob man ihn auch nicht vergiften wolle, er habe so viele Leute überfahren und deswegen wolle man ihm jetzt ans Leben. Er weiss nicht, wo er sich befindet, kann die Jahreszahl nicht nennen, meint es sei Juli, er sei schon 3—4 Monate hier.

8. 9. 06. Fordert bei der Visite auf, beiseite zu treten, der Zug würde gleich durchkommen. Nachmittags freier, kennt aber den Arzt nicht wieder, ist höflich und bestrebt, die Formen zu wahren.

10. 9. 06. Zuerst ganz unzugänglich, nachher leidlich zu fixieren. Seinen Namen nennt er richtig, den Arzt erkennt er nicht. Er sei hier zuhause.

(Wie alt?) „3 Jahre“.

(Welche Farbe? — roter Besatz auf dem Hemde).

(Ist das blau?) „Ja“.

(Ist es blau oder rot?) „blau“.

(Wieviel Finger? (5) Beginnt die Finger einzeln zu zählen, kommt aber trotz mehrmaligen Ansetzens zu keinem Resultat.

Benennen verschiedener Gegenstände:

(Schlüssel?) —

(Taschenmesser?) Macht die Bewegung des Halsabschneidens, sagt: „Messer“.

(Bleifeder?) „Feder“.

(Pincenez?) Fasst sich an die Augen, schweigt.

(Was macht man damit?) Tut, als ob er es aufsetzen wollte, sagt: „Ich weiss nicht, wie es heisst“.

(Ist es ein Kneifer?) „Ja“.

( $2 \times 2?$ ) 3.

( $2 \times 2?$ ) 5.

Patient macht bei der Exploration einen verwirrten, dabei gehemmten Eindruck, antwortet sehr langsam, einsilbig und zögernd, kramt mit dem Kopfkissen umher, hält zeitweise einen Pantoffel wie zur Abwehr in der Hand, fragt, ob man ihn vergiften wolle. Merkfähigkeit sehr schlecht. Den Namen des Arztes behält er erst nach öfterem Vorsprechen. Ermüdet augenscheinlich sehr leicht, Puls 108, klein, arhythmisch.

11. 9. 06. Morgens wieder ganz stumm. Aeussert nachher, der Pfleger habe ihn mit dem Kaffee vergiftet, wenn er hier nicht fortkomme, werde er sich den Bauch aufschneiden. Nachmittags freundlich und zugänglich. Habe andauernd Kopfschmerzen. Sein Alter gibt er heute auf 35 Jahre an, kennt den Vornamen seiner Frau, aber nicht ihren Mädchennamen, auch nicht sein Geburtsjahr. Er fahre schon lange, immer vom Abend bis zum Morgen, habe schon viele Unfälle gehabt. Puls 84.

12. 9. 06. Sitzt heute mit ängstlicher Miene auf dem Kopfende des Bettes, erzählt, dass er heute Morgen bei einem Spaziergang mit seiner Tochter einen Schrotschuss bekommen habe. Bleibt den ganzen Tag im Bette, klagt abends über schreckliche Kopfschmerzen. Nachts steht Patient öfters auf und klopft an die Wand.

14. 9. 06. Isst heute den ganzen Tag nichts, man wolle ihn hier vergiften!

15. 9. 06. Heute morgen sitzt Patient mit ängstlicher Miene und gerötetem Gesicht im Bett: „Hören Sie nicht das schreckliche Schreien von den vielen Leuten die der Schnellzug überfahren hat?“ Den Arzt redet er mit Du an und erklärt ihn für seinen Schwager.

Puls 124, sehr klein.

Abends viel freier, weiss jetzt, wo er sich befindet, ist aber zeitlich und über die Dauer seines Aufenthalts nicht orientiert. Deutet auf einen Pfleger: Der wolle ihn vergiften.

18. 9. 07. Heute Morgen sehr aufgeräumt, vergnügter Stimmung: Er habe so sehr lachen müssen, dass ihm der Kopf weh tue. Erzählt dann: Er habe auf einer Strasse gestanden, neben der ein Eisenbahngleis lief. Auf der anderen Seite sei eine Wiese gewesen. Da sei ein Scherenschleifer angekommen auf einem Motorrade, das sei über das Bahngleis gestürzt. Dann seien noch eine grosse Anzahl Scherenschleifer gekommen, alle auf Motorrädern, die seien sämtlich über den ersten gestürzt. Dann seien noch an 1000 Zigeuner gekommen mit ihren Wagen; alles, Wagen, Pferde, Ochsen seien auf Motoren gewesen. Diese seien auch noch alle auf den grossen Haufen gefallen, und es sei ein kolossales Durcheinander gewesen. Einem ankommenden Zuge habe er noch rechtzeitig das Haltesignal geben können. Schliesslich sei alles wieder ohne Unfall auseinander gekommen. Das ganze sei sehr komisch gewesen“. Er meint heute, den Arzt neulich schon einmal gesehen zu haben. Erinnert sich nicht, dass er gestern mit seiner Frau spazieren gegangen ist; weiss nur, dass er neulich einmal an einem Fluss („Wie heisst er doch noch?“) gewesen sei.

(Soll seinen Namen schreiben).

Schreibt: „ich Hr . . . fragt dann: „Was sollte ich doch noch schreiben?“ Schreibt dann weiter: „Heis . . . , streicht das s aber wieder durch und schreibt dafür st, meint, nun sei es wohl richtig. Den Vornamen schreibt er richtig.

Die Schrift ist sehr zitterig, wie eine Schreibprobe (Fig. 4) zeigt. Lesen gedruckter und geschriebener Schrift geht sehr langsam, mitunter buchstabierend. Nach wenigen Worten ermüdet Patient, klagt über Schmerzen in den Augen und muss eine Weile ausruhen.

Gefragt, ob er rechnen könne: „Mit Zahlen kann ich gar nichts mehr machen, wenn mein Töchterchen kommt und mich fragt, weiss sie besser Bescheid wie ich“.

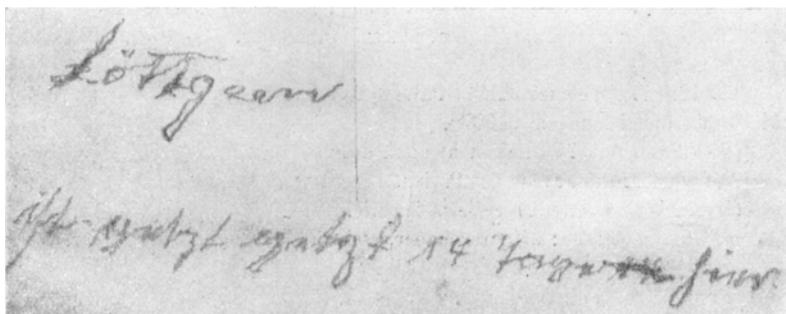
20. 9. 06. Auf Wunsch der Frau nach Hause beurlaubt<sup>1)</sup>.

5. 12. 07. II. Aufnahme. Zur Fortsetzung der Beobachtung.

6. 12. 07. Kann sich nicht entsinnen, dass er schon einmal hier war.

Bezeichnet Gegenstände (Uhr, Schlüssel, Bild, Taschentuch usw.) richtig. Erkennt einfache Bilder (Mädchen, Hund).

Zeitlich und örtlich nicht orientiert. Fasst sich immerfort nach dem Kopfe. Man solle ihn doch in Ruhe lassen, er sei krank und schwach. Als der Arzt den Schlüssel aus der Tasche zieht, fragt Patient: „Was wollen Sie damit?, was ist das? Ist das ein Hammer? Sie wollen mir gewiss mit dem Hammer den Kopf einschlagen“.



Figur 4.

7. 12. 07. Habe schlecht geschlafen. Die Eisenbahner hätten ihn aus der Wand die ganze Nacht bedroht und beschimpft. Es seien etwa 200 gewesen. Er habe nämlich früher als Lokomotivführer mehrere Menschen totgefahren; deshalb wollen ihn die Eisenbahner jetzt auch töten.

10. 12. 07. Patient hat bisher wenig gegessen und geschlafen; ist nachts mehrfach aufgestanden und hat unter das Bett in die Ecken gesehen. Er klagt über Kopfschmerzen, hält sich bei der Unterredung oft den Kopf fest.

(Wann geboren?) „Ist das recht, 70. ich weiss nicht 70 Jahre, ich glaube ja, ist das richtig 1870“.

(Wie alt?) überlegt lange und sagt dann: bin ich 70 Jahre alt, oder bin ich nicht so alt, dann 34 Jahre.

(Welches Jahr ist jetzt?) „1807. Das strengt mich so an, ich vergesse zu leicht.“ Bittet ein bisschen zu warten, sei müde, nachher wisse er es.

1) Ueber die zwischen der ersten und zweiten Beobachtung im Krankenhaus liegende Zeit fehlen uns leider zuverlässige Berichte.

(Welcher Monat?) „November.“

(Welcher Tag?) „Weiss ich nicht.“

(Wie lange hier?) „2 Jahre jetzt.“

(Wer bin ich?) „Das weiss ich nicht, Sie sind der Arzt.“

(Welcher Beruf?) „Ich bin Lokomotivführer gewesen, seit 20 Jahren nicht mehr, jetzt pensioniert.“

(Haben Sie einen Unfall erlitten?) „Ich bin mal mit dem Zuge den Berg heruntergefahren, da war kein Geleise mehr, da habe ich nicht dafür gekonnt, dass die Leute tot geblieben sind. Ich konnte nicht früher bremsen.“ Weint heftig.

(Was haben Sie dann später für eine Beschäftigung gehabt?) „Ich weiss nicht, dass ich da etwas getan habe.“

(Sind Sie krank?) „Ich habe schon lange Kopfschmerzen, da man mich darum umbringen will. Das sagen die Leute immer, die Eisenbahner, ich höre sie immer reden. Ueberall wo ich bin, kommen sie mir nach und wollen mir den Schädel einschlagen. Sie sagen, ich sei ein Mörder. Meine Frau haben sie auch tot gemacht.“

11. 12. 07. (Welches Jahr?) Patient zeigt einen Zettel mit der Zahl 1907 und spricht dabei langsam „1907“.

(Welchen Monat?) „Das steht auch da.“

Auf wiederholte Frage sagt Patient langsam: „Dezember, ist das richtig?“

(Wann Weihnachten?) „Weiss ich nicht.“

Nochmalige Frage: „10. Dezember, steht ja auf dem Zettel.“

(Wie viele Monate gibt es?) „10 ja?“

(Erster Monat?) „Dezember.“

Wenn man mit Januar anfängt, fährt Patient ganz langsam fort „Februar“.

( $7 \times 9?$ ) „Kann ich so nicht.“

(Wie viele Kinder?) „2, Erna und Klara.“

(Wie alt sind Sie?) Patient zieht wieder seinen Zettel hervor und sagt: „Da steht 37; ich will 34 sein, ich kann doch so alt sein, wie ich will; man will mich älter machen, als ich bin, damit ich eher sterbe.“

Patient bringt alle Antworten ungemein zögernd und langsam heraus.

#### Erkennen von Gegenständen.

Gegenstände benennt Patient erst, wenn er sie in die Hand nimmt, auch dann langsam, so einen Schlüssel, Drücker, Portemonnaie. Bei Zeigen eines Gummi sagt er zunächst: „Steinchen“; nachdem er ihn in der Hand mehrfach herumgedreht hat, sagt er langsam: „Das ist nicht Leder . . .“

Es werden ihm folgende Gegenstände vorgehalten:

(Ein Apfel): Er erkennt ihn sofort und sagt: „Der ist mein.“

(Streichholzdose): Nimmt sie in die Hand und zeigt, wie man sie gebraucht; nach etwa 1 Minute sagt er: „Streichholzdose“. Beim Anstecken eines Streichholzes sehr starker Tremor. Patient macht alle Bewegungen unsicher und unzweckmässig, er sucht zuerst ratlos an allen Seiten der Schachtel.

(Schloss): nimmt es in die Hand und macht Bewegungen, wie mit einem Schlüssel, nach 1 Minute, „Schloss“.

Dazwischen sagt Patient auf seinen Kopf deutend: „Wollen Sie das Schwere da wegnehmen?“

(Freimarke): Nach einiger Zeit er: „timbre“ — ja? Deutsch! — — „Freimarke“.

(Wie viel wert?) Keine Antwort.

(Kette?) erkennt sie nach einiger Zeit ohne sie anzufassen, will sie aber immer berühren.

(Fieberthermometer?) „Wie sagt man?“

(Was macht man damit?) Patient zeigt unter die Achselhöhle. „Sagen Sie mal, wie es heisst!“ — Kommt nicht auf den Namen.

Nachdem ihm der Name gesagt worden war, sagt er: „Ja — ja. Kann ich den haben?“

16. 12. 07. Heute wesentlich besser (auf eine andere Station verlegt); issst ordentlich, steht den grössten Teil des Tages auf. Die Eisenbahner liessen ihn hier in Ruhe; man solle ihnen nicht sagen, dass er jetzt hier wäre.

Es wird ihm ein Stück Zucker hingehalten; er sieht esverständnislos an, nimmt es in die Hand, ohne es zu erkennen. Auf Aufforderung leckt er daran und sagt endlich: „Es ist — es ist — Zu — Zucker.“

(Welche Farbe haben Blätter?) „Ich kann es nicht sehen . . . Ich weiss, aber . . . ich kann es nicht sagen.“

(Rot? Blau?) keine Antwort.

(Grün?) „— — grün, ja grün.“ — — nicht rot.“

„Wenn ich nicht sehe, kann ich nicht sagen.“

Hammer wird ihm gezeigt, er schiebt ihn entsetzt von sich.

(Bürste?) Hantiert zuerst ratlos mit ihr herum, nach 25 Sekunden macht er richtige Bewegungen damit. Nach  $2\frac{1}{4}$  Minute wird ihm gesagt, dass das Wort mit B anfängt, daraufhin sagt er: „Be — Be — Besen.“ Endlich wird ihm Bürste vorgesagt; daraufhin sagt er sichtlich erfreut: „Ja Bürste!“

19. 12. 07. Klagt wieder sehr, dass die Eisenbahner ihn verfolgten, bittet man möge die Türe gut abschliessen, damit die Eisenbahner nicht herein könnten.

31. 12. 07. (Wie geht es Ihnen?) „— — oh — gut.“

(Keine Beschwerden?) „Doch Kopfschmerzen.“ Dann reibt er den Leib. Fasst sich auf Aufforderung an die Nase und an die Ohren.

(Wie viel Uhr?) Nimmt die Uhr heraus und sagt nach einiger Zeit: „Bald 11, nicht?“

(Genau?) „Wenn ich solange dahin gucke, laufen sie mir durcheinander,“ dann liest er die Zeit langsam aber richtig ab.

(Seidel?) Kommt nicht auf die Bezeichnung, will sich durch Anfassen des Gegenstandes helfen. Es wird ihm nach 70 Sekunden gestattet, das Seidel anzufassen. Dann macht Patient die richtige Bewegung und sagt: „zum Trinken“.

Als ihm der Name gesagt wird, freudige Reaktion.

(Zange, bekommt er in die Hand): Nach 20 Sekunden macht er die richtige Bewegung. Auf die Frage Hammer oder Zange? sagt er „Zange“.

(Säge?) Bewegung richtig, er sagt „zum Schneiden“. Auf die Frage: Feile, Messer oder Säge sagt er „Säge“.

(Eisenbahnfahrkarte?) „Für die Eisenbahn.“

(Nagel?) Ausführung der Bewegung richtig. Hammer, Feile oder Nagel, „Nagel“.

(Wie nennt man das Instrument, mit dem man sich die Finger bürstet? — Frage zweimal gestellt.) „Ich weiss es“. Patient wird unrubig, kaut, guckt sich um, kommt nicht auf die Bezeichnung.

(Nachsprechen): selbst schwierige Paradigmata werden nachgesprochen, aber sehr langsam und oft erst nach Wiederholungen.

(Vorlesen einer Zeitung): Patient liest langsam, fast buchstabierend, wiederholt immer wieder den ganzen Satz. Fragt zum Schluss: „Ist das richtig?“

(Strengt es Sie zu sehr an?) „Ich werde müde.“

Bilder bezeichnen.

(Messer): Denkt lange nach, macht Verlegenheitsbewegungen mit den Händen, zeigt dann, dass man damit schneidet, fügt hinzu: Man schneidet damit, kann die Bezeichnung aber nicht finden.

(Rose): Erkennt er nicht. Selbst als ihm der Name unter verschiedenen anderen Blumen mit der Frage, welche von den genannten Blumen die Rose sei, genannt wird, vermag er sie nicht zu zeigen. (Dass die Bezeichnung unter dem Bilde steht, merkt er nicht.)

(Klavier): Ist zum Spielen. Name —

(Standuhr): Ist eine Uhr (nach langem Nachdenken).

Fragen nach dem Unterschied zwischen Berg — Tal: Baum und Strauch, Ochs und Pferd usw. werden nicht beantwortet. Man merkt dem Patienten an, dass er die Frage richtig verstanden hat, denn er geht z. B. bei der Frage Baum — Strauch ans Fenster und sieht hinaus, zeigt auf die vor dem Fenster stehenden Bäume. Kurze Erzählungen einfachster Art kann er nicht reproduzieren, offenbar deshalb, weil er sie nicht behält.

Dass es im wesentlichen die Merkfähigkeit, das Gedächtnis ist, welche gelitten haben, zeigt sich auch beim Schreiben. Wenn man dem Patienten mehrere Worte diktiert, dann hat er die zweite Hälfte des Satzes schon vergessen, ehe er die erste aufgeschrieben hat. Er merkt auch nicht, dass er manchmal dasselbe Wort zweimal hintereinander schreibt.

Beim Lesen, welches sehr langsam geschieht, tritt dasselbe zu Tage. Patient sucht nach den einzelnen Buchstaben und Silben, findet sie auch meist, vergisst aber das eben gelesene Wort sofort wieder. In der Erkenntnis dieses Mangels an Merkfähigkeit beginnt Patient eine angefangene Zeile immer von neuem. Bemerkenswert ist, dass alle die geschilderten Störungen zu verschiedenen Tageszeiten nicht in gleicher Stärke hervortreten. Am stärksten sind sie morgens nach dem Erwachen ausgeprägt. Um diese Zeit bringt

Patient meist gar keine sinnentsprechende Antwort hervor. Am späteren Vormittag (11—12 Uhr) ist er am ehesten fähig, einige Fragen zu beantworten.

1. 1. 08 entlassen.

Unser ärztliches Gutachten sprach sich dahin aus, dass sich die noch bestehende psychische Störung des Patienten im Anschluss an den Eisenbahnunfall vom 18. 7. 06 entwickelt hatte und mit demselben in ursächlichen Zusammenhange stehe.

Es handelt sich in diesem Fall um ein Krankheitsbild, welches sich bei einem früher gesunden Mann, im Anschluss an ein bei einem Eisenbahnunfall erlittenes Trauma entwickelt hat. Obgleich äussere Verletzungen nicht stattgefunden haben, scheint die Einwirkung doch nicht unerheblich gewesen zu sein, da Zeichen einer Commotio cerebri, (einige Zeit dauernde Bewusstlosigkeit, Pulsverlangsamung und Erbrechen) bestanden haben sollen. In der Folgezeit entwickelten sich ab und zu auftretende Lähmungserscheinungen der linken Körperseite mit Sprachstörung, die von den den Kranken zuerst behandelnden Aerzten auf organische Veränderungen (Blutergüsse) in der Schädelhöhle zurückgeführt wurden.

Für die Annahme einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems ergibt die Beobachtung in der Klinik keinen Anhaltspunkt. Die wechselnden Lähmungserscheinungen der linken Körperhälfte sind zweifellos hysterischer Natur. Die Abhängigkeit der Lähmungen von der Vorstellung, ihr Verschwinden oder Nachlassen bei abgelenkter Aufmerksamkeit, das Uebertriebene und Bizarre der Bewegungen der paretischen Extremitäten, in Verbindung mit der kompletten linksseitigen Hemianästhesie, charakterisieren die hysterische Natur des Leidens. Mit dieser Annahme stimmen die psychischen Störungen des Patienten, welche im wesentlichen dem Bilde eines protrahierten hysterischen Dämmerzustandes mit sehr wechselnder Intensität der Bewusstseinstrübung entsprechen, durchaus überein. Stuporöse Zustände und Phasen deliröser Verwirrtheit wechseln in ganz unregelmässiger Weise mit Zeiten eines freieren Verhaltens ab. Aber auch in diesen freieren Zeiten macht Patient in der Regel einen eigentümlich benommenen, wie im Traum befindlichen Eindruck. Er halluziniert lebhaft, kramt in den Kissen des Bettes herum, horcht und klopft an den Wänden, droht mit dem Pantoffel, verkriecht sich, macht einen ängstlich erschreckten Eindruck. Mitunter kommt es zu heftigen Affektausbrüchen mit Weinen und Jamfern. In seinen Delirien spielt der erlittene Eisenbahnunfall die wesentlichste Rolle, seine Vorstellungen gruppieren sich um dies Ereignis herum. Mit von Angst gerötetem Gesicht horcht er auf das Schreien

der vielen Leute, die vom Schnellzug überfahren werden; er selbst sei Lokomotivführer, habe schon viele Unfälle erlebt, fahre fortwährend Tag und Nacht. Mitunter stellen die Trugwahrnehmungen des Kranken zusammenhängende Erlebnisse mit abenteuerlichen phantastischen Einzelheiten dar, die er dann, wie z. B. das Erlebnis mit den Scherenschleifern, Zigeunern und Motorrädern in detaillierter Weise erzählt. Auch in die freien Zeiten spielen Wahnvorstellungen herüber. Er glaubt sich von den „Eisenbahnern“ verfolgt, er soll vergiftet, hingerichtet, ihm der Schädel eingeschlagen werden. Von körperlichen Erscheinungen fällt neben den erwähnten Symptomen der hysterischen Lähmung und Anästhesie in erster Linie lebhafter Tremor der Hände und eine oft stark beschleunigte Herzaktion auf. Seine Klagen beziehen sich auf sehr heftige Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Bei allen Explorationen des Kranken treten weitgehende Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, in Verbindung mit grosser Ermüdbarkeit, Verlangsamung des Gedankenganges und Störungen der Aufmerksamkeit mit Deutlichkeit hervor. Die Ergebnisse der zahlreichen mit dem Kranken vorgenommenen Explorationen sind mannigfaltige und im Einzelnen oft nicht leicht zu deuten.

Es fällt in erster Linie eine verblüffende Unkenntnis in den einfachsten, elementarsten und dem Kranken früher wohl bekannten Dingen auf. Er macht oft die unsinnigsten Angaben über sein Alter, seinen Beruf, seine Familie, ist zeitlich und örtlich völlig unorientiert. Wenn er sein Alter als 3 Jahre, die Jahreszahl als 1807 angibt, als ersten Monat Dezember nennt, eine rote Farbe als blau bezeichnet, 8 × 13 als 17 ausrechnet, fünf Finger nicht richtig zu zählen vermag, so sind diese unsinnigen Antworten als „Vorbeireden“ aufzufassen. Diese Erscheinung charakterisiert in Verbindung mit dem dämmerhaften Bewusstseinszustand des Patienten, seinen Halluzinationen, Sensibilitätsstörungen, Lähmungserscheinungen und Amnesien das Krankheitsbild als „Gannerschen Symptomenkomplex“.

Bei einem Teil der unsinnigen Antworten spielt die Erscheinung des Haftenbleibens (Perseverieren) eine Rolle. Um ein Beispiel herauszugreifen, nennt er z. B. als sein Geburtsjahr richtig die Zahl „70“, gibt darauf sein Alter auch als „70“ an.

In der Regel erfolgen seine Antworten langsam und zögernd, doch ist dies nicht durchgehends der Fall, mitunter erfolgt eine unsinnige Antwort auch ganz schnell auf die gestellte Frage.

In sprachlicher Beziehung treten Fehlreaktionen bei dem Patienten hervor, die ihrem Wesen und ihrer Entstehung

nach, von dem „Vorbeireden“ getrennt werden müssen. Es handelt sich um Erschwerung der Wortfindung, die mitunter so weit geht, dass es dem Kranken unmöglich ist, den richtigen Ausdruck ihm gezeigter einfacher und gebräuchlicher Gegenstände zu finden. Besonders auffallend ist, dass ihm das Benennen von Gegenständen bei Ausschaltung des Tastsinnes, wenn er dieselben nicht anfassen kann, häufig unmöglich ist. Er versucht deshalb bei den verschiedensten Prüfungen immer wieder die ihm vorgelegten Gegenstände in die Hand zu nehmen, was ihm das Benennen wesentlich erleichtert, oft erst ermöglicht. Wiederholt zeigt er durch Umschreibungen oder durch den richtigen Gebrauch der ihm gezeigten Gegenstände, dass er dieselben erkennt, ohne dass es ihm gelingt, die richtige Bezeichnung zu finden, so nennt er ein Messer „zum Schneiden“, ein Billet, „für die Eisenbahn“. Mit einer ihm vorgelegten Bürste hantiert er erst längere Zeit ratlos herum, dann macht er die zweckentsprechenden Bewegungen des Bürstens, kommt aber nicht auf die Bezeichnung. Als ihm nach  $2\frac{1}{4}$  Minuten gesagt wird, dass das Wort mit B anfange, sagt er „Be—Be—Besen“. Endlich wird ihm der Ausdruck „Bürste“ genannt, worauf er sichtlich erfreut „ja Bürste“ sagt. Ebensowenig kommt er auf das Wort „Thermometer“, steckt dasselbe aber richtig in die Achselhöhle. Ein vor ihm hingestelltes Bierglas sieht er zuerst fragend und ratlos an. Als ihm nach 70 Sekunden gestattet wird, dasselbe in die Hand zu nehmen, macht er die Bewegung des Trinkens, kann das Wort aber nicht finden. Bei diesen und anderen Prüfungen zeigt Patient durch sein äusseres Verhalten stets auf das Deutlichste, dass er sich die grösste Mühe gibt, auf die richtige Bezeichnung zu kommen, er macht Verlegenheitsbewegungen, reibt sich die Stirn, sein Gesichtsausdruck zeigt eine Mischung von Aerger und Traurigkeit, wenn er das Wort vergebens sucht. Bei Nennung des Wortes ist er sichtlich erfreut, macht einen erleichterten Eindruck. Das Wortverständnis ist dabei völlig intakt. Das Nachsprechen selbst schwieriger Paradigmata ist möglich, nur mitunter durch Erschwerung der Auffassung und schlechte Merkfähigkeit behindert.

Paraphasische Wortbildungen kommen nicht vor. Bei einer Reihe von Prüfungen ist ersichtlich, dass neben der Wortfindung auch das Erkennen mancher Gegenstände erschwert ist. Ratlos hantiert Patient oft längere Zeit mit einfachen Gegenständen herum, bis er ihren Sinn erfasst hat. Auch bei diesen agnostischen Störungen wird die Reproduktion der Vorstellung mitunter durch Zuhilfenahme anderer Sinne ermöglicht. Einem Stück Zucker steht Patient zunächst verständnislos gegenüber, erst als er es in den Mund

nimmt und schmeckt, kommt er langsam auf den Begriff und auf die Bezeichnung, indem er sagt „es ist — es ist — Zu — Zucker“. Auch die Reproduktion optischer Vorstellungen ist erschwert. Nach der Farbe der Blätter gefragt, kommt er von selbst nicht auf die Bezeichnung und sagt „wenn ich nicht sehe, kann ich nicht sagen“. Dass es sich hier um eine Erschwerung der Reproduktion des Begriffes, nicht um eine Aufhebung desselben handelt, geht daraus hervor, dass er als ihm die Farben rot und blau genannt werden, nicht reagiert, erst als ihm grün vorgesagt wird, erfreut ausruft „grün, ja grün!“ Mitunter jedoch gelingt es auf keine Weise den Begriff wohlbekannter Dinge zu wecken. So erkennt er Rosen auf naturgetreuen Abbildungen nicht, vermag eine Rose, als er dazu aufgefordert wird, nicht unter anderen Blumen herauszufinden. Was die Ausführung von einfachen Handlungen anbetrifft, erfolgen dieselben häufig ausserordentlich langsam, unsicher, ungeschickt, oft ganz unzweckmässig. Beim Anstecken eines Streichholzes sucht er z. B. erst vergeblich an den verschiedenen Seiten der Schachtel, ehe er die Reibfläche findet. Bei den Versuchen zu schreiben und zu lesen machen sich in erster Linie die weitgehenden Störungen der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit des Patienten bemerkbar. Er hat meistens sofort vergessen, ob er einen Buchstaben, eine Silbe schon geschrieben hat, streicht infolge dessen fortwährend durch oder wiederholt schon Geschriebenes. Mitunter ist er im Stande einige Worte, nur ganz selten einen kurzen Satz zu schreiben. Selbst seinen Namen schreibt er nicht fehlerlos. Dabei ist die Schrift sehr zittrig und unsicher (Fig. 4).

Aehnliche Störungen finden sich bei den Versuchen zu lesen. Er liest ganz langsam, buchstabierend, wie ein Kind Silbe für Silbe mit dem Finger verfolgend, er vergisst die gelesenen Silben, ehe er sie zu einem Worte, die Worte, ehe er sie zu einem Satze vereinigt hat.

In Erkenntnis dieser Störung beginnt Patient eine angefangene Zeile immer wieder von neuem zu lesen, kommt infolge dessen nicht von der Stelle.

Die Prüfungen der Vorstellungsbildung und Vorstellungsdifferenzierung unseres Patienten mit Hilfe von Unterschiedsfragen, scheitern an weitgehenden Störungen der Merkfähigkeit und der Erschwerung der Auffassung. Dass er den Sinn der Fragen verstanden hat, geht aus seinem äusseren Benehmen hervor. Bei längeren Untersuchungen macht sich die grosse Ermüdbarkeit des Patienten in störender Weise nach den verschiedensten Richtungen dadurch bemerkbar, dass sich alle erwähnten Störungen allmählich in dem Grade steigern, dass Fortsetzungen von Prüfungen unmöglich werden.

Ein auffallender Wechsel in der qualitativen und quantitativen Ausbildung der verschiedenartigen Symptome beherrscht das Krankheitsbild; zu manchen Zeiten treten die Störungen vorübergehend in den Hintergrund, während sie zu anderen Zeiten in den verschiedensten Gruppierungen und Schattierungen vorhanden, mit grosser Deutlichkeit in die Erscheinung treten.

### 3. Fall.

Am 12. 3. 1909 wurde der 43 Jahre alte Metzgermeister O. K. in die psychiatrische Klinik aufgenommen. Derselbe war früher stets gesund gewesen, hat insbesondere nie an Schwindel oder Krampfanfällen gelitten, nicht getrunken.

Am 17. 11. 08 war er auf dem Bürgersteige ausgeglitten und mit dem Kopfe auf das Pflaster aufgeschlagen. Eine äussere Verletzung des Kopfes hatte anscheinend nicht stattgefunden. Der den Kranken behandelnde Arzt stellte Muskelzerreissungen und Kontusionen in der Rückengegend fest. Sehr bald nach diesem Unfall traten bei dem p. K., der sofort über Kopfschmerzen klagte, auffallende psychische Veränderungen in die Erscheinung. Er machte einen benommenen Eindruck, sass teilnahmslos, oft mit geschlossenen Augen, am Tische, erkannte die Aerzte nicht mehr, nahm von seiner Umgebung keine Notiz. Zu seiner Frau äusserte er in klagender Weise: „Ich habe Bienen im Kopfe“, schrie mitunter plötzlich auf, „die stechen mich wieder“, machte die Bewegungen des Fliegenfangens. Aus diesem schlafähnlichen Zustand heraus, äusserte er absurde Vorstellungen, sprach viel vom Schlachten, behauptete, er habe Ochsen gekauft, die in den Stall gebracht werden sollten. Er erzählte, er käme direkt aus Amerika, lief einmal nachts ohne Hosen hinaus nach dem Viehmarkt. Zeitweilig war er nachts mit Urin und Stuhlgang unrein. Ein hinzugezogener Nervenarzt nahm an, dass es sich um einen Dämmerzustand handelte und überwies den Kranken zur weiteren Behandlung der psychiatrischen Klinik.

Hier macht Pat. einen verwirrten Eindruck, spricht fast gar nicht, ist äusserlich ruhig. Einfache Aufforderungen befolgt er meist, aber auch nicht regelmässig. Auf wiederholtes eindringliches Fragen nach seinem Namen antwortet er schliesslich Friedrich Karl (seine Vornamen), den Vatersnamen nennt er nicht. Durch Gesten deutet er an, dass er Kopfschmerzen habe. Bei Nadelstichen zuckt er mitunter zusammen, mitunter reagiert er nicht auf solche. Am auffallendsten ist ein andauerndes Grimassieren des Pat., welches an Intentität zunimmt, wenn man sich mit ihm beschäftigt. Bald schliesst er die Augen, bald zieht er die Stirn in die Höhe, bald macht es mit dem Munde schnauzkrampfartige Bewegungen. Die körperliche Untersuchung ergibt, soweit sie in diesem Zustande möglich ist, im übrigen keine Abweichungen von der Norm. Pupillenreaktion, Sehnenreflexe sind nicht gestört, keine Lähmungserscheinungen nachweisbar.

15. 3. 09. Pat. äussert sich zum ersten Male spontan. „Ich will nach Haus, ich muss Ochsen kaufen, meine Gesellen haben sonst nichts zu tun.“

Auf die Frage, was kostet ein Ochse? antwortet er „3 M., eine Kuh, ein Schwein ebensoviel“. Weitere Fragen beantwortet er nicht.

17. 3. 09. Am Morgen antwortet Pat. immer noch nicht. Er liegt grimmierend zu Bett, nur auf die Frage nach dem Namen erfolgt wieder die Antwort: „Friedrich Karl“. Nachmittags fängt er an freier zu werden, äussert den Wunsch, aufzustehen zu können und verlangt nach seinen Kleidern. Angezogen, läuft er im Krankensaal ganz munter herum. Er weiss nicht, wo er sich befindet und wie lange er hier ist, erinnert sich nicht, den Arzt schon gesehen zu haben. Dass er vor kurzem einen Unfall erlitten hat, ist ihm vollkommen aus dem Gedächtnis geschwunden. Den eigenen Namen gibt er richtig an, fügt hinzu, er sei Fleischermeister, schlachte aber nicht selbst, sondern betätige sich in erster Linie im Geschäft bei dem Verkauf. Wann er zuletzt zu Hause war, weiss er nicht, kann sich nur noch erinnern, dass er im August 1908 im Geschäft tätig war.

(Jahreszahl?) 1908.

(Monat?) —.

(Datum?) —.

Pat. klagt über mässig starke Kopfschmerzen, ein ausgesprochenes Krankheitsgefühl besteht nicht, er erkundigt sich bei den anderen Patienten, ob er denn krank sei?

Eine Prüfung der Sensibilität ergibt, dass jetzt eine allgemeine Ueberempfindlichkeit gegen Nadelstiche besteht.

Rachen-, Konjunktival und Kornealreflexe sind vorhanden, die Sehnenreflexe sind leicht gesteigert.

Das Grimassieren hat etwas an Intensität nachgelassen.

18. 3. 09. Pat. sucht sich über seine Umgebung und über die Vorgänge der letzten Zeit zu orientieren. Die Störungen der Merkfähigkeit machen sich hierbei sehr bemerkbar. Er kann das Datum, den Namen des Arztes, den der Klinik nicht behalten. Er vergisst von einem Tag zum andern, dass er den Arzt gesehen und ausführlich mit ihm gesprochen hat. Ihm vorgelegte Gegenstände bezeichnet er prompt und richtig.

Schreiben und Lesen ungestört.

27. 3. 09, Pat. wird zusehends freier und lebhafter, geht allein spazieren, erkundigt sich oft nach seinem Geschäfte, bittet dringend, ihn bald zu entlassen, damit er seine Arbeit wieder übernehme. Er fühlt sich bis auf die immer geringer werdenden Kopfschmerzen ganz wohl. Das Grimassieren hat völlig aufgehört.

3. 4. 09. Bei der Entlassung an diesem Tage ist Pat. zeitlich und örtlich orientiert. Es besteht noch andauernd eine Erinnerungslücke, die bis in die Zeit vor dem Unfalle reicht. Seine letzte Erinnerung ist die, dass er im August d. J. Fleisch im Laden verkauft habe. Das, was man ihm in der Klinik von dem Unfall und seinen Folgen erzählt hat, hat er zum grössten Teil behalten, ohne dass die Erinnerung für diese Zeit wiedergekehrt wäre.

Lesen, Schreiben und Rechnen ohne Besonderheiten.

Körperliche Störungen fehlen bis auf eine leichte allgemeine Hyperästhesie völlig.

III. Aufnahme 31. 5. 1909.

Nach Mitteilung der Ehefrau fiel K. in den ersten Tagen nach seiner Entlassung zu Hause durch sein Benehmen nicht auf. Dann begann er wieder alles verkehrt zu machen. Er sprach nicht, grimassierte, starrte vor sich hin. So lange er sich noch beschäftigte, hat er mehrfach im Geschäfte grossen Schaden angerichtet; er hat z. B. einmal in der Räucherkammer Feuer angezündet, so dass alle Schinken verbrannten. .

31. 5. 09. Pat. bietet dasselbe Bild wie bei der ersten Aufnahme. Spricht nicht, dreht den Kopf hin und her, sieht den Frager nicht an, wenn er angedreht wird, grimassiert, macht schnauzkampfartige Bewegungen mit dem Munde. Sich selbst überlassen, sitzt er in einer Ecke herum und tut nichts. Das Anziehen besorgt er selbst, ebenso isst er, wenn ihm die Speisen hingestellt werden, auf Aufforderung. Er hält sich auch rein.

6. 6. 09. Hat bisher nur zweimal spontan gesprochen. Einmal fasste er sich nach der Stirn und sagte: „Mein Kopf“. Beim zweiten Male murmelte er vor sich hin: „Ich muss auf dem Schlachthof Schweine kaufen“.

7. 6. 09. Seit heute etwas freier. Wenn man ihn anredet, blickt er den Fragenden für kurze Zeit an, dazwischen grimassiert er lebhaft. Weiss nicht, wo und wie lange er hier ist. Dass er bereits einmal hier war, ist ihm unbekannt. Arzt und Oberpfleger will er bisher nie gesehen haben. Sagt spontan: Sein Gedächtnis sei sehr schwach geworden. Es sei ihm so dumpf im Kopf. .

8. 6. 09. Ist wesentlich freier; spricht mehr. Klagt über Kopfschmerzen. Weiss noch immer nicht, wo und wie lange er hier ist. Erkennt bei jeder neuen Visite den Arzt nicht wieder.

9. 6. 09. Fühle sich sonst wohl und gesund, „nur das Gedächtnis, das Gedächtnis“. Die Zeit auf der Uhr richtig abzulesen, ist er nicht imstande.

11. 6. 09. Sucht wie beim früheren Aufenthalt die Lücken seiner Erinnerung auszufüllen, indem er sich bei seiner Umgebung erkundigt:

(Wie alt?) „Ich glaube 40“.

(Geburtstag?) —.

(Verheiratet?) „Ja“.

(Wie heisst die Frau?) „Friederike“.

(Vatersname?) „Weiss ich nicht genau. Mein Gedächtnis ist zu schwach“.

(1 Kind?) Das heisst Hugo“.

(Wie alt?) „15 muss es sein“.

Dass er früher einen Unfall gehabt hat, weiss er nicht, auch nicht, wie er diesmal hierher gekommen ist.

Gebräuchliche Gegenstände bezeichnet er richtig.

(Farbe der Blätter?) „Grün“.

(Blut?) „Rot“.

(Eis und Schnee?) „Kalt“.

(Farbe des Schnees?) „Weiss ich nicht“.

Schriftprobe: Er vermag nicht einmal seinen Namen (Karl Kimpel) richtig zu schreiben, wie die Schreibprobe (Fig. 5) zeigt. Paragraphie tritt deutlich hervor. Die Schrift ist sehr zitterig. Beim Versuch, ihn lesen zu lassen, versagt er völlig. „Mein Gedächtnis ist schlecht geworden“.

Es werden dem Pat. die Buchstaben der Leseproben vorgehalten. Er fährt mit dem Finger die Umrisse der Buchstaben nach, erkennt sie aber nicht bis auf das i, welches er benennt, indem er mit dem Finger die Linien wiederholt umzieht. Er sagt: „Den Buchstaben habe ich lesen können, in einer Stunde kann ich es nicht mehr“.

Verhindert man den Pat. daran, die ihm zum Lesen aufgegebenen Buchstaben mit dem Finger zu umziehen, gleichsam schreibend zu lesen, dann versagt er vollkommen, vermag nicht einen Buchstaben zu lesen.

Bilder werden richtig bezeichnet. Zahlenschreiben unmöglich. Zum Schreiben des i braucht er sehr lange Zeit und vergisst den i-Punkt.

#### 15. 6. 09. Lesen. Gewöhnliche Druckschrift:

Sitzt vor dem Buch, hält sich den Kopf, zeigt mit dem Finger auf das Wort, um dessen Entzifferung er sich bemüht, bringt aber nicht einen einzigen Buchstaben hervor. Ein grosses D erklärt er für C.

Fig. 5.

#### Buchstaben der Leseproben:

Fährt sich wieder nach dem Kopfe, macht viel Verlegenheitsbewegungen, bringt aber nichts heraus. Fährt die grossen Buchstaben mit dem Finger nach. Nur das kleine i erkennt er zögernd wieder, nachdem er ungefähr 10 mal mit dem Finger auf den i-Punkt hingewiesen hat.

#### Geschriebenes:

Kann ganze Worte nicht lesen. Einzelne Buchstaben: (n) erklärt den Buchstaben, nachdem er die Umrisse in der Lust umfahren hat, für ein m.

Die Farben der Buchstaben der Leseprobe benennt er richtig.

#### Aufforderungen:

Winken: +.

Drohen: +.

(Schwören): Habe ich vergessen.

(Nochmalige Aufforderung): Man muss eine Hand in die Höhe heben, wie, das weiss ich nicht.

16. 6. 09. (Schreiben): Fängt nicht am Anfang des Blattes an, sondern etwa in der Mitte desselben. Er bewegt dann den Bleistift unruhig mit den Fingern hin und her, hält sich das Papier nicht fest, macht lauter Punkte auf

das Papier, greift sich an den Kopf, den verlangten Buchstaben i bringt er jedoch nicht zustande. Nach kurzer Zeit bemerkt man einen lebhaften kleinschlägigen Tremor der Hände und Finger. Als er aufgefordert wird, eine 1 zu schreiben, macht er einen schiefen Strich, der unmöglich als 1 gedeutet werden kann. Als Pat. schliesslich gefragt wird, ob er eine „0“ schreiben könne, antwortet er nach langen vergeblichen Versuchen, „ich bin noch am Besinnen“; vermag nicht die „0“ richtig zu Papier zu bringen. Pat. äussert dabei spontan: „Ich kann mein Geschäft jetzt dran geben. Ich als Fachmann muss doch kalkulieren können“.

Lesen:

(Karl)? Nur das r richtig gelesen, durch Umfahren des Buchstabens. Die anderen Buchstaben und das Wort vermag er nicht zu lesen.

(2)? Richtig gelesen.

(100)? Mit Hilfe des Umziehens der einzelnen Zahlen werden diese richtig gelesen, die Partialeindrücke vermag er jedoch nicht zu der Zahl (100) zu vereinigen. Er liest Eins, Null, Null.

Allgemeine Orientierung und Schulkenntnisse:

(Wie heissen Sie?) „K. K.“ (richtig).

(Was sind Sie?) „Metzgermeister“.

(Wie alt sind Sie?) „40“.

(Wo sind zu Hause?) „In Essen“.

(Wo geboren?) — Nach langem Besinnen: „In Königsteele“.

(Welches Jahr haben wir?) „1908“.

(Welchen Monat haben wir?) „— Weiss ich nicht“.

(Welchen Tag im Monat haben wir heute?) „Weiss ich nicht“.

(Welchen Wochentag haben wir heute?) — „Dienstag“ (falsch).

(Wie lange sind Sie hier?) „Weiss ich nicht“.

(In welcher Stadt sind Sie?) — — — „Ein Augenblick! — — die heisst — — B — — — B — — Bonn nicht?“

(In was für einem Hause sind Sie?) — — (Nach 2 Minuten) „in der Klinik“.

(Wer sind die Leute in diesem Hause?) „Herr Dr. und sonst noch Kranke.“

(Wer bin ich?) „Ja das weiss ich nicht. Wenn ich das frage, dann sagen die Anderen mir das, aber ich vergesse es. Von Ansehen kenne ich Sie ja wohl.“

Rechenvermögen:

$1 \times 3$  /  
 $2 \times 4$  } zählt wieder an den Fingern, bringt aber keine Lösung fertig.  
 $3 \times 5$

An der grossen Tafel schreibt er die Buchstaben fast so klein, wie auf dem Papier nur 2—3 mm gross. Fordert man ihn auf, einen Buchstaben der ihm vorgezeichnet ist, nachzumalen, so schreibt er ihn auch um vieles kleiner.

Die Zahl 10 wird erst als „das ist eine 1, das eine 0“ bezeichnet. Er fährt dabei die Zahlen in der Luft nach. Nach langem Nachdenken sagt er: „Das ist eine zehn.“ Das Wort „Anna“ lautiert er richtig. Als er es aussprechen

soll, geht es zunächst nicht. Erst als er mit seinen zittrigen Bewegungen die Buchstaben nachgefahren ist, bringt er das Wort richtig heraus. Er sagt wieder selbst, ich muss mich lange besinnen, ehe ich das herauskriege. Fasst sich bei allen Versuchen an die Stirn.

Aufgefordert das Wort „Ei“ zu schreiben, schreibt er „ai“, aufgefordert ein solches zu zeichnen, macht er es richtig.

Wie man Ei schreibt, weiss er nicht.

3. 7. 09. Schriftproben: Seinen Namen schreibt er noch ebenso parapgraphisch wie am 11. 6., es kehren zum Teil dieselben Fehler wieder (Fig. 6).

10. 7. 09. In einem Text mit 5 cm grossen lateinischen Buchstaben liest er nur die e und n.

Es wird dem Patienten das kleine Alphabet an die Tafel geschrieben. Er fährt die Buchstaben erst wieder mit dem Finger nach, erkennt a richtig, b bezeichnet er als l, c als i, mit dem d kommt er nicht zustande. f wird als t bezeichnet. Neben das f wird ein t geschrieben. Patient vermag die Unterschiede zwischen beiden Buchstaben richtig anzugeben. (Der eine Buchstabe hat einen längeren Strich und eine Schleife.) Auf die Bezeichnung kommt er

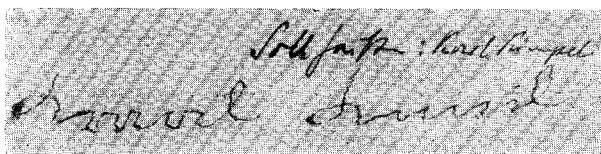


Fig. 6.

aber nicht. Als er gefragt wird, ist das nicht ein f, sagt er: „Ich weiss es nicht! Ich muss es aber glauben.“

Wenn er sich mit Nachdenken anstrengt, treten dieselben Zuckungen im Gesicht, wie früher auf.

Patient erkennt in ihm vorgelegten Bildern, meist auch kompliziertere Darstellungen, nur muss er lange nachdenken. „Erlauben Sie, dass ich mich besinne,“ sagt er.

Nach längerer Untersuchung ( $\frac{3}{4}$  Stunde):

(Jahr?) 1908.

(Monat?) „Juni.“

(Wann geboren?) „Weiss ich nicht mehr.“

(Wo geboren?) „Weiss ich nicht mehr.“

(Wo in die Schule gegangen?) —.

(Wo jetzt hier?) „In Bonn.“

(An welchem Flusse liegt Bonn?) „Der Rhein.“

(Kaiser?) „— — — Wilhelm nicht?“ Viele Verlegenheitsbewegungen.

(Wie heisst Ihre Frau mit Vornamen?) „Friederike.“

15. 7. 09. Die Wochentage? —

(Wieviel Tage hat die Woche?) „Weiss ich nicht ganz genau.“

(Wochentage?) Es werden ihm die drei ersten vorgesagt, worauf er bittet, ihm doch den Anfangsbuchstaben des nächsten zu sagen; als dies geschieht, sagt er prompt „Donnerstag“, als ihm ein F vorgesagt wird, erfolgt sofort die Antwort „Freitag“ und bei S sagt er „Sonntag“. Dass zwischen Freitag und Sonntag noch ein weiterer Tag liegt, darauf kommt er nicht.

Aufgefordert, die Zahl der Wochentage anzugeben und die eben angegebenen Wochentage zu wiederholen, versagt er von neuem.

(Monat?) Hält sich wieder den Kopf fest und macht Verlegenheitsbewegungen, kommt aber nicht auf den Namen.

(Wie viel Tage hat der Monat?) Kommt nicht darauf. Als ihm gesagt wird, die Monate hätten 31 und 30 Tage, zuckt er die Achseln und sagt, weiss ich nicht.

17. 7. 09. (Winken) +.

(Drohen) +.

(Schwören): „Weiss ich nicht, wie das ist.“

(Militärisch grüssen): Muss sich sehr lange besinnen, kommt dann darauf und macht die richtige Bewegung.

(Jahr?) „Weiss ich nicht.“

(Monat?) „Juni.“



Fig. 7.

(Der wie vierte?) Die Zahl 17 vermag er vom Kalender nicht vollständig abzulesen. Die 1 bringt er heraus, die 7 nicht. Er macht dabei ein höchst unglückliches Gesicht, stampft mit dem Fusse auf, fährt die Zahl mit dem Finger nach, hält sich den Kopf und gibt auf alle Weise zu erkennen, wie unangenehm ihm seine Unwissenheit ist.

(Schlüssel?) Besinnt sich lange, ehe er auf das Wort Schlüssel kommt.

(Schere?) „— Sche — Schere.“

(Streichholzschatzkel?) „— eine Schachtel — — ein Feuerzeug.“

(Streichholz?) „— — Streich — — da, streicht man mit — — zum zünden.“

Entlassen 22. 7. 09.

Patient hat während der ganzen Zeit dieses Krankenhausaufenthaltes täglich in methodischer Weise die eifrigsten Lese- und Schreibübungen gemacht, ohne dass ein deutlicher Fortschritt zu konstatieren ist. Spontan schreiben noch fast ganz aufgehoben.

Das Abschreiben hat sich gebessert. Das Zittern tritt jedoch in allen Buchstaben noch in sehr charakteristischer Weise hervor, wie die Schreibprobe (Fig. 7, Abschrift von: Ich Karl Kimpel bin am 31. Dezember 1866 zu Steele a. d. Ruhr geboren) zeigt.

Von körperlichen Symptomen waren bei wiederholten Untersuchungen mit Ausnahme des Zitterns, einer mässigen allgemeinen Hyperästhesie, Steigerung der Sehnenreflexe und vasmotorischer Uebererregbarkeit Abweichungen von der Norm nicht zu konstatieren. Insbesondere ergaben die Augenuntersuchungen durchaus normale Verhältnisse. Hemianopsie bestand nicht!

Die Erwerbsunfähigkeit des Patienten wurde in unserem Gutachten auf 75 Prozent taxiert und betont, dass Besserungen des Zustandes für die Zukunft anzunehmen seien.

Nach einem Fall auf den Kopf, der nur äusserliche Kontusionen zur Folge hatte, entwickeln sich bei einem früher gesunden Manne (Schlächter) psychische Störungen. Einem kurzen stuporösen Stadium folgt ein Verwirrtheitszustand von deliriöser Färbung. Patient steht Nachts auf, will auf den Viehmarkt eilen, spricht nach Art eines Beschäftigungsdelirs viel vom Ochsenschlachten. Dabei bestehen andauernd Kopfschmerzen, die Patient in illusionärer Weise deutet „er habe Bienen im Kopfe“, nach denen er hascht, indem er die Bewegungen des Fliegenfangens macht. In der Klinik erscheint Patient hochgradig verwirrt und gehemmt. Auf Fragen reagiert er zuerst garnicht, nennt nur einmal seinen Vornamen. Er greift oft mit schmerhaftem Gesichtsausdruck nach dem Kopfe. Am auffallendsten erscheint ein fast andauerndes, lebhaftes Grimassieren, welches zeitweilig an choreiforme Bewegungsunruhe erinnert.

Im übrigen ergibt die körperliche Untersuchung keine Abweichung von der Norm. Auf Nadelstiche erfolgen mitunter Abwehrbewegungen, mitunter keine Reaktion. Nach einigen Tagen fängt Patient an freier zu werden, allmählich aus diesem schlafähnlichen, benommenen Zustand zu sich zu kommen. Er zeigt sich zeitlich und örtlich unorientiert, für seinen Unfall, sowie für die Zeit, welche zwischen diesem und seiner Einlieferung in die Klinik liegt, besteht komplettte Amnesie. Die retrograde Amnesie erstreckt sich bis auf einen ca.  $\frac{1}{4}$  Jahr vor dem Unfall liegenden Zeitabschnitt. Bei der weiteren Beobachtung des Patienten tritt unter den psychischen Störungen in erster Linie eine weitgehende Störung der Merkfähigkeit hervor, welche dem Patienten die Orientierung erheblich erschwert. Den Namen der Klinik, der Aerzte, seines Aufenthalts usw. vergisst er von einem Moment zum anderen. Bei seiner nach ca. 3 Wochen erfolgenden Entlassung zeigt er sich wieder zeitlich und örtlich orientiert. Die früheren Erinnerungsdefekte dagegen bestehen in unverändelter Weise fort, während er über weiter zurückliegende Zeiten gute Auskunft geben kann. Störungen des Schreibens, Lesens oder gröbere

Ausfälle anderer, früher erworbener Kenntnisse und Fähigkeiten sind nicht vorhanden. Körperlich sind bis auf eine leichte allgemeine Hyperästhesie, sowie einer Steigerung der Sehnenreflexe keine Störungen nachweisbar.

Das eigenartige Grimassieren war mit der zunehmenden Aufhellung des Bewusstseins des Kranken immer mehr zurückgetreten, um schliesslich ganz zu verschwinden. Zu Hause fingen nach einigen freien Tagen wieder Zeichen von Verwirrtheit an hervorzutreten und sich allmählich so zu steigern, dass die erneute Aufnahme in die Klinik nötig wurde. Hier bietet Patient dasselbe Bild wie bei der ersten Aufnahme. Er ist verwirrt, gehemmt, grimassiert lebhaft, jammert über Kopfschmerzen. Es treten dieselben wahnhaften Vorstellungen „er müsse auf dem Schlachthofe Schweine kaufen“ in den Vordergrund. Mit der langsam eintretenden Aufhellung des Bewusstseins werden wieder in erster Linie Klagen über Abnahme des Gedächtnisses von dem Patienten vorgebracht. Es besteht angeblich völlige Amnesie für die Zeit des ersten Krankenhausaufenthalts; die Aerzte, das Pflegepersonal erkennt Patient nicht wieder, behauptet, dieselben noch niemals gesehen zu haben. Die früher angegebenen Erinnerungsdefekte bestehen unverändert fort. Seinen Namen gibt er richtig an, über seine weiteren Personalien und Familienverhältnisse vermag er nur zum Teil richtige Angaben zu machen. Falsche oder ungenaue Angaben motiviert und entschuldigt er mit seinem kranken Gedächtnis. „Ich vergesse Alles, kann nichts behalten“. Ueber seine augenblickliche Lage sucht er sich, wie bei der ersten Aufnahme, durch fortwährendes Befragen der Mitkranken und des Pflegepersonals zu orientieren, doch hat er in der Regel schon im nächsten Moment wieder das Vorgesagte vergessen.

Er erscheint zeitlich und örtlich fast andauernd nur ungenau orientiert. Alle Fragen beantwortet er ausserordentlich langsam, zögernd, unsicher. Bei den leichtesten Rechenaufgaben versagt er, versucht vergeblich Rechnungen aus dem kleinen Einmaleins mit Zuhilfenahme der Finger zu lösen. Sobald er sich bei diesen Versuchen längere Zeit anstrengt, tritt das in der Ruhe völlig verschwundene Grimassieren wieder bald schwächer, bald stärker hervor. Zu gleicher Zeit macht sich ein lebhafter Tremor der Hände bemerkbar, an dem sich mitunter auch der Kopf beteiligt. Patient macht andauernd einen leicht benommenen, gehemmten Eindruck.

Die auffallendsten Störungen treten bei den Lese- und Schreibversuchen des Patienten hervor. Es besteht eine fast vollständige Alexie. Seinen eigenen Namen vermag er nicht zu

lesen. Mitunter gelingt das Lesen einzelner Buchstaben und Zahlen, wenn Patient die Umrisse derselben langsam und wiederholt mit dem Finger umzieht.

Es ist ihm unmöglich, auch wenn er einzelne Buchstaben und Zahlen auf diese Weise richtig angibt, dieselben zu einem Worte oder zu einer zusammengesetzten Zahl zu verbinden. Er versucht dann lautierend wie ein lernendes Kind zu lesen, vermag die Partialeindrücke aber nicht zu einer Gesamtauffassung zu verbinden. Es handelt sich also um verbale und literale Alexie.

Bei den Leseversuchen ist deutlich ersichtlich, dass er die Formen der Buchstaben sieht, auch verschiedene Farben der Buchstaben der Leseproben richtig erkennt. Eine Sehstörung ist nicht vorhanden, die Unfähigkeit zu lesen, beruht vielmehr darauf, dass er die Bedeutung der einzelnen Schriftzeichen vergessen hat. Während einzelne „Verlesungen“, die vorkommen, wenn er z. B. immer wieder ein e als i bezeichnet, auf einer Ungenauigkeit der Wahrnehmung zu beruhen scheinen, kann man bei anderen Fehlreaktionen feststellen, dass, obwohl die Unterschiede zweier Buchstaben richtig wahrgenommen und angegeben werden, die richtigen Bezeichnungen für dieselben fehlen. Auch durch Vorsagen gelingt es in diesem Falle nicht, das verloren gegangene Erinnerungsbild zu erwecken.

Wenn man Patienten durch Festhalten der Hände daran verhindert, die Umrisse der Buchstaben zu umziehen, also gleichsam schreibend zu lesen, dann versagt er vollkommen und vermag keinen Buchstaben richtig zu benennen. Er gerät hierbei in ängstliche Erregung, fängt an zu zittern, hält sich den Kopf, macht Verlegenheitsbewegungen, gibt durch sein Benehmen auf das Deutlichste zu erkennen, wie peinlich ihm diese Störung ist. Auch die Fähigkeit zum Schreiben ist hochgradig gestört. Worte kann er nicht schreiben. Einzelne Buchstaben, besonders das i vermag er mitunter nach langem Besinnen zu schreiben, vergisst dabei aber in der Regel den i-Punkt. Zahlen schreibt er gar nicht oder gibt an ihrer Stelle unleserliche Zeichen wieder. Seinen Namen schreibt er bei wiederholten Versuchen stets ausgesprochen paragraphisch, indem er Buchstaben versetzt, falsche Buchstaben oder unverständliche Kritzeln zu Papier bringt (Fig. 5 und 6). Ein gewisser Grad von Perseveration ist bei diesen Fehlreaktionen zu konstatieren (vergl. Abbildungen). Das Wort „Ei“ ist er nicht im Stande, richtig zu schreiben, dagegen zeichnet er auf Aufforderung die Form eines Eies richtig an die Wandtafel.

Besser wie das Spontanschreiben ist das Kopieren erhalten. Durch methodische Uebungen besserte sich diese Fähigkeit soweit, dass Patient bei seiner Entlassung bereits kleine Sätze ohne gröbere Fehler abschreiben konnte (Fig. 7). Ausserordentlich gestört ist das Schreiben durch den bei allen Schreibversuchen in verstärktem Grade auftretenden feinschlägigen Tremor, der seinen Schriftzeichen ein ausgesprochen zitteriges Gepräge verleiht (Fig. 7).

Eigentümlich ist die Neigung des Patienten, auch an der grossen Tafel bei seinen Schreibversuchen winzig kleine Schriftzeichen zu gebrauchen, die an die Erscheinungen der sogenannten Mikrographie (Bödeker-Pick) erinnert, ohne jedoch mit ihr identisch zu sein.

Aphatische Störungen treten im Vergleich zu dieser ausgesprochenen Alexie und Agraphie durchaus in den Hintergrund. Das Wortverständnis ist völlig intakt. Die einzige Störung der Sprache besteht in einer bei einer Reihe von Untersuchungen hervortretenden Erschwerung der Wortfindung bei Benennung konkreter Gegenstände, die mitunter soweit geht, dass Patient für gebräuchliche Dinge wie Streichhölzer Umschreibungen „da streicht man mit, zum zünden“ wählen muss. Diese amnestisch-aphasischen Symptome sind nur ganz vorübergehend nachweisbar, treten als eine inkonstante Erscheinung bei grösserer Ermüdung des Kranken hervor. Vielleicht als „Vorbeireden“ aufzufassende Antworten kommen in den sprachlichen Aeusserungen des Patienten nur vereinzelt zum Ausdruck, spielen in dem vorliegenden Krankheitsbilde keine wesentliche Rolle. Das Erkennen und Benennen von Gegenständen, Bildern usw. ist nicht gestört, erfolgt nur häufig sehr langsam, nach vielem Besinnen.

Apraktische Störungen kommen bei einfachen gebräuchlichen Ausdrucksbewegungen nicht zur Beobachtung.

Bei weniger eingübten Bewegungen (Schwören, militärisch Grüßen usw.) versagt Patient mitunter oder führt die Aufgaben erst nach langem Zögern und Besinnen aus.

Mit Ausnahme der geschilderten Reizerscheinungen (Tremor, allgemeine Hyperästhesie, leichte Steigerung der Sehnenreflexe) fehlen andauernd alle somatischen Erscheinungen einer Erkrankung des Zentralnervensystems.

Es handelt sich in diesem Falle um einen auf traumatischer Basis entstandenen Zustand von traumhafter Bewusstseinstrübung, der nach eingetretener Aufhellung des Sensoriums, bald ohne besondere äussere Veranlassung rezidiviert und eine Reihe von Ausfallserscheinungen, unter denen neben weitgehenden Gedächtnisstörungen, Alexie und Agraphie den ersten Platz einnehmen, zur Folge hat. Die

Eigenart des Symptomenkomplexes in Verbindung mit der Aetiologie und dem Verlauf des Falles weisen darauf hin, dass wir es mit einer traumatischen Hysterie zu tun haben, auf deren Boden sich das ungewöhnliche Krankheitsbild entwickelt hat.

#### 4. Fall.

Am 20. Februar 1907 wurde der 27jährige Hauer M. in die psychiatrische Klinik zur Begutachtung des Grades seiner Erwerbsunfähigkeit aufgenommen.

M. hatte am 20. März 1906 durch einen herabfallenden Stein eine Schädelbasisfraktur und Hautquetschungen an verschiedenen Stellen des Rumpfes und der Extremitäten erlitten. Er soll drei Tage bewusstlos gewesen sein. Lähmungserscheinungen an einem Aste des l. N. facialis und des r. N. Abducens, die infolge der Basisfraktur aufraten, bildeten sich in kurzer Zeit völlig zurück. Andauernd blieben Klagen über Schwindel, Ohnmachtsgefühl, Kopfschmerzen, Schwäche des Seh- und Hörvermögens bestehen. Wiederholte von Spezialärzten ausgeführte Untersuchungen konnten Veränderungen an den Augen und Ohren, welche letztere Erscheinungen erklärten, nicht feststellen. Es wurde auch konstatiert, dass die bei verschiedenen Prüfungen von dem Verletzten angegebene Schwäche des Sehens und die Schwerhörigkeit bei abgelenkter Aufmerksamkeit des Kranken verschwanden. Die Frau des Patienten berichtete, der früher völlig gesunde, lebhafte und tüchtige Mann habe seit dem Unfall jedes Orientierungsvermögen verloren, dürfe das Haus nicht mehr verlassen. Er gebärde sich ganz blöde, mitunter seien Anfälle von Bewusstlosigkeit bei ihm aufgetreten.

Die in der Klinik von uns ausgeführte körperliche Untersuchung ergab mit Ausnahme einer leichten Steigerung der Sehnenreflexe, Zitterns der Hände und der Zunge, sowie einer mässigen, sich bei Bewegungen und Explorationen steigernden Tachykardie, keine Abweichungen von der Norm. Anfälle von Bewusstlosigkeit oder Krämpfe konnten von uns nicht konstatiert werden.

Eine genaue Prüfung der Sensibilität war bei dem psychischen Verhalten des Patienten nicht möglich; gröbere Störungen waren nicht vorhanden. Eigenartig ist der allgemeine Eindruck, den man von dem psychischen Verhalten des Patienten bei den verschiedensten Explorationen erhält.

Bei dem Versuch mit dem Patienten ein Gespräch zu beginnen, zeigt sich sehr bald, dass er den meisten Fragen und Aufrägen ratlos gegenübersteht. Eine Antwort erfolgt in der Regel nur bei öfteren Wiederholungen einer Frage. Der Gesichtsausdruck des Patienten zeigt dabei den höchsten Grad von Ratlosigkeit und Verlegenheit, er bewegt die Lippen, setzt wiederholt an, um dann endlich ein einzelnes Wort hervorzustossen. Legt man ihm mehrere Fragen hintereinander vor, dann bleibt er sehr bald jede Antwort schuldig. Ähnlich verhält es sich bei Aufforderungen. Wenn man dieselben nicht mit entsprechenden Gesten begleitet, durch welche die Ausführung des Auftrages angedeutet wird, bringt er sie nur selten zustande. Dass an dieser Störung nicht eine vielleicht bestehende geringe Herabsetzung des Gehörvermögens Schuld

ist, ist leicht daraus ersichtlich, dass mitunter schon ganz leise gesprochene Aufforderungen verstanden und richtig befolgt werden.

Die Reaktion des Patienten bei allen Modifikationen der Untersuchung ist stets die gleiche. Man erkennt an seinem ganzen Gebaren, dass er die meisten der an ihn gerichteten Aufgaben versteht, er kommt aber über die ersten Anfänge der Lösung häufig nicht hinaus. Oft verfolgt Patient die Bewegungen des Untersuchers wie ein neugieriges Kind, dem seine ganze Umgebung fremd ist.

Eine Reihe der von uns geführten Untersuchungsprotokolle gibt das eigenartige Verhalten des Patienten am besten wieder:

20. 2. 07. Einfache Aufforderungen: Aufstehen, Hinsetzen, Augenschliessen und Öffnen, mit der Hand an die Nase fassen, werden befolgt, doch ist Patient sehr unsicher, sieht den Untersuchenden erst lange an, lässt sich die Aufforderung mehrfach wiederholen, führt sie dann schliesslich unbeholfen aus. Vorgelegte Gegenstände:

Name:	Gebrauch:
(Säge?): —	(Zum Schneiden) zeigt den Gebrauch.
(Hammer?): —	Er wird aufgefordert, ihn in die Hand zu nehmen, tut das nicht. Der Hammer wird ihm in die Hand gegeben, und Patient wird aufgefordert, den Gebrauch zu zeigen. Patient dreht den Gegenstand verlegen in der Hand herum; bei wiederholter Aufforderung setzt er einmal die Bewegung des Hämmerns richtig an, vollendet sie jedoch nicht, sondern sieht Referenten ratlos an.
(Kanone?): —	Fährt damit hin und her.
Nach mehrmaligem Ansetzen „Wagen“.	
(Flasche?): —	Gebrauch zeigt er nicht. Es wird ihm vorgemacht, wie man die Flasche an den Mund setzt. Er wiederholt es nicht, sondern dreht die Flasche ratlos zwischen den Fingern.
(Tisch?): —	

#### Aufforderungen.

An die Nase fassen: Es bedarf fünfmaliger Wiederholung der Aufforderung, ehe sie zögernd und ausserordentlich langsam in 80 Sekunden ausgeführt wird.

Zunge zeigen: Der Auftrag wird nach mehrmaliger Aufforderung ausgeführt. (Dauer 9 Sekunden.)

Den auf dem Tische liegenden Federhalter in die Hand nehmen: (Wird 15 mal wiederholt) — nach 31 Sekunden, nachdem vom Arzt mit dem Finger der Gegenstand bezeichnet wurde, hebt Patient denselben auf.

Seinen Namen schreiben: Wird in 1 Minute 49 Sekunden richtig ausgeführt.

Weitere Versuche, den Patienten zum Schreiben zu bewegen, misslangen. Ebensowenig war er zum Lesen und Nachsprechen einfacher Worte zu bewegen. Patient macht die grössten Anstrengungen, bewegt die Lippen, bringt aber nicht einen Laut hervor.

Bei längerer Fortsetzung der Exploration gerät Patient in solche Erregung, dass er am ganzen Leibe zittert.

An manchen Tagen, an denen er durch Gesten besonders viel über Kopfschmerzen und Schwindel klagt, sind Antworten überhaupt von ihm nicht zu erzielen. Patient wurde am 24. 3. 07 entlassen.

Wiederaufnahme zur erneuten Begutachtung am 21. 10. 07.

25. 10. 07. Körperlich bietet Patient denselben Befund wie bei der ersten Aufnahme. Auch das psychische Verhalten ist, wie die folgenden Protokolle zeigen, im wesentlichen dasselbe geblieben.

Zeigen Sie die Zunge: Patient macht kauende Bewegungen. Beim Zeigen eines 5-Pfennigstückes kaut Patient zuerst und sagt endlich 5.

Bei der Aufforderung die Hand zu geben, zuckt er mit der Hand, gibt dieselbe aber nicht. Seinen Namen nennt er richtig, nachdem er zuerst wieder kauende Bewegungen gemacht hat.

Auf die Aufforderung, die Augen zu schliessen, macht er sie ganz langsam zu.

6. 11. 07. Gibt den Nachnamen an, kommt aber auf den Vornamen nicht.

#### Gegenstände benennen:

(Hut?): Besinnt sich lange, bewegt dann die Lippen, bringt schliesslich leise, immer wieder ansetzend, den Anlaut des Worts heraus. Das ganze Wort kommt nicht zustande.

(Schlüssel?): Auch dabei bringt er nur die erste Silbe vor. Viel Verlegenheitsbewegungen auch mit den Händen.

(Blumentopf?): Patient versagt ganz.

#### Aufforderungen:

(Hand geben): Ohne, dass ihm eine Hand entgegengestreckt wird, gelingt die Befolgung der Aufforderung nicht. Er scheint aber den erteilten Auftrag verstanden zu haben, denn er macht nach längerem Zögern wieder Verlegenheitsbewegungen mit den Händen; sieht auf dieselben, bringt jedoch die verlangte Bewegung nicht ganz zustande.

(Zunge zeigen): Macht Mundbewegungen.

(Hin- und Hergehen): Auch dieser Aufforderung steht er ratlos gegenüber.

(Auf den Stuhl setzen): Blickt auf den neben ihm stehenden Stuhl; erst als man ihn auf denselben niederdrücken will, setzt er sich langsam.

Wenn man die Aufforderungen mit Gesten begleitet, gelingt die Befolgung einzelner derselben besser. Die ersten Ansätze zur Handlung erfolgen früher, der Auftrag (Zunge zeigen, Hand geben usw.) wird ganz ausgeführt.

(Lesen): Misslingt heute ebenso wie früher. Er bewegt die Lippen, bringt aber kein Wort heraus.

(Farben bezeichnen: rot, blau): Kommt trotz minutenlangen Ueberlegens nicht auf die Bezeichnungen.

Gegenstände bezeichnen:	Namen:	Gebrauch
(Meissel):	—	+
(Hammer):	+	+
(Zange):	+	+
(Säge):	—	+
		zum Schneiden
(Fahrkarte):	Bill . . . .	—
	weiter kommt er nicht	
(Kreide):	—	+
		zeigt, dass man damit schreibt
(Zucker):	Zucker	in den Kaffee

#### Bilder bezeichnen:

Mann, Frau, Flasche, Hirsch, Pferd, Kuh, Vogel u. a. werden ihm sämtlich mit dem gleichen negativen Erfolge gezeigt. Er kann keins davon bezeichnen.

(Wie heissen Sie?) Richtig.

(Vorname?) „Franz.“

(Wie alt?) Setzt viermal an, die richtige Antwort erfolgt leise und stockend.

(Jetzt Sommer oder Winter?) Antwortet darauf: „Kalt“.

(Wer Referent?) Erst als er gefragt wird, ob Referent ein Dr. sei, nickt er bestätigend: „Doct. —“

#### Aufforderungen ohne optische Hilfe:

(Aufstehen) +.

(An die Türe gehen): Zeigt hin, bleibt nach einer Weile stehen, ehe er zögernd zur Tür geht.

(Zurückkommen): Befolgt die Aufforderung erst nach längerem Zögern, indem er einige Schritte vorwärts macht.

(Auf den Stuhl setzen): Zeigt erst wieder fragend nach dem Stuhl, geht ganz langsam, immer wieder stehen bleibend, auf denselben zu; kommt aber nicht bis hin, obwohl der Auftrag 3 Minuten lang fortwährend wiederholt wird.

#### Aufforderungen mit optischer Hilfe:

(Hinsetzen): Nach der zweiten Aufforderung +.

(Gegenstand in die Hand nehmen) +.

(Gegenstand zurückreichen) +.

(Buch aufschlagen): Geht schon viel langsamer, es bedarf dazu siebenmaliger Wiederholung des Auftrages.

(Würfeln): Wirft den Würfel verständnislos hin.

(An die Nase fassen) +.

Ueberall tritt aber auch hier eine deutliche Unsicherheit zu Tage. Patient sieht den Arzt immer ängstlich und zweifelnd an, er ist offenbar nie sicher, ob er den Auftrag richtig zur Ausführung bringt.

Zittern der Hände und des Kopfes tritt nach viertelstündiger Untersuchung ein. Puls nach halbstündiger Exploration 120.

13. 11. 07. Die im Tagesraum erteilte Aufforderung „gehen Sie ins Bett“ wird heute ziemlich prompt befolgt. Patient begibt sich sofort in sein Zimmer und zieht sich ziemlich schnell und geschickt aus. — Sobald man mit dem Patienten längere Zeit spricht, steigt die Pulszahl auf 100 und mehr.

14. 11. 07. Es werden dem Patienten heute grosse Tierbilder (ca. 25 cm gross) gezeigt. Bei mehreren derselben (Ente, Hahn) gibt er durch Geste zu erkennen, dass ihm dieselben bekannt vorkommen, die Bezeichnung bringt er aber trotz wiederholter Ansätze nicht heraus.

Am 19. 11. 07 wurde Patient entlassen und in dem Gutachten für zurzeit völlig erwerbsunfähig erklärt, doch weitere Nachuntersuchungen anempfohlen, da Besserungen nicht auszuschliessen seien. Unsere katamnestischen Nachfragen sind bisher nicht beantwortet worden.

In diesem Fall liegt eine schwere Schädelverletzung (Schädelbasisfraktur) vor, die von ausgesprochen zerebralen Symptomen (dreitägiger Bewusstlosigkeit) begleitet war. Nach Heilung der als unmittelbare Folge der Basisfraktur aufgetretenen Parese eines Facialisastes und eines N. abducens, bleiben neben einer Reihe nervöser Störungen (Schwindel, Kopfschmerzen, Zittern, Steigerung der Sehnenreflexe, Uebererregbarkeit des Herznervensystems, vorübergehende Störungen des Sehens und Hörens), weitgehende psychische Veränderungen zurück, unter denen Erscheinungen der Hemmung in den Vordergrund treten. Diese Hemmungserscheinungen machen sich besonders in der Erschwerung oder Aufhebung der Befolgung der einfachsten Aufforderungen und in den entsprechenden Störungen bei dem Versuch gebräuchliche Gegenstände zu benennen, bemerkbar. Aufforderungen „an die Nase zu fassen, Zunge zu zeigen, eine Feder aufzunehmen“ werden erst nach zahlreichen Wiederholungen befolgt. Zum Schreiben seines eigenen Namens braucht Patient 1 Minute 49 Sekunden! Aufträge „zu geben, sich zu setzen, aufzustehen usw.“ werden ausserordentlich langsam, unsicher, zögernd befolgt. Mitten in der Ausführung einer begonnenen an sich richtigen Bewegung, bleibt er stecken, kommt nicht oder erst verspätet zur Vollendung derselben. Mitunter ist Patient überhaupt nicht imstande, einer einfachen Aufforderung nachzukommen, selbst wenn man ihm durch Zeichen die betreffende optische Hilfe gibt. In der Regel gelingt es durch Vormachen der aufgetragenen Bewegung oder durch den mündlichen Auftrag begleitende Gesten die Ausführung dem

Patienten wesentlich zu erleichtern resp. zu ermöglichen. Dabei lässt sich aus Andeutungen der aufgetragenen Bewegungen, die der Kranke macht, oft erkennen, dass die Aufgabe verstanden worden ist. Der ängstliche besorgte Gesichtsausdruck, die mannigfachsten Verlegenheitsbewegungen, das Auftreten von Zittern bei den Anstrengungen, die ihm die Explorationen verursachen, zeigen deutlich, dass Patient bemüht ist, die ihm gestellten Aufgaben zu lösen. Das Verhalten des Patienten gibt uns sichere Anhaltspunkte dafür, dass nicht Schwerhörigkeit oder Worttaubheit die Ursache der Störung ist, eine Annahme, zu der man bei oberflächlicher Beobachtung vielleicht gelangen könnte.

Ganz ähnliche Hemmungserscheinungen machen sich bei dem Benennen von Gegenständen bemerkbar. Patient bringt bei diesen Versuchen nicht selten nur die erste Silbe, oder den Aulaut des Wortes heraus, dann versagt er. So sagt er bei dem Vorzeigen einer Fahrkarte „Bil“, eines Schlüssels „Schlü“, einés Hutes „H —“ weiter kommt er nicht.

Bei anderen Versuchen scheint es sich mehr um amnestische Defekte zu handeln; Patient kommt nicht auf den Namen des zu bezeichnenden Gegenstandes, gibt aber durch Gesten zu verstehen, dass ihm Gegenstände, die er nicht benennen kann, bekannt vorkommen, dass er dieselben erkennt, oder er zeigt, dass er den Gebrauch des ihm vorgelegten Objektes kennt, indem er dasselbe richtig anwendet z. B. mit der Kreide schreibt, mit dem Hammer hämmert, resp. den Gebrauch zu umschreiben sucht, wenn er aufgefordert eine Säge zu benennen. sagt „zum Schneiden“, Zucker „zum Kaffee“ benennt usw. Bei einer Reihe von Gegenständen, die er nicht bezeichnen kann, ist er auch nicht imstande den Gebrauch anzugeben, es ist ihm offenbar der Sinn, der Begriff mancher Objekte, verloren gegangen; so dreht er eine Flasche ratlos zwischen den Fingern, hantiert ganz verständnislos mit Würfeln, erkennt eine kleine Kanone nicht als solche.

Die Bezeichnung von bildlichen Darstellungen ist im allgemeinen noch mangelhafter als die der Objekte selbst, er vermag die bezeichnenden Worte nicht zu finden, obwohl er mitunter durch Gesten zu verstehen gibt, dass ihm die Bilder bekannt vorkommen. Das Benennen ihm vorgelegter Farben ist nicht möglich, die Versuche ihn lesen und schreiben zu lassen, misslingen fast völlig. Nur seinen eigenen Namen vermag er nach langem Bemühen sehr ungeschickt und zitterig zu schreiben.

Paraphrasische Benennungen kommen nicht vor. Das Symptom des Perseverirens macht sich nicht bemerkbar, wie überhaupt Falsch-

benennungen gegenüber einem mehr oder weniger völligen Versagen bei unseren Explorationen durchaus in den Hintergrund treten. Falschbenennungen, die sicher als Vorbeireden aufzufassen sind, begegnen uns in den geführten Protokollen nicht.

Bei allen unseren Versuchen macht sich eine grosse Ermüdbarkeit des Kranken geltend, so dass die zu verschiedenen Zeiten vorgenommenen Untersuchungen ein wechselndes Resultat ergeben. Die Ausfallserscheinungen sind keineswegs, was die Schwere und Ausdehnung derselben anbetrifft, ganz konstant. Neben besseren Stunden finden wir solche, in denen Patient völlig versagt, Antworten von ihm überhaupt nicht zu erzielen sind. Seinen Vornamen gibt er an einem Tage prompt an, während er sich an einem anderen Tage nicht auf denselben besinnen kann.

Es handelt sich bei dem Kranken im wesentlichen um Hemmungserscheinungen, welche die Auffassung und Reproduktion sehr erschweren. Wie weit das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, der Vorstellungslauf im einzelnen gelitten haben, lässt sich bei dem psychischen Verhalten des Patienten, welches eine eingehende Analyse ausserordentlich erschwere, nicht mit Sicherheit sagen. Das Verhalten des Patienten bei dem Geben von „optischen Helfern“, sowie die „amnestisch-aphasischen“ Erscheinungen weisen darauf hin, dass Gedächtnisstörungen unter den Ursachen der Ausfallserscheinungen eine wichtige Rolle zukommt. Ob es sich um dauernde oder wieder ausgleichbare Ausfallserscheinungen handelt, lässt sich zurzeit noch nicht mit Sicherheit sagen. Der Umstand, dass mit zeitweiligem Nachlass der Hemmungen die Erinnerungsbilder wieder aufzutauchen scheinen, spricht mehr für die Annahme einer, wenn auch vielleicht nur teilweise wieder ausgleichbaren Störung.

---

Fassen wir die Krankheitsbilder, wie sie sich nach unseren Beobachtungen darstellen, zusammen: Es handelt sich in allen vier Fällen um Folgeerscheinungen von Kopfverletzungen jugendlicher oder im kräftigen Mannesalter stehenden Personen, bei denen Zeichen von Arteriosklerose nicht nachweisbar sind. In zwei Fällen (Beobachtung 1 und 4) hatte eine Schädelbasisfraktur stattgefunden, in einem Falle (Beobachtung 2) werden die Erscheinungen einer Commissio cerebri mit längere Zeit dauernder Bewusstlosigkeit angegeben, während in Beobachtung 3 anscheinend nur eine leichtere Erschütterung bei Fall auf den Hinterkopf eingewirkt hatte. Die unmittelbaren Folgeerscheinungen der Kopfverletzungen bilden sich in allen Fällen bald zurück, während eine Reihe nervöser Symptome bestehen bleibt. Ein Teil derselben ent-

spricht dem Bilde der traumatischen Neurose, zeigt eine Mischung neurasthenischer und hysterischer Symptome. Unter den Allgemeinerscheinungen nehmen Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schlaflosigkeit die erste Stelle ein. Von körperlichen Symptomen finden wir Steigerung der Sehnenreflexe, abnorme Erregbarkeit des Herzervensystems und Zittern, welches sich bei psychischen Erregungen zu Schüttelanfällen steigert, Erscheinungen, denen sich in den drei ersten Fällen neben sensorischen Ausfalls- und Reizerscheinungen ausgesprochene Störungen der Sensibilität in Gestalt einer vollständigen Anästhesie (Beobachtung 1), einer Hemianästhesie (Beobachtung 2) und einer allgemeinen Hyperästhesie (Beobachtung 3) der Haut zugesellen. In Fall 2 besteht ausserdem eine halbseitige motorische Lähmung psychogener Natur, in Fall 1 tritt mitunter bei psychischer Erregung eine artikulatorische Sprachstörung vom Charakter des „hysterischen Stotterns“ [Auerbach<sup>1</sup>], Oppenheim, Bruns] in die Erscheinung. Mit diesen somatischen Erscheinungen der Hysterie verbinden sich in Beobachtung 2 und 3 psychische Veränderungen in Gestalt eigenartiger Störungen des Bewusstseins, die wir nach ihren Symptomen, Entstehung und Verlauf als hysterische Dämmerzustände bezeichnen müssen. Es handelt sich in Beobachtung 2 um einen Dämmerzustand, der ausgezeichnet ist durch seine ungewöhnlich lange Dauer und durch die auffallenden Schwankungen in der Intensität der Bewusstseinstrübung. Der Fall gehört zu den protrahierten Formen des hysterischen Dämmerzustandes, wie er von Jolly, Hey, mir u. a. beschrieben worden ist und entspricht wohl am meisten dem von Kräpelin<sup>2</sup>) erwähnten Typus hysterischer Geistesstörung, bei der sich eine „unabsehbare Kette“ von Dämmerzuständen viele Monate, selbst über ein Jahr lang, fortsetzen kann. Die einzelnen Phasen des protractierten Dämmerzustandes in unserer Beobachtung waren ebenso wie die Dauer der sie trennenden freieren Zeiten von sehr verschieden langer Dauer. Oft wechselten fast unvermittelt Stunden tiefer traumhafter Verwirrtheit oder eines stuporösen Verhaltens mit Zeiten ab, in denen mit Ausnahme eines vielleicht als etwas „verträumt“ zu bezeichnenden Wesens, von einer Bewusstseinstrübung bei dem Patienten nichts mehr zu konstatieren war. Zu anderen Malen war das Abklingen der Verwirrtheit, der Uebergang in ein dem Normalen nahestehendes Verhalten, ein mehr allmähliches.

Inhaltlich überwiegen in den Delirien Wahnideen und Sinnes-

1) Traumatische Neurose und Sprachstörung. Monatsschrift für Psych. und Neurologie. Band XVII.

2) Lehrbuch. 7. Aufl. S. 702.

täuschungen ängstlichen, erschreckenden Charakters, die fast ausnahmslos an den erlittenen Eisenbahnunfall anknüpfen. Um dieses affektbetonte Erlebnis gruppieren sich die Vorstellungen und treten in ganz ähnlicher Weise immer wieder in den Vordergrund der Delirien. Wir haben es hier mit „Delirien des affektiven Gedächtnisses“ zu tun, wie sie von Gianulli<sup>1)</sup>, mir<sup>2)</sup> u. a. beschrieben worden sind. Unsere Beobachtung 2 bestätigt unsere früheren Beobachtungen, dass zwischen dem Inhalt der Delirien und dem Vorstellungskreis in den intervallären Zeiten ein enger Zusammenhang besteht. Die von unserem Kranken auch in den freien Zeiten geäusserten Wahnideen knüpfen fast ausschliesslich an den erlittenen Eisenbahnunfall und seine Folgen an.

Mitunter stellt der Inhalt der Delirien dieses Kranken zusammenhängende Erlebnisse mit abenteuerlichen, phantastischen Einzelheiten dar, die er dann nicht ohne Humor vorzubringen pflegt. Während in diesem Fall ein sehr lebhafter Wechsel der Intensitätsgarde der Bewusstseinstrübung das Krankheitsbild beherrscht, klingt in Beobachtung 3 ein längerer sich an das Trauma anschliessender Dämmerzustand allmählich ab, macht einem anscheinend normalen Verhalten Platz, um dann ohne nachweisbare äussere Veranlassung zu rezidivieren. Bemerkenswerterweise tauchen in diesem Rezidiv nicht nur dieselben Beschäftigungsdelirien und Wahnideen auf, die während des ersten Dämmerzustandes im Vordergrund gestanden hatten, es treten auch dieselben motorischen Erscheinungen in Gestalt eines lebhaften, an choreiforme Bewegungsunruhe erinnernden Grimassierens wieder auf. Dieses sich mit fast „photographischer Treue“ änelnde äussere Verhalten während der Zeit der auf hysterischer Basis entstandenen Bewusstseinsstörungen, welches für viele epileptische Dämmerzustände so charakteristisch ist, muss besonders hervorgehoben werden.

Die Gesamtheit der bisher geschilderten somatischen und psychischen Symptome kennzeichnet unsere Beobachtungen wohl hinreichend als Fälle traumatischer Neurose. Von der „Dementia posttraumatica“ (Köppen) unterscheiden sie sich durch das Nichtvorhandensein des gleichmässig stumpfen apathischen Wesens, durch die gute Krankheitseinsicht unserer Kranken, durch ihr eifriges Bemühen die bestehenden Defekte auszugleichen; auch fehlt unseren Fällen der progrediente Charakter, den viele Beobachtungen „posttraumatischer Demenz“ bis zu einem gewissen Grade zeigen. Unsere Fälle teilen mit den Symptomen

1) Monatsschrift für Psych. und Neurologie. 1901. Band IX. S. 104.

2) Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1904. Nr. 1. S. 16.

der „Dementia posttraumatica“ die Erschwerung aller psychischen Vorgänge, vor allem fallen die sehr weitgehenden Störungen des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit aus dem Rahmen der Mehrzahl der Fälle traumatischer Neurose heraus.

Wenden wir uns zunächst den Störungen der Merkfähigkeit zu, für deren Prüfung und Beurteilung uns die fortgesetzte tägliche Beobachtung unserer Kranken wertvolle Anhaltspunkte gibt.

Das Benehmen der Kranken, unsere zahlreichen Explorationen lassen erkennen, dass hochgradige Beeinträchtigung der Merkfähigkeit in allen Fällen vorliegt. Die Kranken zeigen weitgehende Defekte der Orientierung in örtlicher und zeitlicher Hinsicht. Sie sind nach wochenlangem Aufenthalt in der Klinik noch nicht imstande sich in den Räumen derselben zurechtzufinden, wissen nicht, in welcher Stadt sie sich befinden, es ist ihnen nicht möglich den Namen des behandelnden Arztes zu behalten, auch wenn derselbe ihnen täglich genannt wird; sie vergessen, ob sie eine Mahlzeit schon eingenommen haben, verwechseln die Tageszeiten, sind nicht imstande ihnen zum Merken aufgegebene drei- oder vierstellige Zahlen nur für Minuten zu behalten. Unter bestimmten Umständen vermögen die Kranken selbst ihren eigenen Namen, wenn sie nach ihm gefragt werden, nicht zu nennen. Charakteristisch hierfür ist es, dass einer unserer Kranken (Fall 1) stets einen Zettel mit seinem Namen in der Uhr bei sich trug.

Bei den Schreibe- und Leseversuchen machen sich die Störungen der Merkfähigkeit in störender Weise in fortwährendem Auslassen und Wiederholen von Buchstaben und Worten sowie in der Unfähigkeit den Sinn des Gelesenen zu verstehen, bemerkbar. Die Kranken haben die ersten Worte bereits vergessen, wenn sie die folgenden zu lesen versuchen. Diese sehr erheblich herabgesetzte, zeitweilig anscheinend fast völlig aufgehobene Merkfähigkeit, bedingt es, dass die von uns beobachteten Krankheitsbilder in mancher Hinsicht an den von Kalberlah<sup>1)</sup> zuerst beschriebenen Korsakowschen Symptomenkomplex bei akuter Kommotionspsychose erinnern. Krankheitsbilder, für welche E. Meyer<sup>2)</sup>, Reichardt<sup>3)</sup>, Heilbronner<sup>4)</sup>, Berliner<sup>5)</sup>, M. Sommer<sup>6)</sup> u. a. weitere klinische Beiträge geliefert haben.

1) Ueber die akute Kommotionspsychose. Zugleich ein Beitrag zur Aetiologye des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Dieses Archiv Bd. 38. S. 402.

2) Neurol. Zentralbl. Bd. 1904. No. 5.

3) Zeitschr. f. Psych. Bd. 61.

4) Münchener med. Wochenschr. 1905. No. 49 und 50.

5) Sommers Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. III. Bd. Heft 4. 1908.

6) Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. 22.

Besonders scheinen unsere Beobachtungen 2 und 3 diesen Fällen nahezustehen, da in ihnen neben den Kardinalsymptomen der Korsakowschen Psychose, der Merkschwäche und Desorientierung, auch Erscheinungen vorkommen, die leicht mit Konfabulationen verwechselt werden können. Ich glaube jedoch, dass die phantastisch gefärbten Erzählungen von Erlebnissen, wie sie in sehr anschaulicher und detaillierter Weise unser Kranker (Beob. 2) vorbrachte, als Wiedergabe deliriöser Erlebnisse zu betrachten, also genetisch von den Konfabulationen der Korsakowschen Psychose zu trennen sind, obwohl auch bei dieser Erkrankung Perioden delirianter Erregung vorkommen können (Heilbronner u. a.). Auch das Fehlen der Erscheinung der Suggestibilität in unseren Beobachtungen spricht wohl dafür, dass dieselben dem Korsakowschen Symptomenkomplexe nach manchen Richtungen nahestehen, jedoch nicht mit ihm zu identifizieren sind.

Nicht minder weitgehend wie die Störungen der Merkfähigkeit sind die Störungen der Erhaltung früher erworbener Vorstellungen — die Gedächtnisstörungen<sup>1)</sup> unserer Kranken. Diese Gedächtnisstörungen weisen in quantitativer und qualitativer Hinsicht mancherlei Verschiedenheiten in den einzelnen Krankheitsfällen auf. Sie erstrecken sich auf elementare Kenntnisse und Erfahrungen, die in den verschiedensten Zeitabschnitten des Lebens gesammelt sind und haben zu einem Verlust von manchen Vorstellungen und Erinnerungsbildern geführt.

Eine besondere Form zeigt der Verlust von Erinnerungsbildern, wie er uns in Beobachtung 3 entgegentritt. Es liegen hier sich an Dämmerzustände anschliessende Amnesien vor, die sich auf einen längeren Zeitraum erstrecken, welcher vor dem ätiologisch bedeutungsvollen Kopftrauma liegt. Die Erinnerung an die Erlebnisse dieses Zeitraumes ist aus dem Gedächtnis völlig geschwunden. Zu diesen retrograden Amnesien gesellen sich Amnesien, welche eine dem ersten Dämmerzustande unmittelbar folgende, anscheinend freie Zeit umfassen, Störungen, die vielleicht in das Gebiet der sogenannten „anterograden“ Amnesien gehören.

Bei unseren Kranken war weitgehende Einsicht in das Krankhafte ihrer Gedächtnisstörungen vorhanden, in der Mehrzahl der Beobachtungen bildet die Abnahme des Gedächtnisses die Hauptklage der Patienten. Neben den Gedächtnisstörungen spielen Hemmungserscheinungen in den Krankheitsbildern eine wichtige Rolle. Sie finden sich

---

1) Vergl. Pelman, Ueber das Verhalten des Gedächtnisses bei den verschiedenen Formen des Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 21 und Ribot, Les maladies de la mémoire. Paris. 10 édition.

in ausgesprochenster Weise in den stuporösen Phasen der Dämmerzustände (Fall 2 und 3), kommen aber bald mehr, bald weniger ausgesprochen auch im Verlauf der anderen Krankheitsfälle zur Beobachtung. In besonders sinnfälliger Weise treten in Beobachtung 4 die Symptome der Denkhemmung in den Vordergrund.

Die allgemeine Herabsetzung der psychischen Vorgänge geht bei unseren Kranken mit ausgesprochenen Störungen der Aufmerksamkeit Hand in Hand. In erster Linie machen sich dieselben in der geringen Stetigkeit der Aufmerksamkeit (Zerstreutheit) bemerkbar. Unsere Kranken vermögen trotz aller Anstrengung nicht einer Aufforderung nachzukommen, da sie „den Faden“ einer begonnenen Handlung sofort wieder verlieren, durch nebensächliche Momente von ihren Zielen abgelenkt werden. Alle diese Störungen sind in hohem Grade abhängig von dem jeweiligen Allgemeinzustand der Kranken, sie treten ferner unter dem Einfluss einer gesteigerten Affekterregbarkeit bei allen Explorationsen weit mehr in die Erscheinung, als wenn die Kranken sich selbst überlassen sind. An Tagen und Stunden eines schlechten Befindens, bei zunehmender Ermüdung steigern sie sich in evidenter Weise, um bei Erholung nachzulassen, bei einzelnen Beobachtungen (Fall 1) zeitweilig fast völlig zu verschwinden. Der grosse, mitunter geradezu frappierende Wechsel in der Intensität der Erscheinungen ist demnach wesentlich bedingt durch die grosse Ermüdbarkeit unserer Kranken.

In auffallender Weise machen sich die Gedächtnisstörungen in den sprachlichen Ausserungen der Kranken bemerkbar durch die Unfähigkeit, die Bezeichnung für konkrete Gegenstände oder Namen zu finden. Es ist auch hier wieder der Akt der Untersuchung, welche die Erscheinung der „amnestischen Aphasie“ deutlich hervorruft, während beim Spontansprechen der sich selbst überlassenen Kranken diese aphasischen Störungen weit mehr in den Hintergrund treten, sich nur durch eine gewisse Erschwerung der Wortfindung verraten. Die Kranken geben in der Regel selbst an, dass sie die Bezeichnungen einer Reihe von Gegenständen, deren Gebrauch und Sinn sie wohl kennen, vergessen haben, „ich weiss, was es ist, aber ich habe vergessen, wie man es nennt“, sie zeigen durch Umschreibungen oder durch den richtigen Gebrauch der Gegenstände, dass dieselben nicht fremd sind. In manchen Fällen gelingt es durch Vorsagen des ersten Buchstabens des zu benennenden Gegenstandes das verlorene gegangene Wortbild bei den Patienten wieder zu erwecken. In anderen Fällen, so besonders auffallend in unserer zweiten Beobachtung, wird das Benennen der Gegenstände wesentlich erleichtert, mitunter erst ermöglicht, wenn man dem

Patienten gestattet, den betreffenden Gegenstand anzufassen und zu bestasten, eine Erscheinung, die an das bei der „optischen Aphasie“ zu beobachtende Verhalten der Kranken erinnert.

Paraphasische Benennungen fehlen fast vollständig in unseren Beobachtungen. Nur im Falle 1 treten vorübergehend in Zeiten gröserer Ermüdung und bei längeren Prüfungen des Patienten Wortverstümmelungen und verkehrter Gebrauch von Worten auf. So nennt dieser Patient einen Schlüssel „Schneidel, Schüssel“, einen Reisekoffer „Reisekumpfer, Reisekomper“, Streichhölzer „Streichköpfe“. Neben Verlegenheitsbezeichnungen und Umschreibungen „Regenschutz“ für Regenschirm, „Reisekiste“ für Koffer, spielt die Erscheinung der Perseveration — („Reisekartoffel“ für Reisekoffer) — bei diesen Fehlreaktionen eine Rolle. Zeichen sensorischer oder motorischer Aphasie fehlen durchaus. Hemmung und Merkfähigkeitsstörungen täuschen mitunter eine Erschwerung des Wortverständnisses vor und machen sich beim Versuch der Kranken, längere Paradigmata nachzusprechen, hindernd bemerkbar. In engem Zusammenhang mit den amnestisch-aphasischen Erscheinungen stehen die im wesentlichen auf Amnesien und Merkfähigkeitsdefekten beruhenden Störungen des Schreibens und Lesens bei unseren Kranken. Eine besondere Stellung nimmt unter diesen Beobachtungen der Fall 3 ein, in dem es sich um eine fast vollständige Alexie und Agraphie handelt, auf die wir im Anschluss an die Wiedergabe der Krankengeschichte bereits näher eingegangen sind. Interessant ist es, dass der betreffende Patient durch Zuhilfenahme der Finger, indem er die einzelnen Buchstaben der vorgelegten Leseproben umzieht, gleichsam „schreibend“ mitunter einzelne Buchstaben zu lesen imstande ist, während er bei festgehaltenen Händen völlig versagt. Die Partialeindrücke einzelner richtig gelesener Buchstaben zu einem Worte zu vereinigen, ist er nicht im Stande. Seinen Namen vermag er nicht zu lesen und nur sehr fehlerhaft zu schreiben (Fig. 5 und 6), während sich die Fähigkeit des Kopierens allmählich durch fortgesetzte Uebungen gebessert hat (Fig. 6).

Auch in Beobachtung 1 finden wir deutliche Störungen der Fähigkeit des Schreibens, die sich im Gebrauch unleserlicher Zeichen, Aussässen von Buchstaben, beim Spontanschreiben, Abschreiben und Diktat-schreiben (Fig. 1, 2, 3) in ziemlich gleicher Weise bemerkbar macht. Aehnlich wie Fall 3 nur „gleichsam schreibend“ einige Buchstaben zu lesen vermag, kann dieser Patient (Beobachtung 1) nur durch sorgfältiges Umfahren der Buchstaben der Vorlage, dieselbe kopieren. Die Schreibversuche in Fall 2 sind gekennzeichnet durch fortwährendes Ausstreichen und Wiederholungen von Buchstaben, da es dem Gedächtnis des

Patienten sofort entschwunden ist, ob er einen Buchstaben schon geschrieben hat. Auf die gleichen Störungen der Merkfähigkeit ist die Unfähigkeit längere Worte oder Sätze zu lesen bei diesen Kranken zurückzuführen. Sie lesen ausserordentlich langsam, lautierend, ähnlich wie lernende Kinder. Infolge des sofortigen Vergessens der gelesenen Silben oder Worte sind die Kranken unfähig, den Zusammenhang und Sinn der einfachsten Leseproben richtig aufzufassen. In Beobachtung 4 treten die Hemmungserscheinungen in dem Grade in den Vordergrund, dass Patient zum Lesen seines eigenen Namens fast zwei Minuten braucht! Die Erschwerung und zeitweilige Unmöglichkeit der Reproduktion von Erinnerungsbildern tritt uns ferner bei den als agnostische Störungen im weiteren Sinne zu bezeichnenden Ausfallserscheinungen, welche die Mehrzahl unserer Kranken zeigen, entgegen. Durch Ratlosigkeit im Verhalten den betreffenden Objekten gegenüber und durch falschen Gebrauch der Gegenstände zeigen die Patienten das Vorhandensein dieser Agnosien. Als Beispiel führe ich den Kranke (Beobachtung 1) an, welcher auf ein Stück Kreide beißt, weil er dasselbe für Zucker hält, sowie einen anderen Kranke (Beobachtung 2), welcher Zucker erst in dem Augenblicke erkennt, als durch Hinzutreten der Geschmackswahrnehmung das Erinnerungsbild geweckt wird. Derselbe Kranke vermag eine Rose unter anderen ihm vorgelegten Blumen nicht herauszufinden. Die weitgehende Störung in der Reproduktion optischer Vorstellungen tritt bei ihm, als er aufgefordert wird, die Farbe der Blätter anzugeben, deutlich zutage. Seine Unfähigkeit hierzu charakterisiert er selbst sehr anschaulich mit den Worten „wenn ich nicht sehe, kann ich nicht sagen“. Eine ähnliche Störung findet sich in Beobachtung 1, in welcher der Kranke erst bei dem Anblick einer roten Tischdecke auf die Bezeichnung der Farbe des Blutes kommt. Derselbe Patient hält eine kleine Kindertrompete für ein Licht; versucht dieselbe an dem weissen Mundstück anzuzünden. Den Sinn des Gegenstandes erfasst er erst, als er den Ton der Trompete wahrnimmt. Es geht aus diesen Beispielen hervor, dass der Verlust von optischen Erinnerungsbildern Störungen im Gebrauch von Gegenständen, die wir Apraxie nennen, bei unseren Kranken zur Folge hat. Es sind aber nicht alle apraktischen Fehlreaktionen derselben auf Agnosien zurückzuführen. Wenn z. B. ein Kranke (Beobachtung 1) eine Zigarre mit vollem Verständnis dankend annimmt, sich dieselbe dann beim Herausgehen an den Hut steckt oder wenn die Kranken mit dem Anzünden eines Streichholzes in keiner Weise fertig werden, hierbei die ungeschicktesten, zwecklosesten Manipulationen vornehmen, das Streichholz mit dem falschen Ende an der falschen Seite der Schachtel anzuzünden

versuchen usw., dann liegen diesen apraktischen Handlungen nicht agnostische, sondern andersartige Störungen zugrunde. Wir geben wohl nicht fehl in der Annahme, dass Aufmerksamkeitsstörungen (Zerstreutheit) bei dem Zustandekommen dieser Fehlreaktionen, welche wir als Versagen der Zielvorstellung auffassen, eine wesentliche Rolle spielen. Diese apraktischen Störungen scheinen mir derjenigen Form der Apraxie nahe zu stehen, deren Kenntnis wir Pick<sup>1)</sup> in erster Linie verdanken, welcher dieselben als „ideomotorische“ Form der Apraxie, der motorischen Apraxie Liepmanns an die Seite stellte. Es liegen bei dieser Form der Apraxie „Störungen in der ideomotorischen Vorbereitung der Handlungen vor, welche Ausdruck des allgemeinen Bewusstseinszustandes des Individuum sind . . . die je nachdem als Störung des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der assoziativen Zusammenhänge, der allgemeinen Bewusstseinsenergie aufgefasst werden.“ (Liepmann.<sup>2)</sup> Bei den verschiedenen Fehlreaktionen, welche unsere Kranken aufweisen, spielt die Erscheinung der Perseveration eine nicht zu unterschätzende Rolle. Bei den Falschbenennungen von Gegenständen macht sich das Perseverieren wiederholt bemerkbar. So sind z. B. die Bezeichnungen einer Rose als „Hund“, eines Reisekoffers „als Reisekartoffel“ (Beobachtung 1), die Angabe seines Alters auf 70 Jahre (Beobachtung 2) durch die Erscheinung des Hängenbleibens an frühere Antworten bedingt. Ebenso sind manche Fehler bei dem Ausführen einfacher Handlungen, wie auch paragraphische Störungen zum Teil auf Perseverieren zurückzuführen; besonders ist bei den Schreibversuchen unseres Patienten (Beobachtung 3) ein gewisser Grad von Perseveration in der häufigen Wiederkehr immer derselben Fehler zu konstatieren. Wir können demnach die früher nur bei der Aphasie beobachteten perseveratorischen Störungen auch im Gebiet der übrigen Willenshandlungen (Pick I. c.) nachweisen. Der Ausspruch Liepmanns (I. c.), dass die Perseveration eine Störung des Handelns ist, welche oft in augenfälliger, oft aber auch in verschleierter Weise Fehlreaktionen bedingt, wird durch unsere Untersuchungen bestätigt. Die Erscheinungen der Perseveration entsprechen in unseren Beobachtungen im allgemeinen in zeitlicher Beziehung dem Verhalten, wie es von Sölder<sup>3)</sup> für die Aphasie und Asymbolie als bezeichnend geschildert ist.

„Der Perseveration kommen kurze Dauer und die Kontinuität mit der ersten Weckung der betreffenden Vorstellung als wesentliche Momente

1) Studien über motorische Apraxie. 1905.

2) Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. Berlin 1905.

3) Ueber Perseveration, eine formale Störung des Vorstellungablaufs. Jahrbuch f. Psych. 1899. S. 502.

zu.“ Neben den durch Perseveration zu erklärenden sprachlichen Fehlreaktionen kommen in unseren ersten beiden Fällen „anscheinend gesucht unsinnige Antworten“ vor, bei denen die Kranken aber zeigen, dass sie den Sinn der Frage annähernd erfasst haben, die wir als „Vorbeireden“ im Sinne Gancers bezeichneten. In beiden Fällen besteht das Symptom neben zahlreichen somatischen und psychischen Zeichen der Hysterie; in Beobachtung 2 tritt es im Verlauf eines protrahierten hysterischen Dämmerzustandes in charakteristischer Weise in die Erscheinung. Ueber die Art des Entstehens dieses eigenartigen Symptoms geben mir die vorliegenden Beobachtungen ebensowenig eine sichere Auskunft wie frühere Untersuchungen<sup>1)</sup>, in denen ich ausführte, „dass allgemeine Schlüsse über die Genese einer Aeusserung so verschiedenartiger psychischer Störungen, wie sie das Vorbeireden darstellt, von vornherein bedenklich sind.“

Zu ganz ähnlichen Schlüssen ist Hey<sup>2)</sup> in seiner eingehenden Bearbeitung dieser Erscheinungen gekommen. Von besonderem Interesse ist es, dass Hey, was das Vorbeireden der Hysterischen anbetrifft, auf die Zerstreutheit, Ermüdbarkeit und die lokalisierten Amnesien (Janet) dieser Kranken hinweist, Erscheinungen, die bei unseren Fällen in dem Krankheitsbilde eine wesentliche Rolle spielen. Der Gedanke liegt nahe, dass diese Störungen in Verbindung mit der gesteigerten Selbstbeobachtung, der erhöhten Autosuggestibilität und Affekterregbarkeit unserer Kranken, die sich besonders bei Explorationen geltend macht, beim Zustandekommen des Symptoms mitbeteiligt sind.

Da der Einwand erhoben werden könnte, dass die von uns geschilderten amnestisch-aphasischen Störungen und Agnosien auch als Erscheinungen des Vorbeiredens aufzufassen und von diesem Symptom, mit dem sie vielleicht in genetischer Hinsicht verwandt sind, nicht zu trennen seien, muss auf diese Frage kurz eingegangen werden. Ein Blick in die Protokolle unserer Krankengeschichten, die wesentlich von dem Gesichtspunkte aus diese Verbältnisse klar zu legen, in so detaillierter Weise wiedergegeben sind, genügt, die Unhaltbarkeit einer solchen Annahme zu zeigen. Die Art und Weise, wie die amnestischen Defekte bei unseren Kranken zutage treten, ist grundverschieden von ihrem Verhalten bei Antworten, die unter den Begriff des „Vorbeiredens“ fallen.

Bei allen Prüfungen, bei denen die amnestischen Störungen deutlich zutage treten, geben sich die Kranken ersichtlich die grösste Mühe, auf

---

1) Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Zentralblatt. 1903. Nr. 1 u. 2.

2) Das Gancersche Symptom. Berlin 1904.

die richtige Antwort zu kommen. Sie zeigen durch die mannigfachsten in den einzelnen Beobachtungen sich auffallend ähnelnden Verlegenheitsbewegungen, wie peinlich und niederdrückend für sie das von ihnen deutlich als krankhaft empfundene Versagen des Gedächtnisses ist. Durch die verschiedensten Helfen suchen sie die Defekte des Gedächtnisses auszugleichen und zu verbergen. Durch Anfassen der zu bezeichnenden Gegenstände, durch Zuhilfenahme des Geschmacksinnes, durch sorgfältiges Umziehen der Buchstaben bei dem Versuch zu lesen, sind die Kranken mitunter imstande, ihr Gedächtnis gleichsam zu stützen, die Störungen teilweise auszugleichen. Auch durch „Helfen“, die der Untersucher gibt, durch Vorsagen des ersten Buchstabens, durch Begleiten des Auftrages mit Gesten, gelingt es in manchen Fällen, den Kranken die Ausführung gestellter Aufgaben zu ermöglichen. Beim Versagen der Helfen pflegt Zittern, welches sich zu förmlichen Schüttelanfällen steigern kann, profuser Schweissausbruch, Tachykardie, als Reaktion auf die durch die vergeblichen Versuche gesteigerte gemütliche Spannung aufzutreten, während „das Gelingen der Aufgabe“ eine ersichtliche Erleichterung und freudigen Affekt hervorruft. Diese sehr ausgeprägten gemütlichen Reaktionen, die Einsicht in das Krankhafte des eigenen Zustandes, das charakteristische Verhalten der Patienten bei „Helfen“ finden sich nicht beim Auftreten des Ganserschen Symptoms, so verschiedenartig dasselbe auch in die Erscheinung treten kann.

Wenn es nun auch bei einem Teil der falschen resp. ausbleibenden Antworten und Handlungen gelingt, unzweifelhaft amnestische Defekte vom „Vorbeireden“ zu trennen, bleiben dennoch bei dem Nebeneinandervorkommen beider Erscheinungen in unseren Fällen Fehlreaktionen übrig, deren genauere Analyse nicht gelingt. Die Wege und Möglichkeiten für das Zustandekommen derartiger Fehlreaktionen bei psychisch Kranken sind so mannigfaltige und verwickelte, dass uns eine Deutung derselben nicht selten verschlossen bleibt.

---

Nachdem wir das Wesen dieser verschiedenen Ausfallserscheinungen geschildert haben, wirft sich die Frage nach der Gesamtauf-fassung der beobachteten Krankheitsbilder auf. Es geht aus der bisherigen Darstellung hervor, dass ich die aphasischen, agnostischen und apraktischen Erscheinungen unserer Kranken auf allgemeine psychische Störungen, unter denen die des Gedächtnisses an Wichtigkeit den ersten Platz einnehmen, zurückzuführen geneigt bin, dass ich die Symptome nicht als Folgen schwerer lokalisierter Gehirnerkrankungen, nicht als Herderscheinungen auffasse. Für diese Annahme scheint mir neben dem

Fehlen aller somatischen, auf eine schwere organische Gehirnerkrankung hindeutenden Symptome, ganz besonders die evidente Abhängigkeit der uns interessierenden Erscheinungen von dem jeweiligen psychischen Allgemeinzustand der Patienten zu sprechen. Wenn wir auch wissen, dass Schwankungen in der Intensität der Ausfallserscheinungen nicht ohne weiteres im Sinne einer funktionellen Störung gedeutet werden müssen, dass vielmehr dieser schwankende Charakter, wohl eine Eigentümlichkeit aller assoziativen Herdsymptome ist) (Bonhoeffer<sup>1)</sup>) wird ein derartig plötzlicher, oft ganz unvermittelter, von dem Allgemeinbefinden beherrschter Wechsel in der Intensität der Krankheitserscheinungen, zumal das zeitweilige, fast vollständige Zurücktreten derselben, bei Herdsymptomen kaum beobachtet. Es kommt hinzu, dass die Eigenart des Krankheitsverlaufes gerade desjenigen Falles (Beobachtung 3), der eine gewisse Konstanz der Ausfallserscheinungen insofern zeigte, als die Alexie und Agraphie nach ihrem Auftreten im wesentlichen in gleicher Weise bestehen blieben, durchaus gegen die Annahme einer Herderkrankung spricht. Weit schwieriger ist die Frage zu entscheiden, ob es sich in unseren Beobachtungen um Erkrankungen rein funktioneller Natur handelt, oder ob auf feineren pathologisch-anatomischen Veränderungen beruhende Erscheinungen in dem Krankheitsbilde eine Rolle spielen.

Sowohl die ätiologischen Verhältnisse, das Vorliegen von schweren traumatischen Einwirkungen auf den Schädel, welche in keinem unserer Fälle eine Commotio cerebri ausschliessen lassen, wie die in quantitativer und qualitativer Hinsicht ungewöhnliche Ausbildung der klinischen Symptome, machen Vorsicht bei der Beantwortung dieser Frage, die in besonders klarer Weise vor kurzem von Heilbronner, bei der Analyse ähnlicher traumatischer Erkrankungen präzisiert ist, erforderlich<sup>2)</sup>. Heilbronner sagt, „der Zusammenhang zwischen den im engern Sinne hysterischen Erscheinungen und den anzunehmenden, zum Teil auch erwiesenen anatomischen Veränderungen bei der Commotio cerebri<sup>3)</sup> ist nicht leicht auf eine einfache Formel zu bringen; dass ein unmittelbares Verhältnis von Ursache und Wirkung besteht, scheint mir unannehmbar,

1) Kasuistische Beiträge zur Aphasielohre. Dieses Archiv. Bd. XXXVII.

2) Ueber Geistesstörung im unmittelbaren Anschluss an Gehirnerschütterung. Münchener med. Wochenschrift. 1905. Nr. 49 u. 50. S. 244.

3) Vergl. die zusammenfassenden Darstellungen bei Kalberlah, Ueber akute Kommotionspsychose usw. Dieses Archiv Bd. 38. 1904; bei Kölpin, Die psychischen Störungen nach Kopftraumen, Volkmanns Sammlung Nr. 418. 1906, sowie bei Berliner, Akute Psychosen nach Gehirnerschütterung, Klinik für psych. u. nervöse Erkrankungen. III. Bd. H. 4. 1908.

sieht man die gleichen klinischen Erscheinungen doch mindestens ebenso oft nach Traumen, welche den Schädel resp. das Gehirn nicht in Mitteidenschaft gezogen haben. Dagegen ist vielleicht die Annahme gerechtfertigt, dass die Gehirnschädigung zunächst eine Minderwertigkeit der zerebralen Leistungen zur Folge hat und dass sich auf diesem Boden dann, wie so häufig, die hysterischen Erscheinungen entwickeln.“ Diese Ausführungen sind zugleich ein Beweis für die Schwierigkeit der Entscheidung der Frage, ob die sogenannte „Kommotionsneurose“ von der „Unfallneurose“, wie es Friedmann<sup>1)</sup> will, prinzipiell zu trennen ist. Die genauere psychische Untersuchung frisch Verletzter mit Kommotionserscheinungen, die Heilbronner (l. c.) fordert, wird von diesem Gesichtspunkte aus nicht minder wichtig sein, wie eine eingehende, sich auch auf die Spinalpunktion erstreckende körperliche Untersuchung, da die Beobachtungen von Schwarz<sup>2)</sup> bei Commotio cerebri gezeigt haben, dass sich in einem Teil dieser Fälle bald nach dem Trauma Blut im Liquor, welches er auf zerebrale Zertrümmerungsherde zurückführt, nachweisen lässt.

Es geht aus diesen Ausführungen hervor, dass wir nach dem jetzigen Stande unserer Kenntnisse nicht imstande sind, uns mit Bestimmtheit darüber zu äussern, ob feinere anatomische Veränderungen, wie sie bei traumatischen Psychosen beschrieben worden sind — Veränderungen der kleinsten Hirngefäss (Kronthal und Sperling), Hyperämie, Blutungen, Rundzelleninfiltrationen (Friedmann), Narben in der Hirnrinde (Köppen), Wucherungen des gliösen Gewebes mit Gefässveränderungen (Dinkler) — in unseren Beobachtungen eine Rolle spielen.

Ich möchte besonders hervorheben, dass diese Veränderungen, falls sie vorhanden sein sollten, keines Falles imstande sind, die von uns beschriebenen Ausfallserscheinungen im Sinne von Herdsymptomen zu erklären, sie könnten vielmehr nur als Ausdruck und Begleiterscheinung einer schwereren allgemeinen Gehirnstörung angesehen werden, die vielleicht im Sinne Heilbronnens einen günstigen Boden für die Entwicklung psychogener Symptomenkomplexe gebildet, oder durch Reizwirkung (Narben) die Ernährung und Blutversorgung des Gehirns geschädigt haben (Köppen). Die von mir beobachteten aphasischen, agnostischen und apraktischen Symptome, die wir im wesentlichen auf amnestische

1) Vortrag auf der 31. Wanderversammlung der süddeutschen Neur. u. Irrenärzte. Mai 1906 (Neurol. Zentralblatt 1906).

2) Ueber Commotio cerebri, Verhandl. der 3. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte. 1910.

Störungen zurückgeführt haben, sind gleichsam ins Krankhafte gesteigerte Erscheinungen, für deren Verständnis wir in Vorgängen des normalen Lebens gewisse Anhaltspunkte und Vergleichsmomente besitzen. Es ist eine vielfach bestätigte Erfahrung, dass im Zustande grosser Ermüdung, besonders beim Hinzutreten ängstlicher Erregung (Examen, Tischreden), auch dem Gesunden mitunter sonst wohlbekannte Namen, Zahlen, Worte, zumal solche fremder Sprachen, nicht einfallen, so dass hier zeitweilig „amnestische Defekte“, die von den Betreffenden oft als recht peinlich empfunden werden, zu Tage treten. Die Erscheinungen der Perseveration, die wir bei unseren Kranken beobachteten, machen sich auch beim Gesunden dadurch „dass zu ihrem Verdruss immer wieder dieselben Worte auf die Zunge oder in die Feder kommen und durch häufiges Versprechen im Sinne der vorausgegangenen Wendungen“ (Kräpelin)<sup>1)</sup> bemerkbar. Durch die bei solchen Erschöpfungszuständen eintretenden Störungen der Aufmerksamkeit (Zerstreutheit) werden mitunter auch die Wahrnehmungen und Handlungen verändert und beeinflusst. In der Arbeit Picks (l. c.), der ausdrücklich auf die Analogie der bei krankhaften Prozessen vorkommenden Störungen mit dem „Versprechen, Verschreiben und Verlesen“ des gesunden Lebens hinweist, finden wir treffende Beispiele für solche Entgleisungen. Ferner verdanken wir Freund<sup>2)</sup> eine Reihe von Beobachtungen, die, wenn wir von den Erklärungsversuchen dieses Autors, welche wir in keiner Weise teilen, absehen, wertvolles Material für die uns interessierende Frage bringen.

Von diesen noch in die Breite des „Normalen“ fallenden Vorgängen führen fliessende Uebergänge in das Gebiet ausgesprochener psychischer Krankheitszustände, wie sie uns in unseren Fällen entgegentreten. Wir gehen wohl nicht fehl in der Annahme, dass die gesteigerte Affekterregbarkeit, Zerstreutheit und Autosuggestibilität der Hysterischen in Verbindung mit der unsere Beobachtungen charakterisierenden hochgradigen Gedächtnisschwäche, die Grundlage der geschilderten Symptomenkomplexe bilden.

---

Sehen wir jetzt, welche Berührungspunkte uns eine Durchsicht der Literatur mit unseren Beobachtungen bietet? In mancher Hinsicht ist denselben der viel besprochene „Grasheysche oder amnestische Aphasie-

1) Psychiatrie. I. Bd. 8. Aufl. 1909.

2) Zur Psychopathologie des Alltagslebens. (Ueber Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglauben und Irrtum.) Berlin 1904.

fall“ verwandt, dessen anscheinend sehr komplizierte und der Deutung die grössten Schwierigkeiten bereitende Verhältnisse durch Weygandts<sup>1)</sup> und v. Monakows Nachuntersuchungen vor kurzem geklärt worden sind. Die wesentlichsten Störungen dieses Falles bestanden darin, dass der betreffende Patient stets erst das Wort hinschreiben musste, um zu dem Objektbild das Klangbild zu finden. Bei gefesselten Händen versuchte er mit den Beinen, ja mit der Zunge zu schreiben. Im Zustande totaler Fesselung versagte er vollständig, erschien völlig amnestisch aphatisch. Die Bezeichnungen von durch die Sinne wahrzunehmenden Eigenschaften (z. B. Farbe der Blätter, des Blutes, Geschmack des Zuckers) konnte er erst aufschreiben und dann auch aussprechen, wenn er sich diese Eigenschaften vorher durch die Sinneswahrnehmung anschaulich gemacht hatte — das Blut, die Blätter sah usw. „Der Kranke erschien als der Mensch der sinnlichen Anschauung“. Der gesamte Krankheitsverlauf dieses Falles zeigte, dass die im Anschluss an ein Schädeltrauma (Schädelbasisfraktur mit Commotio cerebri) entstandenen Erscheinungen der amnestischen Aphasia zweifellos traumatisch hysterischen Ursprungs waren, „auf allgemeiner Schwäche der Reproduktion von Erinnerungsvorstellungen“, „und allgemeiner psychischer Hemmung“, beruhten. Auf dieselben Störungen allgemeiner psychischer Funktionen mussten wir die Ausfallserscheinungen in unseren Beobachtungen zurückführen. An die in dem Weygandtschen Fall hervortretenden Eigentümlichkeiten, dass Patient nur schreibend Klangbilder finden, nur durch die Anschauung auf die Eigenschaften sinnlicher Wahrnehmungen kommen konnte, erinnert das Verhalten unserer Patienten, die erst beim Anfassen von Gegenständen die Bezeichnung derselben finden (Fall 2), erst beim Umfahren der Buchstaben mit dem Finger gleichsam schreibend einige Buchstaben zu lesen vermögen (Fall 3). Analog dem Weygandtschen Kranken ist unser Patient (Beobachtung 2) „ein Mann der sinnlichen Anschauung“, wenn er nicht auf die Bezeichnung der Farbe der Blätter oder des Blutes kommt, ohne diese Dinge gesehen zu haben, „wenn ich nicht sehe, kann ich nicht sagen.“

Eine weitere, wenn auch nicht so prägnante Beobachtung von Spracherschwerung im Sinne der amnestischen Aphasia, die auf funktionellen Störungen im Verlauf einer traumatischen Neurose nach Kopfverletzung beruhte, hat Weygandt<sup>2)</sup> später mitgeteilt.

1) Zur Frage der amnestischen Aphasia. Wandervers, südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden 1. u. 2. Juli 1907. Ref. Neurol. Zentralblatt. 1907. S. 616.

2) Organische und funktionelle Symptome nach Schädelverletzung. Ref. Gaupps Zentralblatt. 1908. S. 874.

In vielen Punkten identisch mit unserer Beobachtung von Alexie und Agraphie (Fall 3) ist ein interessanter von Marina<sup>1)</sup> mitgeteilter Fall.

Bei einem Patienten, der schon in seiner Jugend an „Anfällen“ gelitten hatte, entwickelte sich nach einem Fall auf das Hinterhaupt eine 8 Tage lang andauernde schwere Bewusstseinsstörung. Als der Kranke wieder zu sich kam, konnte er kein Wort sprechen, nicht lesen und nicht schreiben. Die „aphasische“ Störung bildete sich im Verlauf eines Jahres bis auf eine gewisse Gedächtnisschwäche für einzelne Worte völlig wieder zurück, während Alexie und Agraphie bestehen blieben, sich aber auch allmählich besserten. Das mechanische Nachschreiben war wie in meiner Beobachtung lediglich erhalten. Marina führt des näheren aus, dass eine organische Grundlage der beobachteten Erscheinungen auszuschliessen sei, dass vielmehr der Verlauf der aphasischen Störung, die Eigenart der bestehenden Alexie und Agraphie, das Erhaltensein des Erkennens von Gegenständen in Verbindung mit hysterischen Anfällen und den Symptomen der traumatischen Neurose, die der Patient darbot, darauf hinweisen, dass die konstatierten eigenartigen Ausfallserscheinungen funktioneller Natur seien, Residuen der ursprünglichen schweren psychischen Störung darstellen. Der Autor ist geneigt, sowohl die apbachischen Störungen, wie die Agraphie und Alexie auf den Verlust von Erinnerungsbildern zurückzuführen, die er mit den hysterischen von Clarcot beschriebenen Amnesien in Parallel setzt.

Wir sehen, dass Marinas und meine Beobachtung in ätiologischer und symptomatologischer Hinsicht, wie auch im Krankheitsverlauf weitgehende Berührungs punkte besitzen, nur treten die amnestisch aphasischen Erscheinungen in meiner Beobachtung mehr in den Hintergrund, wie in dem Falle Marinas, in dem sie das Krankheitsbild längere Zeit beherrschten. Besonders bemerkenswert erscheint mir der Umstand, dass sich in beiden Beobachtungen, die Ausfallserscheinungen an langdauernde Bewusstseinsstörungen anschliessen, die in meinem Falle dem Bilde eines protrahierten Dämmerzustandes entsprechen.

In einem Falle H. Guddens<sup>2)</sup> traten ganz ähnliche Erscheinungen wie die von Marina beobachteten während einer mit Bewusstseinstrübung einhergehenden akuten psychischen Störung, deren Aetiologie

---

1) Ein Fall von Alexie und Agraphie nach Trauma. Neurol. Zentralblatt. 1907. S. 882—894.

2) Ueber einen eigenartigen Fall transitorischer amnestischer Aphasie. Neurol. Zentralbl. 1900. No. 1 und 2.

nicht sicher festzustellen war, in den Vordergrund. Es handelte sich um sehr ausgesprochene amnestisch-aphasische Erscheinungen, die mit Alexie und Agraphie verbunden waren. Das mündliche Finden von Worten, wie auch das Lesen derselben wurde stets durch das Vorsagen des ersten Buchstabens ermöglicht, wie auch das Schreiben eines Wortes erst beim Vorschreiben des ersten Buchstabens zustande kam.

Guddens führt die Gesamtheit der Ausfallserscheinungen „auf die tiefen Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit zurück“, die bei dem Kranken bestanden und wohl auf einer allgemeinen (vasomotorischen?) Alteration des Zentralnervensystems beruhten. In diesem Falle verschwanden mit der Bewusstseinstrübung die beobachteten Krankheitserscheinungen innerhalb vier Tagen. Von Interesse ist es, dass in dem Guddenschen Falle wie bei einer unserer Beobachtungen (Fall 2) das Finden eines Wortes oft erst durch das Vorsagen des ersten Buchstabens ermöglicht wurde. Schon vor dem Eintreten der akuten Bewusstseinstörung bestanden in Guddens Falle Erscheinungen allgemeiner nervöser Natur, die sich besonders darin bemerkbar machten, dass der Betreffende „ofters bei plötzlichen, unerwarteten, an ihn gerichteten Anfragen, z. B. nach einer ihm ganz bekannten Strasse, keine Auskunft zu geben vermochte“. Dieses Versagen bei plötzlichem Befragen der Kranken nach ihnen sonst gut bekannten Dingen tritt uns in unseren Beobachtungen wiederholt entgegen. Adamkiewicz<sup>1)</sup> hat dieser Erscheinung vor längerer Zeit den Namen „Gedächtnisstützigkeit (*Anθεραπία*)“ gegeben und die Störung, „den traumatischen Gedächtnisdefekten mit retrograden Amnesien“ gegenübergestellt. Er beschreibt einen jugendlichen Neurastheniker, der beim plötzlichen „Gestelltwerden“, sich auf die bekanntesten Dinge, die Strasse, in der er wohnte, das Jahrhundert, sogar auf seinen eigenen Namen (vgl. unsere Beob. 1) nicht mehr zu besinnen vermochte.

Ueber vorübergehende leichte „amnestisch-aphasische“ Sprachstörung mit den Erscheinungen des Haftenbleibens berichtet Berliner (l. c.) in seiner schon erwähnten, sich besonders durch die hochgradige Herabsetzung der Merkfähigkeit auszeichnenden Beobachtung. Er führt aus, dass die Geringfügigkeit und die rasche Reparation der Störung gegen eine auf eine tiefer gehende Verletzung der vorwiegend für die Sprache in Betracht kommenden Hirnteile spräche und ist geneigt Läsionen mehr diffuser Art, wie sie mehrfach nach Gehirnerschütterung festgestellt sind, anzunehmen. Wiederholt weist v. Monakow<sup>2)</sup> darauf hin, dass

1) Wiener med. Wochenschr. 1897. No. 17 und 18.

2) Gehirnpathologie. Wien 1905.

funktionelle aphatische Störungen als transitorische Erscheinungen bei hysterischen Erkrankungen, sowie bei Erschöpfungszuständen der verschiedensten Art als Teilerscheinung einer allgemeinen zerebralen Störung vorkommen können. Auch Löwenfeld<sup>1)</sup> macht Mitteilungen über diese Zustände und setzt sie in engste Beziehungen zu den hysterischen Amnesien.

Die Verhältnisse der Kombination allgemeiner Gedächtnisschwäche und amnestischer Aphasie nach leichten zerebralen Insulten werden unter eingehender Berücksichtigung der Literatur von Pappenheim<sup>2)</sup> in klinischen und experimentellen Studien erörtert. In dem von Pappenheim sorgfältig analysierten Fall handelt es sich um eine Kombination von allgemeiner Gedächtnisschwäche mit einem leichtesten Grad von amnestischer Aphasie, den er als „ideatorische amnestische Aphasie“ bezeichnet. Einen mit Hinsicht auf unsere Beobachtungen bemerkenswerten Fall von posttraumatischer psychischer Erkrankung beschreibt Trespe<sup>3)</sup>. Bei einem früher gesunden Mann entwickelte sich im Anschluss an mehrfache Schädelverletzungen ein etwa 14 Tage andauernder Zustand von hochgradiger Bewusstseinstrübung, aus dem Patient mit totaler Amnesie für die ganze Vergangenheit, weitgehenden Störungen der Merkfähigkeit, mit hochgradigem Schwachsinn und einem isolierten Defekt des Lesens und Schreibens erwachte. Vorübergehend waren auch amnestisch-aphatische Erscheinungen und apraktische Störungen nachweisbar. Von körperlichen Symptomen bestand nur eine allgemeine hochgradige Herabsetzung des Empfindungsvermögens für alle Qualitäten. Trespe führt die krankhaften Erscheinungen auf eine schwere Schädigung des Zentrums für das Buchstaben- und Zahlenverständnis bzw. der mit diesen in Verbindung stehenden Leitungsbahnen zurück. Er lässt es dahingestellt, ob die Sensibilitätsstörungen „eine einfache Teilerscheinung der ausgedehnten Veränderungen der grauen Hirnrinde ist oder durch eine Schädigung der Schleifenbahn in der Haubengegend bedingt ist“. Eine hysterische Grundlage der Sensibilitätsstörung glaubte er besonders wegen der Konstanz derselben ausschliessen zu müssen. Wir können uns dieser Ansicht nicht anschliessen. Die Eigenart der sensiblen und sensorischen Anästhesie, die Art der Rückbildung einer Reihe der Krankheitserscheinungen, über die der Autor berichtet, besonders aber die Ausdehnung der amnestischen Defekte, machen es uns in Verbindung mit unseren und den in der Literatur niedergelegten Beobachtungen wahrscheinlich, dass es sich in dem Fall Trespes im wesentlichen um einen Sympto-

1) Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie.

2) Journal f. Psychologie und Neurologie. Bd. IX. X.

3) Ein Fall von Dementia posttraumatica mit ungewöhnlichen Begleiterscheinungen. Münchener med. Wochenschr. 1908. No. 3.

menkomplex funktioneller Natur auf traumatischer Basis, nicht um die Folgen von Herderkrankungen gehandelt hat. Die Konstanz mancher Symptome des Krankheitsbildes scheint nns keineswegs gegen die Annahme der funktionellen Natur des Leidens zu sprechen.

Interessante Beobachtungen über amnestisch-aphasische, agnostische, alektische, agraphische und apraktische Störungen bei „traumatischer Pseudodemenz“ hat in jüngster Zeit Stertz (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 7. Jahrgang, 1910, No. 7 und 8) veröffentlicht. Bemerkenswerte neuere kasuistische Mitteilungen über diese Störungen verdanken wir ferner Mariesco (Sur l'aphasie hystérique. Sem. méd. 1909. No. 26), sowie Joffroy und Courmont (De l'amnésie traumatique).

Einen lehrreichen Fall von hysterischer Agraphie und zeitweiliger Alexie hat Binswanger (Die Hysterie S. 726) bei einer Patientin beobachtet, bei der sich diese Krankheitserscheinungen im Anschluss an einen postparoxysmellen mehrwöchentlichen traumhaften Zustand entwickelt hatten. Die Kranke selbst beschrieb nach eingetretener Heilung ihr Leiden als einen Zustand von Müdigkeit und Willenlosigkeit, „bei dem es ihr so gewesen sei, als ob sie ihre Kenntnisse nach dieser oder jener Richtung hin vergessen hätte und auf die Stufe eines Kindes zurückgesunken sei“. Diese Zustände führen uns in das Gebiet der äusserst seltenen allgemeinen Amnesien, über die wir zusammenfassende, sich eingehend mit der theoretischen Deutung dieser Störungen beschäftigende Schilderungen in erster Linie französischen Autoren [Ribot, Janet<sup>1)</sup> Charcot u. a.] verdanken.

Janet weist in seinen Untersuchungen über die Amnesien der Hysterischen auf Beobachtungen hin, bei denen die Kranken „nach einer Reihe von Anfällen oder Schlafzuständen anscheinend vollständig alle während der vorangegangenen Lebenszeit erworbenen Erinnerungen verlieren. Es scheint, als wären sie zum zweiten Mal geboren und müssten nun Alles, was sie in ihrer Kindheit das erste Mal erlernt hätten, von neuem wieder in sich aufnehmen — — —. Manche Kranke mussten von neuem wieder Lesen und Schreiben lernen, selbst die Ausdrücke über die alltäglichsten Worte mussten ihnen beigebracht werden“. Weitere Beiträge zu diesen Formen der hysterischen Amnesien hat Donath<sup>2)</sup>

1) Der Geisteszustand der Hysterischen. Von neueren deutschen Arbeiten vergleiche besonders Krehl: Ueber die Entstehung hysterischer Erscheinungen. Volkmanns Samml. No. 330. 1902, E. Romberg: Ueber Wesen und Behandlung der Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1910. No. 16, sowie die zusammenfassende Darstellung der neueren Theorien der Hysterie von Aschaffenburg. Deutsche med. Wochenschr. 1907. No. 44.

2) Ueber hysterische Amnesien. Dieses Archiv Bd. 44.

geliefert. Wir werden auf seine Beobachtungen im zweiten Teil unserer Veröffentlichung zurückzukommen haben, möchten hier nur auf die von diesem Autor beschriebenen Erscheinungen der amnestischen Aphasie und auf die agnostischen Störungen hinweisen, die sich bei seinen Patienten im Anschluss an „hystero-epileptische“ Anfälle in Verbindung mit zahlreichen somatischen Erscheinungen der Hysterie entwickelt hatten, um allmählich nach Abklingen des „Dämmerzustandes“ wieder zu verschwinden. Die Bedeutung von Dämmerzuständen für das Auftreten aphasischer Störungen bei hysterischen Psychosen ist vor kurzem auch von Knapp<sup>1)</sup> gewürdigt worden.

Es geht aus den Beobachtungen der Autoren hervor, dass sich die uns interessierenden Symptomenkomplexe fast durchweg an Bewusstseinsstörungen anschliessen, eine Tatsache, welche auch durch unsere Befunde bestätigt wird. Die Gesamtheit der Erscheinungen weist darauf hin, dass ein innerer Zusammenhang zwischen diesen Symptomkomplexen und den ihnen vorausgehenden Bewusstseinstrübungen in vielen Fällen besteht.

In erster Linie sind es hysterische Dämmerzustände, Delirien und Anfälle, in deren Folge sich die amnestischen Ausfallserscheinungen entwickeln. Unter diesen bereitet die retrograde Amnesie der Deutung die grössten Schwierigkeiten, gegen die von Möbius und von Muralt vertretene Ansicht, dieselbe durchweg als ein hysterisches Symptom aufzufassen, hat sich Kölpin (l. c.) gewandt und darauf hingewiesen, dass diese Amnesien keineswegs an und für sich für irgend eine Krankheit charakteristisch sind, dass sie vielmehr bei den verschiedensten Zuständen, nach epileptischen Anfällen, nach Strangulationsversuchen sowie infolge von CO- und anderen Vergiftungen vorkommen. Dagegen ist es richtig, dass die retrograden Amnesien hysterischer Natur in einer Reihe von Fällen durch die Art der bestehenden Defekte und durch ihre Ausdehnung eine eigenartige Färbung erhalten, die wohl im wesentlichen durch die gesteigerte Autosuggestibilität der Hysterischen, welche vorhandene Gedächtnisdefekte vergrössert oder masslos übertreibt, bedingt ist.

---

In den uns hier beschäftigenden Fällen traten neben den Erscheinungen einer allgemeinen Gedächtnisschwäche sehr ausgesprochene Merkfähigkeitsdefekte in den Vordergrund. Es wirft sich die Frage auf, ob bei der in erster Linie durch Störungen der Merkfähigkeit

---

1) Körperliche Symptome bei funktionellen Psychosen. Dieses Archiv Bd. 44. 1908.

charakterisierten Korsakowschen Psychose, deren Beziehungen zur Kommotionspsychose wir bereits erörtert haben, ähnliche Ausfallserscheinungen, wie wir sie feststellten, beobachtet worden sind. Es ist in dieser Hinsicht von Interesse, dass schon Korsakow angab, dass die von ihm beschriebenen Kranken manchmal die Bedeutung von Gegenständen, Worten und Zahlen vergessen haben, und dass Bonhoeffer<sup>1)</sup> auf die Unzulänglichkeit der bisherigen Untersuchungen nach diesen Richtungen während des amnestischen Stadiums der Korsakowscher Psychose hinwies. An der Hand sorgfältiger Beobachtungen zeigte dann van Vleuten<sup>2)</sup>, dass die ausgesprochenen Erscheinungen der optischen Asymbolie im Verlauf der polyneuritischen Psychose vorkommen und wies in überzeugender Weise durch vorübergehende Beseitigung der Erscheinungen der Seelenblindheit auf suggestivem Wege nach, dass der asymbolische Zustand als ein funktioneller aufzufassen und bedingt sei durch funktionelle Amnesien, die der hysterischen Amnesie wesensgleich seien. Van Vleuten<sup>3)</sup> beschrieb ferner transitorische aphatische Störungen vom Charakter der amnestischen Aphasie, einhergehend mit Paraphasie und Paragraphie im Verlauf von Alkoholdelirien. Er denkt daran, dass die in seinen Fällen bestehende Alkoholepilepsie durch Schwächung des Gehirns den Boden für diese, auf der Alkoholintoxikation beruhenden Aphasien vorbereitet habe. In ähnlicher Richtung bewegen sich die Beobachtungen von Bernstein<sup>4)</sup> und E. Meyer<sup>5)</sup>, die bei in das Gebiet der Amentia gehörigen Verwirrtheitszuständen amnestisch-aphatische und asymbolische Störungen nachwiesen und auf die psychische Störung zurückführten.

---

Wir sehen aus diesen literarischen Angaben, welche indes keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen<sup>6)</sup>, dass das Gebiet der amnestisch-aphatischen, agnostischen und apraktischen Störungen, die von den Autoren auf funktionelle Erkrankungen des Gehirns zurückgeführt werden, ein recht ausgedehntes ist.

1) Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. S. 134.

2) Funktionelle Seelenblindheit. Gaupps Zentralbl. 28. Jahrg. S. 49.

3) Ueber transitorische Aphasie bei Delirien. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin. (17. Dezember 1904.) Ref. Neurol. Zentralbl. 1905. S. 43.

4) Ueber delirante Asymbolie und epileptische Oligphasie. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Bd. XVI.

5) Lährs Zeitschr. Bd. 65. S. 686.

6) Auf die bei der Epilepsie und ihr verwandten Zuständen vorkommenden aphasischen Störungen werden wir im zweiten Teil der Arbeit einzugehen haben.

Unsere Aufgabe war es eine Schilderung der auf traumatischer Basis entstandenen Symptomenkomplexe mit ihren mannigfachen und weitgehenden Ausfallserscheinungen zu geben<sup>1)</sup>. Wenn diese Beobachtungen auch zu den seltneren Vorkommnissen gehören, zeigt doch die Erfahrung, dass Symptome, wie wir sie beschrieben haben, in leichterer Ausbildung relativ häufig gefunden werden, nicht nur bei Fällen traumatischer Aetioologie, sondern auch bei anderen nervösen Erschöpfungszuständen. Es braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden, dass bei den traumatischen Fällen ganz besondere Vorsicht bei der Untersuchung und scharfe Kritik der Befunde die unerlässliche Vorbedingung sind, wenn man vor Täuschungen bewahrt bleiben will. Das charakteristische Verhalten vieler dieser Kranken, ihre Reaktion auf die ihnen selbst im höchsten Grade peinlichen Ausfallserscheinungen, die eigenartige, oft schon in der Unterhaltung hervortretende Erschwerung der Wortfindung, weisen in der Mehrzahl der Fälle dem Untersucher bald den richtigen Weg. In prägnanten Fällen, wie den von uns beschriebenen, ist Simulation der Krankheitserscheinungen ausgeschlossen. Derartig komplizierte Krankheitsbilder, ausgezeichnet durch wechselnde Bewusstseinstrübungen der verschiedensten Art und einhergehend mit einer ganzen Schaar psychischer und körperlicher Krankheitserscheinungen lassen sich in ihrer geradezu kaleidoskopischen Mannigfaltigkeit nicht vortäuschen.

Wir werden im zweiten Teil unserer Arbeit zeigen, dass den geschilderten Zuständen ganz ähnliche Symptomenkomplexe ohne traumatische Aetioologie auf dem Boden verschiedenartiger Intoxikationen vorkommen und durch den Grad der Ausbildung der Krankheitserscheinungen die bisher geschilderten Fälle nach manchen Richtungen noch übertreffen.

---

1) Anmerkung während der Korrektur. Aphasische Störungen ohne Hinweis auf organische Hirnverletzung waren auch in folgendem kürzlich von mir beobachteten Falle nachweisbar: Der jugendliche Kranke war 10 Tage nach einem Schädelbruch mit Komotionserscheinungen noch etwas schwer besinnlich, perseverierte. Merkfähigkeit und Gedächtnis waren erheblich gestört, die Orientierung ganz unsicher. Es bestand Amnesie für den Unfall mit retrograden Erinnerungsdefekten. Das Bewusstsein hellte sich allmählich auf. Amnestisch aphasische und paraphasische Störungen waren in langsam abnehmenden Masse etwa 10 Tage nachweisbar. Dabei wortreiche Umschreibungen und monotone Wiederkehr der gleichen Flickworte auch in der Spontansprache. Motorische Sprache und Sprachverständnis nicht beeinträchtigt. Asymbolische Störungen und solche des Handelns waren nicht nachweisbar.