

Über die neuropsychischen Auswirkungen beim Fleckfieber.

Von

Oberstabsarzt Prof. Dr. med. habil. et phil. W. Betzendahl,
Beratender Psychiater einer Armee.

(Eingegangen am 5. Januar 1943.)

Inhaltsverzeichnis.

I. Fragestellung. — II. Hauptrichtungen des Krankheitsgeschehens. — a) Neurologische Syndrome. — 1. Paresen. Fall 1 und 2. — 2. Parakinesen und Echosymptome. Fall 3, 4, 5 und 6. — 3. Dissoziationen und Dystonien. Fall 7, 8 und 9. — b) Psychische Syndrome. — 1. Delirante Bilder. Fall 10, 11 und 12. — 2. Stuporöse Bilder. Fall 13 und 14. — 3. Paranoide Bilder. Fall 15 und 16. — 4. Amentielle Bilder. Fall 17. — 5. Hysteriforme Bilder. Fall 18 und 19. — III. Besprechung der Ergebnisse.

Vorwort.

Hiermit werden Ergebnisse der Arbeit am Krankenbett auf der Fleckfieberstation einer Armee an der Ostfront mitgeteilt. Eine Ergänzung würde die Auswertung der autoptischen Befunde bilden. Indessen führte die Auswahl der Fälle nach klinischen Gesichtspunkten nur zum geringsten Teil zu einer Gemeinsamkeit des Materials mit der Feldprosektur. So sei der pathologisch-anatomischen Seite des Themas mit dem Hinweis darauf Genüge getan, daß später der Beratende Pathologe der hiesigen Armee, *Böhme*, seine Erfahrungen in einer Publikation niederlegen wird. Bei der Sammlung der klinischen Befunde hat der beim Beratenden Psychiater tätige San.-Uffz. cand. med. *Fritz Radtke* mitgewirkt.

I. Fragestellung.

Wie die Encephalitis lethargica, so erweist sich auch das Fleckfieber vor allem als ein Indicator von Funktionszusammenhängen und demgemäß auch: Dissoziationsbereitschaften innerhalb des Zentralnervensystems. Das gilt, hier wie da, weniger für das eigentliche Krankheitsbild, nach dem der nosologische Typus zur Ausbildung gelangt ist, als für die Störungen, welche sich als Folgeerscheinungen qualifizieren. Den Internisten interessiert zunächst die Symptomatik des Fiebers, des Kreislaufs, der Haut usw., vor allem die Serologie: als das eigentlich Pathognomonische. Die natürlich nicht hinweggelegneten Vorgänge im Gehirn, zumal in den ja doch für die autoptische Diagnose als Prädilektionsort bedeutsamen Hirnstammpartien, gelten eben als bloß passager. Im übrigen wird etwa, als auf den Schulfall für Infektionen, welche eine nervöse Beteiligung mit sich führen, auf den Typhus hingewiesen. Nun ist es gewiß richtig, daß die gröberen Veränderungen, die Knötchenbildung zumal, nach der Entfieberung bald zurückgehen. Es müssen

indessen doch wohl Residuen bleiben; denn über einen Zustand schleppender Rekonvaleszenz, wie er auch sonst bei Infektionskrankheiten vorkommt, gehen die Erscheinungen von Leistungsminderung und Anfälligkeit der Zentralorgane oft genug bei weitem hinaus.

Nun sind Sektionsbefunde im Spätstadium des Fleckfiebers, da es sich um eine ausgesprochen akut verlaufende Infektion handelt, relativ selten. Kommt es zur Autopsie, so ist selbstverständlich der ganze Organismus zu durchmustern, und zwar gerade wegen der ohne Zweifel durch das durchgemachte Fleckfieber noch eine Weile verbleibenden erhöhten Disposition für anderweitige Erkrankungen. Findet sich aber nach der Richtung nichts, so darf nun nicht das Herz, als Atrium mortis solcher Spättodesfälle — welche das nun im eigentlichen Sinne sind — allein in Betracht gezogen werden. Die Problematik der Pathogenese hierbei macht es durchaus erforderlich, auch den vegetativen Kernen in Anbetracht ihrer beim Fleckfieber ganz offenkundig leidenden regulativen Tätigkeit eine genauere Untersuchung zuteil werden zu lassen. Die Kreislauforgane, die Capillaren zumal, spielen demgegenüber ja doch häufig genug nur die Rolle von Erfolgsorganen. Daß dem Zustand der nervösen Zentren beim Fleckfieber auch sonst noch eine sehr erhebliche Bedeutung beizumessen ist, wird schon mit dem Meningismus der ersten Zeit, dem Hirndruck, sodann den nach der ersten Woche fast immer in mehr oder weniger starkem Maße auftretenden Stämmgangliensyndromen — außer den zentralen Atem- und Zirkulationsstörungen — nahegelegt. Dazu können schwere Lähmungserscheinungen von seiten der Extremitäten kommen, welche im allgemeinen cerebrally bedingt sind, wenn auch die Vorgänge in der Muskulatur, nach der Steigerung der direkten Erregbarkeit, den fasciculären Zuckungen, den idiomuskulären Wülsten usw., gestört sein mögen. Von dem peripheren Nervensystem sind indessen mit einiger Regelmäßigkeit nur die Hirnnerven einer Affektion ausgesetzt. Hier und da werden aber sicher Neuritiden im Spiele sein. (Den myasthenieartigen Erscheinungen ist hier *v. Stockert* nachgegangen. Den N. opticus hat *Müller* und den N. acusticus *Seiferth* einer genaueren Untersuchung unterzogen.)

Die Ähnlichkeit mit der Encephalitis lethargica erstreckt sich nicht zuletzt auch auf die Verlaufsweise. Ebenso wie dort knüpfen beim Fleckfieber die Residuärzustände durchaus nicht immer unmittelbar an das akute Krankheitsgeschehen an. Gleichfalls hängen sie nicht gradweise von ihm ab. Wenn sie weiterhin nur in einem Bruchteil der Erkrankungen eintreten, so erfordert das hier wie dort die Annahme einer besonderen Pathoklise. Im übrigen zeigt sich, daß die Fleckfieberpathologie wie überhaupt, so auch hierin zu größerer Akuität neigt, als die *v. Economosche* Krankheit¹: Man meint oft, der Patient wäre schon über den Berg, und muß es dann erleben, daß auf einmal, ohne erkennbare äußere Ursache, ein erheblicher Defekt zutage tritt.

Es soll eingeräumt werden, daß es zuweilen auch an der gebotenen Rücksichtnahme des Rekonvaleszenten auf seine angegriffenen Gefäße gefehlt haben kann. In der Kasuistik ist denn auch keineswegs die Beobachtung fortgelassen worden, wo ein Patient entfiebert und sozusagen schon wieder auf die Beine gekommen, beim Treppenhinaufsteigen plötzlich einen apoplektischen Insult bekommt und jetzt seit Monaten mit seiner einstweilen recht wenig Rückbildungstendenz zeigenden spastischen Hemiplegie darniederliegt. War es indessen selbst hier schon nach Art und Gruppierung der Symptome das weniger Wahrscheinliche, daß eine Hämorrhagie zugrunde lag, so ist vollends bei einer ganzen Reihe von Patienten das Vorhandensein von pyramidalen, wie extrapyramidalen Ausfällen nachzuweisen gewesen, welche, jedenfalls klinisch gesehen, kaum als vasculär bedingt aufzufassen waren. Die anatomischen Befunde, welche allerdings größtenteils nur im Wege der Analogie heranzuziehen sind, sprechen ebensowenig dafür, daß Gefäßruptur oder Verschluß, auch bei den schwereren organischen Zeichen, in erster Linie in Betracht kommen. Ebensowenig darf man sich die Vorgänge nach Art disseminierter Prozesse vorstellen, am wenigsten aber wie eine Encephalomalacie. Eher wäre an das Beispiel der funikulären Myelosen anzuknüpfen, welche sich ja auch erst etablieren, nachdem die Noxe bereits eine Weile wirksam gewesen ist (*F. W. Bremer*², *M. Nonne*³). Dabei treten klinisch mehr oder weniger schwere Reiz- und Ausfallsymptome in die Erscheinung, ehe noch im Substrat ein Korrelat von entsprechender Deutlichkeit zu finden ist, so daß nur der Rekurs auf kolloidale Veränderungen, neben der Liquoruntersuchung, mit den psychiatrisch-neurologischen Befunden — wenigstens was das Initialstadium angeht — Schritt halten läßt. Das Zentralnervensystem ist nicht nur ein bevorzugter Sitz der eigentlichen Infektion, sondern es ist auch immer mit den Fleckfiebertoxinen zu rechnen, und zwar mit deren zuweilen offenbar gesteigerten Neurotropie.

Ist somit die Aufgabe des pathologischen Anatomen hinsichtlich der Spätstadien des Fleckfiebers nicht einfach, indem der zu supponierende Schaden des Zentralnervensystems nicht ohne weiteres greifbar, andererseits aber nicht einfach als „diffus“ abzutun hat (Über die Verwendung des Allergiebegriffs: *G. Walther*⁴, *H. Pette*⁵), so ist nach der geringen Elektivität, auf welche die klinischen Befunde hindeuten, die Neuro-pathologie, zumal nach der topischen Seite, vor nicht minder schwierige Probleme gestellt. In der Regel folgt auf die Defervescenz lediglich ein hyperästhetisch-emotioneller Schwächezustand, nicht anders, als man ihn auch bei allen anderen, zumal infektiösen, Schädigungen des Zentralnervensystems hat. Sind es auch umschriebene neurologische Symptome, welche auftreten, so liefern sie doch nicht in so eindeutiger Weise Anhaltspunkte für die lokalisatorische Zuordnung, wie man das in der eigentlichen Hirnpathologie, zumal bei Schußverletzungen und intra-

kraniellen Prozessen, gewohnt ist. Sie sind nicht so stationär und bieten bei aller vorübergehenden Isoliertheit und dementsprechend oft experimentellen Klarheit das Gepräge des Dynamischen, nämlich von gegenseitiger Hemmung und Förderung, sowie Auslösungen und Durchdringungen. Von seiten der Klinik, mit ihren ebenso bunten wie wandelbaren Bildern, müßte also zunächst einmal eine abgeschlossene Semiotik vorhanden sein. Die Situation der Forschung ist demnach vorerst die, daß der Akzent auf der genauen Verfolgung der Phasen und der Beschreibung der symptomatischen Einzelheiten am Krankenbett liegen muß, wobei dann anderwärts gezeitigte Ergebnisse zur Pathogenese und Topik neurologischer und auch psychischer Symptome die Interpretation zu unterstützen haben. Insonderheit werden bei dieser Sachlage Vorstellungsweisen weiterhelfen müssen, wie sie ganz allgemein mit der „Sejunktionshypothese“ *Wernickes*⁶ bezeichnet sind, in deren Sinne dann *Bonhoeffer*⁷, zur Beschreibung der betreffenden Störungen bei der Encephalitis lethargica, von einer „Dissoziation der Schlafkomponenten“ gesprochen hat: Nicht so sehr sind es einzelne Herde, welche sich nachteilig zur Geltung bringen, es findet vielmehr eine Störung im Zusammenwirken der Funktionen statt.

Stehen aber solche pathologischen Auflockerungen im Vordergrund, so kann es nicht überraschen, wenn die Reihe der Symptome vom Elementaren bis zum Komplexesten geht, ja bis zu voll entwickelten Psychosen, natürlich solchen exogener Natur. Am Ende ergibt sich aber doch, daß durchweg, auch bei den psychischen Störungen, deren Struktur insofern von anderen symptomatischen Psychosen abweicht, als bis zu einem gewissen Grade Rückschlüsse auf die jeweils in erster Linie betroffenen Hirnterritorien auch schon dem Kliniker möglich sind. Daß dazu auch schon die prämorbidie Persönlichkeit, ganz abgesehen von der Pathoplastik der psychotischen Inhalte, ihren Beitrag liefert, war nicht anders zu erwarten. Erbbiologische Faktoren hingegen treten etwas in den Hintergrund, es sei denn, daß man nach der relativ kleinen Zahl solcher Fälle eine besondere Disposition des Zentralnervensystems zu einer nachhaltigeren und tiefer greifenden Affektion durch Infektionen in Betracht ziehen will.

II. Hauptrichtungen des Krankheitsgeschehens.

Es erscheint als zweckmäßig, auch nach Art der Gliederung schon, das beigebrachte Material einigermaßen zu sichten. Überhaupt stellt die Kasuistik eine Auswahl dar. Zunächst ist daran zu erinnern, daß nicht in allen Fällen eine schwerer wiegende Beteiligung des Zentralnervensystems beim Fleckfieber, zumal im Sinne eines Hervortretens von umschriebenen psychisch-neurologischen Reiz- und Ausfallserscheinungen, vorliegt. Sodann war ja gerade das in den Mittelpunkt des pathogenetischen Interesses gerückt worden: daß es zum Ausdruck von

Schädigungen dieser Art meist erst in der Zeit einer scheinbaren Rekonvaleszenz kommt. Dieser Gesichtspunkt indessen, der einer Untersuchung der einzelnen Krankheitsstadien speziell darauf, bleibt jedoch, um nur erst einmal das Gesamtbild des Fleckfiebers nach seiner psychiatrisch-neurologischen Seite zu entwerfen, besser vorerst im Hintergrund. Auch die topische Betrachtung eignet sich mehr für den Teil, welcher die Besprechung der Ergebnisse bringt. Das erscheint auch insofern als angebracht, als die darin enthaltene Hervorhebung klinischer Probleme in den Versuch, eine — freilich, solange als die Nachprüfung des pathologischen Anatomien von Fall zu Fall aussteht, hypothetisch bleibende — Zuordnung zum anatomischen Substrat vorzunehmen, münden soll.

Die Einteilung geht also in dem beschreibenden Teil von der Symptomatologie aus. Hier empfiehlt es sich, nach dem Leitsatz: *Denominatio fit a potiori* die neurologischen Syndrome von den psychischen zu sondern. Mit den ersteren ist zweckmäßig zu beginnen, einmal wegen ihres fast universellen Vorkommens, sodann wegen ihres vergleichsweise elementaren Charakters. Es liegt dann nur in der Natur der Sache, wenn mit den komplexeren Störungen dieser Art sich ein Übergang zu den psychischen Syndromen findet. Auch hier sollen die deliranten Zustände als ebenso landläufige wie übersichtliche Veränderungen den Anfang machen. Zum Schluß kommen dann solche Beobachtungen, wo neben der Vielfältigkeit auch die Eigentümlichkeit der Erscheinungen zu strukturanalytischen Schwierigkeiten führt. Die Erweiterung der Kenntnis der Fleckfieber-symptomatik bringt dabei auch eine Bereicherung der allgemeinen psychiatrischen Symptomenlehre mit sich. Das gilt natürlich nicht minder von der Herausschälung neuropathologischer Funktionszusammenhänge, zu der die erste Gruppe, die von den vorwiegend auf neurologischem Gebiete hervortretenden Phänomenen, hinleiten soll.

a) Neurologische Syndrome.

O.-Gefr. G. M., geb. 13. 1. 16 (Fall 1). 17. 3. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Pat. erkrankte mit 6 Jahren an Diphtherie. Sonst ist Pat. nie ernstlich krank gewesen. Keine Geschlechtskrankheiten. Jetzige Beschwerden: Am 8. 3. 42 Kopfschmerzen, Benommenheit, Schwindelgefühl, Schüttelfrost, Fieber, Anfangstemperatur 39,6, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den Knien und Ellenbogengelenken. Befund: Lunge und Herz o. B. Milz nicht tastbar. Haut: charakteristisches Fleckfieberexanthem nicht vorhanden. Meningismus. Augenbewegungen nach links etwas abgeschwächt, Pupillen seitengleich, mittelweit. Prompte Reaktion auf Licht und Konvergenz. Zunge weicht etwas nach links ab. Linker Mundwinkel bleibt beim Zähnezeigen etwas zurück. Zentrale Facialisparese. Arme: Links keine aktive Beweglichkeit. Tricepsreflex, Beugesehnenreflex, Radiusperiostreflex links stärker als rechts. Tonus leicht spastisch. *Mayerscher* Grundphalangenreflex rechts positiv. Knips- und Schlagreflex links positiv. Bauchdeckenreflexe links fehlend. Cremasterreflex links abgeschwächt. Bein: Links keine aktive Beweglichkeit. Tonus links spastisch. Patellarsehnenreflex links stärker als rechts. Achillessehnenreflex links gesteigert. Patellarklonus links.

Positiver Babinski links. An der linken Schulter eine pfennigstückgroße Wunde mit tiefen Taschen. Vorläufige Diagnose: Linksseitige zentrale Lähmung nach Fieberzustand, wahrscheinlich Fleckfieber. 13. 3. 42: Weil-Felix: 1:1600. 22. 3. 42: Weil-Felix: 1:1600. 23. 3. 42: Pat. ist sehr schwer benommen. Alle Reaktionen sind verlangsamt. Zeitliche und auch örtliche Orientierung nur ganz approximativ. Name wird nicht angegeben. Bei der Frage nach dem Datum sagt er: „Weiß ich nicht.“ Die Frage, wie lange er schon hier sei, beantwortet er in bezug auf den Krankensaal richtig: nämlich einen Tag. Stimme langsam, leise und tonlos. Pat. liegt mit im Ellenbogen gebeugten linken Arm und mit gestrecktem linken Bein da. Der linke Arm kann aktiv nicht bewegt werden. Das linke Bein kann in der Hüfte, aber ohne Kraft, bewegt werden. Reflexprüfung ergibt spastische Hemiparese links mit Steigerung der Sehnenreflexe links. Rechts gesteigerte Fluchtreflexe. Links findet sich positiver Babinski, sonst keine pathologischen Zehenreflexe: Oppenheim, Mendel, Gordon, Rossolimo negativ. Bauchdeckenreflexe links fast fehlend, rechts erheblich herabgesetzt. Cremasterreflexe links fehlend, rechts abgeschwächt. Die Reflexprüfung führt zu einer über eine Viertelminute lang andauernden krampfhaften Anspannung der beiderseitigen Beinmuskulatur, besonders der Bauchdeckenmuskulatur, was als Schmerz empfunden wird, auch zu einer Daueranspannung im rechten, nichtgelähmten Arm. Leicht positiver Kernig. Die Bauchdecken bleiben im Anschluß an die Prüfung mehrere Minuten in einem gespannten Zustand. Opithotonus, lebhafte Schmerzáußerung bei Vorwärtsbeugen des Kopfes. Im Anschluß an die Prüfung der Nackensteifigkeit stellt sich ein myoklonischer Krampf im Bereich der Kaumuskulatur ein, insbesondere im Bereich des Masseters. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Das Gesicht ist kongestioniert und gedunsen, zeigt dabei Salbenglanz. Ausgesprochene Conjunctivitis. Prüfung auf direkte Muskeleerregbarkeit ergibt eine Steigerung, aber keine idiomuskulären Wülste, dagegen zeigt sich eine erhöhte Tendenz zu fibrillären Zuckungen im Anschluß an das Beklopfen im Bereich dieser Muskelgruppen. Diese Muskelzuckungen werden vom Pat. als unangenehm und, soweit sie tetanieartigen oder myoklonischen Charakter annehmen, als teilweise sehr schmerzhaft empfunden. Es besteht eine Hemihypästhesie links. Er bemerkt dazu, es sei ein ganz anderer Schmerz links. Unangenehm ist aber auch die Berührung rechts. Kein Haltungsverharren, keine Tonusstörungen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 23. 4. 42: Immer noch spastische Hemiparese links. Es sind aber wieder alle Bewegungen möglich, wenn auch mit erheblicher Herabsetzung der groben Kraft. Positiver Babinski und und Rossolimo, Mendel zweifelhaft, Oppenheim und Gordon negativ links. Mayer-scher Grundphalangenreflex links stark herabgesetzt. Beiderseits finden sich bei Bestreichen der Fußsohle Fluchtreflexe, links tritt demgegenüber überwiegend Prädilektionsspasmus mit Plantarflexion auf. Links Patellar- und Fußklonus, rechts nicht. Linksseitige Hemihyperpathie. Linker Mundwinkel wird noch schlecht innerviert. Die Sprache ist leicht dysarthrisch. Pat. gibt auch selbst an, daß ihm zeitweise das Sprechen sehr schwer gefallen sei. Eine Dysphasie hat aber weder nach seinen Angaben noch objektiv bestanden. Im ganzen wesentliche Besserung des Zustandes, ganz abgesehen von der guten Rückbildungstendenz der Parese. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 13. 1. 16 geborene Obergefreite bekam am 8. 3. 42 Kopfschmerzen, klagte über Schwindelgefühle, wurde benommen. Es wurde Fieber, mit 39,6 unter Schüttelfrost plötzlich beginnend, festgestellt. Er war appetitlos, ohne Schlaf, hatte weiterhin Schmerzen in den Knien und Ellenbogengelenken. Am 17. 3. 42 wurde er auf der Fleckfieberstation aufgenommen. Man fand hier gleich von vornherein organische Symptome am Zentralnervensystem: Meningismus,

Abschwächung der Augenbewegungen nach links, Abweichen der herausgestreckten Zunge nach links, Zurückbleiben des linken Mundwinkels beim Zähnezeigen, Aufhebung der aktiven Beweglichkeit des linken Arms bei spastischer Tonuserhöhung und Steigerung der Sehnenreflexe, Aufhebung des *Mayerschen* Grundphalangenreflexes, ebenso eine spastische Plegie des linken Beins mit Steigerung der Sehnenreflexe, Patellarklonus und positivem Babinski. An der linken Schulter hatte Patient eine pfennigstückgroße Wunde mit tiefen Taschen. Ein charakteristisches Fleckfieberexanthem bestand nicht. Es wurde als vorläufige Diagnose: „Linksseitige zentrale Lähmung nach Fieberzustand, wahrscheinlich Fleckfieber“ gestellt.

Ich sah den Patienten am 23. 3. 42, und zwar bei sehr schwerer Benommenheit. Alle Reaktionen waren verlangsamt. Die örtliche Orientierung war nur annähernd vorhanden. Zeitlich wußte er wohl, daß er in dem betreffenden Krankensaal seit einem Tage war, antwortete dagegen auf die Frage nach dem Datum ziemlich unwirsch: „Weiß ich nicht.“ Die Stimme war langsam, leise und tonlos. Patient lag in linksseitiger Prädilektionsparesehaltung da. Die Lähmung war am Arm noch total, das Bein konnte in der Hüfte, wenn auch ohne Kraft, wieder etwas bewegt werden. Die Sehnenreflexe waren links gesteigert. Der Tonus war spastisch erhöht. Links fand sich positiver Babinski, rechts bestanden Fluchtreflexe. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlten links, rechts waren sie erheblich herabgesetzt. Die Reflexprüfung führte zu einer eine Viertelminute dauernden krampfhaften Anspannung der beiderseitigen Beinmuskulatur, besonders aber der Bauchdecken, welche als schmerzhaft empfunden wurde, auch zu einer Anspannung im rechten, nichtgelähmten Arm. Die Bauchdeckenspannung bestand in diesem erhöhten Maß noch einige Minuten fort. Sonst zeigte sich erheblicher Meningismus. Bei Vorwärtsbeugen des Kopfes traten myoklonische Zuckungen im Bereich der Kaumuskulatur, zumal des rechten Masseters, ein. Das Gesicht war kongestioniert, auch gedunsen, hatte Salbenglanz mit Amimie. Es fand sich Conjunctivitis. Die direkte Muskeleerregbarkeit war erhöht unter Auftreten lang anhaltender fasciculärer Zuckungen. Diese tetanie- bzw. myoklonieartigen Erscheinungen wurden fast durchweg als sehr schmerzhaft empfunden. Links bestand Hemihypästhesie, wobei aber auch, soweit überhaupt eine Wahrnehmung erfolgte, die Andersartigkeit der Empfindung vom Patienten hervorgehoben wurde. Rechts sollte sie ebenso etwas Verändertes an sich haben.

Am 23. 4. 42 war immer noch eine starke spastische Hemiparese links vorhanden. Es waren jedoch alle Bewegungen wieder möglich, wenn auch mit erheblicher Herabsetzung der groben Kraft. Der Babinski und der Rossolimo waren positiv, der Mendel zweifelhaft, der *Mayersche* Reflex war links stark herabgesetzt. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlten links, rechts waren sie herabgesetzt. Bei Bestreichen der

Fußsohle traten beiderseits Fluchtreflexe auf, welche links meist von Pärdektionsspasmen, insbesondere mit krampfhafter Plantarflexion, überwogen wurden. Links waren Patellar- und Fußklonus auszulösen. Links fand sich eine ausgesprochene Hemihyperpathie. Der linke Mundwinkel wurde noch schlecht innerviert. Die Sprache war leicht dysarthrisch. Patient empfand selbst die Erschwerung des Sprechens, aber nur zeitweise. Im ganzen bestand eine Rückbildungstendenz.

Hier herrschten Reiz- und Ausfallserscheinungen vor, welche in erster Linie auf einen Prozeß in der Thalamusregion, vor allem rechts, sodann im Verlauf der rechtsseitigen Pyramidenbahn hindeuteten.

Soldat K. St., geb. 3. 1. 04 (Fall 2). Aufnahme am 30. 1. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Als Kind Diphtherie. Später nie ernstlich krank gewesen. Venerische Erkrankungen negiert. Jetzige Beschwerden: Am 25. 1. 42 Schüttelfrost und Fieber. Seitdem Temperaturen zwischen 38,5 und 40,0. Bei der Truppe wurde der Beginn eines Exanthems beobachtet. Der genaue Zeitpunkt ist nicht mehr festzustellen. Befund: Lunge: ganz vereinzeltes Giemen. Herz o. B. Milz: deutlich fühlbar. Haut zeigt ein spärliches kleinfleckiges roseoläres Exanthem am Stamm. ZNS. o. B. Psychisch etwas gehemmt. — Am rechten Bein in Höhe des Fibularköpfchens eine Verdickung, die sich hart anfühlt. Fibularköpfchenbruch. 10. 3. 42: Pat. bietet ein marantisches Bild. Er ist beiderseits sehr schwerhörig, außerdem ist aber auch die Aufmerksamkeit herabgesetzt. Besondere Klagen bringt er nicht vor. Es besteht im ganzen eine verdrossene, mürrische Verfassung; dabei spielt die begreifliche Besorgnis eine Rolle, daß die Lähmung nicht wieder zurückgehen könnte. Er sei seinerzeit (18. Krankheitstag) schon in der Genesung gewesen, sei schon herumgelaufen, und er habe nun einen im oberen Stock befindlichen Kameraden besuchen wollen. Er sei wohl schon auf der Treppe gewesen, als dann alles abgerissen sei, er habe sich im Bett wiedergefunden mit einer Unbeweglichkeit des rechten Armes und Beines. Irgendwelche Schmerzen, insbesondere im Kopf, habe er nicht gehabt, sich auch nicht besonders schlecht gefühlt. Eine Besserung sei seitdem nicht eingetreten. Pat. liegt auf der nichtgelähmten linken Seite mit leicht angezogenen Knien, rechts besteht schon in Kontrakturierung übergegangene totale Lähmung. Die Patellar-, Achillessehnen-, Radiusperiost- und Tricepsreflexe waren rechts nicht auszulösen. Bei der Tonusprüfung ergibt sich nur der mit der Kontraktur bestehende Widerstand, ohne eigentliche Spasmen. Rechts besteht andeutungsweise positiver Babinski, links besteht: Hyperreflexie, positiver Rossolimo und Oppenheim, sowie Gordon. Bei Prüfung des Babinski links ergeben sich gesteigerte Fluchtreflexe. Patellar- und Fußklonus ist beiderseits nicht auszulösen. Mayerscher Grundphalangenreflex links abgeschwächt, rechts fehlend. Bauchdecken- und Cremasterreflexe rechts fehlend, links abgeschwächt. Auf sehr energische Aufforderung und bei lebhaftem Bemühen gelingt es dem Pat., das Bein in der Hüfte etwas, aber ohne Kraft, zu beugen. Es bestehen auch nach Aussagen des Pat. Mastdarm- und Blasenstörungen. Alle 5—6 Stunden tritt eine unwillkürliche Entleerung von Urin ein. Die Stuhlentleerung erfolgte nur auf Mittel, meist waren aber Einläufe nötig. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Rechts besteht eine zentrale Facialisparesie. Zunge wird nur unvollkommen herausgestreckt, weicht stark nach rechts ab. Sprache dysarthrisch, aber weder eine motorische, noch eine sensorische Aphasie. Sensorisch-aphasische Störungen selbst im Sinne einer erschwerten Wortfindung haben auch zu Anfang nicht bestanden. Es besteht am linken Bein Haltungsverharren mit einem Gemisch von Flexibilitas cerea und vereinzelten Spasmen. (gez. Prof. Betzendahl.) 11. 4. 42: Gestern konnte Pat. sein bis dahin vollkommen schlaff gelähmtes Bein wieder anziehen, und zwar

war dabei die Beugung im Hüft- und Kniegelenk möglich. Dagegen sind die Bewegungen im Fußgelenk und in den Zehen vollkommen unmöglich. Es zeigt sich erhebliche Hyperreflexie besonders rechts, rechts besteht auch Patellar- und Fußklonus, zuweilen überlagert von mittelschlägigem Tremor. Wenn dem Fuß eine Varusstellung gegeben wird, stellt sich sofort Tremor ein. In Valgusstellung zeigt sich Klonus. Der Tonus ist immer noch hochgradig herabgesetzt, indessen treten vereinzelte Spasmen hervor. Positiver Babinski. Rossolimo, Mendel, Gordon und Oppenheim fehlten. Links keine pathologischen Zehenreflexe mehr. Bauchdeckenreflexe rechts weitgehend herabgesetzt, etwas besser im oberen Drittel, ebenso Cremasterreflex. Links leichte Herabsetzung der Bauchdeckenreflexe, dagegen ist der Cremasterreflex wohl in normaler Stärke auslösbar. Der rechte Arm ist immer noch total gelähmt. Pat. gibt an, daß der rechte Arm sich nachts neuerdings ein wenig von selbst beuge. Auch die Finger sollen sich ein wenig bewegen, und zwar im Sinne des Zugreifens. Alles aber unwillkürlich. Der rechte Mundwinkel ist schon wieder relativ gut zu innervieren, wenn auch noch eine starke Verziehung des Mundes besteht. Die Stirn wird beiderseits gut gerunzelt. Auf der rechten Körperhälfte besteht noch eine leichte Gefühlsveränderung. Pat. sagt, daß es etwas taub sei. Die Herabsetzung ist aber sehr gering. Auch Hautschrift wird rechts wie links leidlich erkannt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 23. 4. 42: Pat. sieht wohler aus. Er versucht immer, seine Gliedmaßen zu bewegen; es gelingt ihm aber nur mit der Hüftbewegung, sonst ist noch alles paralytisch. In der Nacht hat er nach wie vor bemerkt, wie der rechte Arm sich von selbst im Ellenbogengelenk gebeugt habe. Die Sprache ist intakt. Die herausgestreckte Zunge weicht erheblich nach rechts ab. Es besteht eine ganz leichte Hemihypästhesie rechts, vorzugsweise im Sinne einer qualitativen Veränderung der Empfindungen. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 3. 1. 04 geborene Soldat wurde am 30. 1. 42 auf der Fleckfieberstation aufgenommen. Am 25. 1. 42 hatte er Fieber mit Schüttelfrost bekommen. Seitdem bewegten sich die Temperaturen zwischen 38,5 und 40,0. Schon bei der Truppe wurde der Ausbruch eines Exanthems beobachtet, welches jetzt auch spärlich, und zwar am Stamm bestand und von kleinfleckig roseolärer Beschaffenheit war.

Der Patient wurde mir am 10. 3. 42 vorgestellt. Er war nach einem typischen Fieberverlauf längst fieberfrei, war aber am 18. Krankheitstag, als er schon in der Genesungsabteilung herumgelaufen war und nun auch einen im oberen Stockwerk befindlichen Kameraden besuchen wollte, plötzlich zusammengebrochen. Es wäre „auf einmal alles abgerissen“ gewesen. Er hätte „sich im Bett wiedergefunden mit einer Unbeweglichkeit des rechten Arms und Beines.“ Irgendwelche Schmerzen, insbesondere im Kopf, hätte er nicht gehabt, sich auch nicht besonders schlecht gefühlt. Eine Besserung wäre seitdem, dem 12. 2. 42, nicht eingetreten. Patient lag auf der nichtgelähmten Seite mit leicht angezogenen Beinen. Es bestand Hemiplegie rechts. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe, Radiusperiost- und Tricepsreflexe waren rechts nicht auszulösen. Bei der Tonusprüfung fand sich nur der mit der weitgehenden Kontraktur gegebene Widerstand, aber keine Spastizität. Der Babinski war rechts angedeutet positiv. Der *Mayersche* Reflex fehlte rechts. Links bestand: Steigerung der Sehnenreflexe, positiver Rossolimo

und Oppenheim. Ferner waren in gesteigertem Maße Fluchtreflexe vorhanden. Patellar- und Fußklonus waren nicht zu bekommen. Der *Mayersche* Reflex war links abgeschwächt. Die Bauchdeckenreflexe waren rechts geschwunden, links herabgesetzt. Auf sehr energische Aufforderung und bei lebhaftem Bemühen gelang es dem Patienten, das Bein in der Hüfte etwas, aber ohne Kraft, zu beugen. Nach Angaben des Patienten trat alle 5—6 Stunden eine unwillkürliche Entleerung von Urin ein. Die Stuhlentleerung erfolgte nur auf Mittel; meist waren dabei Einläufe notwendig. Rechts fand sich eine zentrale Facialisparese. Die Zunge wurde nur unvollkommen herausgestreckt, wick stark nach rechts ab. Die Sprache war dysarthrisch. Eine motorische und sensorische Aphasie hatte nie auch nur im mindesten bestanden, auch nicht etwa bloß als erschwerte Wortfindung. Die Augenbewegungen waren frei, ohne Nystagmus. Am linken Bein trat Haltungsverharren mit einem Gemisch von *Flexibilitas cerea* und vereinzelt Spasmen zutage. Beiderseits fand sich hochgradige Schwerhörigkeit. Daneben war die Aufmerksamkeit herabgesetzt. Patient befand sich in einer verdrossenen, mürrischen Verfassung, welche aber reaktives Gepräge trug, entsprechend seiner Besorgnis, daß er ein Krüppel bleiben könnte.

Am 11. 4. 42 konnte er das bis dahin vollkommen schlaff gelähmte Bein wieder anziehen, nun auch mit, freilich schwacher, aber doch aktiver Beugung im Kniegelenk. Nur im Fuß, einschließlich der Zehen rührte sich nichts. Im Gegensatz zu vordem war jetzt im rechten Bein eine erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe festzustellen, welche die der linken Seite sogar noch überwog. Es fand sich rechts weiterhin Patellar- und Fußklonus, zuweilen überlagert durch mittelschlägigen Tremor. Wenn der rechte Fuß in der Varusstellung festgehalten wurde, stellte sich sofort Tremor ein; in Valgusstellung zeigte sich aber Klonus. Der Tonus war immer noch weitgehend herabgesetzt, indessen traten jetzt vereinzelte Spasmen hervor. Der Babinski war positiv. Die anderen Zehenreflexe fehlten rechts, links waren sie nicht mehr pathologisch. Die Bauchdeckenreflexe waren rechts wiedergekommen, wenn auch noch sehr herabgesetzt, zumal in den unteren Dritteln. Auch der Cremasterreflex war wieder da, nur schwächer als auf der Gegenseite, wo er als normal zu bezeichnen war. Die Bauchdeckenreflexe waren links noch etwas abgeschwächt. Der rechte Arm war noch total gelähmt; Patient hatte indessen zu berichten, daß er sich nachts neuerdings von selbst ein wenig im Ellenbogengelenk beuge. Die Finger sollten sich dabei im Sinne des Zugreifens bewegen: Das geschähe aber alles ganz unwillkürlich. Der rechte Mundwinkel wurde wieder relativ gut innerviert. Der Mund war jedoch in der Ruhe noch verzogen. Die Stirn wurde beiderseits gut gerunzelt. Auf der rechten Körperhälfte empfand der Patient eine leichte Gefühlsveränderung, die er mit „Taubheit“ bezeichnete. Eine quantitative Störung des Gefühlsvermögens ließ sich

aber kaum feststellen. Auch Handschrift wurde links wie rechts leidlich erkannt. Am 23. 4. 42 hatte die Besserung wenigstens bezüglich der Sprache noch weitere Fortschritte gemacht. Patient suchte seine Beweglichkeit durch fleißiges Üben zu fördern. Er sah viel wohler aus.

Hier war insultartig eine Hemiplegie rechts aufgetreten, nachdem Patient schon völlig entfiebert und ziemlich beschwerdefrei war. Erschütterungen, vielleicht nach Einflüssen kongestiver Art beim Treppenhinaufsteigen haben ohne Zweifel den Anstoß gegeben. Die Herdbildung kann nur von geringem Umfang gewesen sein. Sie ist zentraler bzw. supranukleärer Art gewesen. Nach dem Fehlen von länger dauernder Bewußtseinstörung ist sie nicht als sehr ausgedehnt anzusehen. Um die Rinde kann es sich als Sitz nicht handeln, vor allem nach dem Halbseitencharakter. Die Sprachstörungen waren dysarthritischer Natur, nicht aphasischer. Es kommt in erster Linie der Hirnstamm für die Lokalisation der Ausfallserscheinungen in Frage.

Gefr. K. M., geb. 16. 3. 10 (Fall 3). 6. 3. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Nie ernstlich krank gewesen. Infectio veneris negiert. Jetzige Beschwerden: Am 1. 3. 42 Kopfschmerzen, Temperatur wurde nicht gemessen, Schüttelfrost. Am 2. 3. 42 Rückenschmerzen. Temperatur 37,4. Befund: Lunge und Herz o. B. Milz vergrößert tastbar. Haut: disseminierte Exanthem. ZNS.: Reflexe schwach auslösbar, keine pathologischen Zeichen. Psychisch etwas gehemmt. 8. 3. 42: Typhus 1:50. Weil-Felix negativ. 9. 3. 42: Benommenheit. 13. 3. 42: Temperatur abgesunken. Kreislauftherapie notwendig. 16. 3. 42: Weil-Felix 1:200 positiv.

16. 3. 42: Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: Vollkommen initiativlos und apathisch. Bei Fragen jedoch attent, nur schwer besinnlich. Zeitlich desorientiert, sagt statt des 16.: 18. oder 19. Örtlich nicht genau orientiert, weiß nur, daß er in einem Lazarett ist. Keinerlei Stellungnahme, kein adäquates Krankheitsgefühl, sagt, daß er sich nicht krank fühle, fügt hinzu, fieberkrank zu sein, weil er ewig Fieber gehabt habe. Neigung zu Perseverationen und agrammatikalischer Darstellung. „Weil ich Fieber hatte, wurde ich ins Lazarett geschoben und wieder abgeschoben.“ Schnelles Versiegen der sprachlichen Äußerung. Dauernde Fixation des untersuchenden Arztes bei völlig amimischem Gesicht. Katalepsie und Haltungsverharren beiderseits. Ganz leichte Steigerung der Sehnenreflexe rechts. Keine pathologischen Zehenreflexe, kein Klonus. Bauchdeckenreflexe rechts eine Spur schwächer als links. An den Hirnnerven keine deutlichen Symptome, außer einem Abweichen der Zunge nach rechts. Etwas monotone, cerebellar anmutende Sprache. Hypotonie. Gelenke etwas schlotterig bei der Diadochokinese, keine energischen antagonistischen Bewegungen. Kein Nystagmus. Feinschlägiger Tremor der ausgestreckten Hände. Protrusio bulbi beiderseits. Pupillen übermittelweit, seiten-gleich. Glanzauge. Blasser Gesichtsfarbe mit Flecken livider Rötung. Reduzierter Allgemeinzustand. Keine Delirien, auch nachts nicht. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 17. 3. 42: Heute ausgesprochene euphorische Haltung. Er erkennt den Referenten wieder, redet ihn auch richtig an, sagt freudig lächelnd, es gehe ihm gut. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 27. 3. 42: Stark benommen, trotzdem ausgesprochene Bejahungsbereitschaft. Man braucht nur etwa im Zuge der Tonusprüfung, sich mit den Händen zu nähern, um alsbald eine durchaus entgegenkommende Bewegung auszulösen. Dabei besteht ein Zustand stärkster Prostration, durch den die grobe Kraft fast völlig aufgehoben ist und ohne derartige Anregungen Bewegungen und Lageveränderungen fast gänzlich unterbleiben. Völlig initiativlos. Ausgesprochene

Fluchtreflexe, rechts mehr als links. Starkes Zusammenschrecken, wenn man sich wieder mit ihm beschäftigt. Rechts Babinski, links auch, aber nur in angedeutetem Maße und hinter anderen Reflexen zurücktretend. Kein Patellar- und Fußklonus. Das Sensorium zeigt dauernd die Tendenz abzusinken. Bauchdeckenreflexe abgeschwächt, links mehr als rechts, ebenso die Cremasterreflexe. Sprache vollkommen heiser bis zur Aphonie, sehr matt und leise. Nasenflügelatmung. Wenn der Rapport einmal hergestellt ist, erfolgt dauerndes Verfolgen des Arztes mit den Blicken, solange irgendwelche sprachlichen oder manipulatorischen Äußerungen erfolgen; sonst wieder Verfallen in den somnolenten Zustand. Blickwendungen vollziehen sich sehr prompt, dabei findet ein Haften an dem fixierten Gegenstand statt. Wird dieser, etwa der Reflexhammer, in eine andere Stellung gebracht, so folgt der Pat. mit blitzschnellen Blickänderungen. Pat. ist stark ikterisch. Er bekommt Traubenzucker mit Insulin. (gez. Prof. *Betzendahl*.) In der Folgezeit bereitete sich ein Versagen der zentralen Regulationen von Atmung und Kreislauf vor. Am 30. 3. 42 erfolgte Exitus letalis.

Zusammenfassung. Der am 16. 3. 10 geborene Gefreite bekam am 1. 3. 42 Kopfschmerzen und Schüttelfrost. Am 2. 3. 42 hatte er auch über Rückenschmerzen zu klagen. Die Temperaturmessung ergab 37,4. Am 6. 3. 42 gelangte er zur Aufnahme auf der Fleckfieberstation. Die Milz war vergrößert tastbar. Die Haut bot ein disseminierte makulöses Exanthem. Die Reflexe waren schwer auslösbar. Er erschien gehemmt. Am 8. 3. 42 ergab sich: Typhus: 1 : 50, Parat. B. und Weil-Felix negativ. Am 16. 3. 42 war der Weil-Felix mit 1 : 200 positiv.

Am 16. 3. 42 wurde der Patient mir gezeigt, weil er nach Beendigung seiner Kontinua vor 4 Tagen immer noch psychisch stark verändert wirkte. Ich fand ihn vollkommen initiativlos und apathisch, aber bloß solange, wie er sich selbst überlassen war. Auf Fragen war die Zuwendung sogar prompt bis zur Hypervigilant, nur daß im Gegensatz zu der körperlichen Attitüde gespannter Aufmerksamkeit im Grunde Schwerbesinnlichkeit vorlag. Er war zeitlich und örtlich ungenau orientiert. Es bestand kein adäquates Krankheitsgefühl. Bei seinen weiteren Äußerungen machte sich eine perseveratorische Tendenz geltend, so daß die grammatikalischen Zusammenhänge dauernd durchbrochen wurden. Ein Beispiel war der Effekt der Erkundigung nach seiner Krankheit, wo dann die Beantwortung: sich nicht krank zu fühlen, zu weiteren Äußerungen in wirrer Folge führten: fieberkrank gewesen zu sein, ewig Fieber gehabt zu haben und schließlich: „Weil ich Fieber hatte, wurde ich in ein Lazarett geschoben und wieder abgeschoben.“ Damit versickerten dann seine Verlautbarungen völlig. Er fixierte aber zwangshaft weiter den Arzt, bei ganz amimischem Gesicht. Er zeigte auch Katalepsie und Haltungsverharren. Die Sprechweise war monoton. Bei Prüfung der Diadochokinese ergab sich fast das Bild des Schlottergelenks. Die Hypotonie stand im Vordergrund. Antagonistische Bewegungen waren ohne Energie. Die ausgestreckten Hände zeigten feinschlägigen Tremor. Beiderseits fand sich: Protrusio bulbi, Mydriasis und Glanzaugen. Die Gesichtsfarbe war blaß mit Flächen livider Rötung.

Die Sehnenreflexe waren rechts ganz leicht gesteigert. Die herausgestreckte Zunge wich nach rechts ab. Die Bauchdeckenreflexe waren rechts eine Spur schwächer als links. Der Allgemeinzustand war sehr reduziert.

Am Tage darauf war Patient ausgesprochen euphorisch. Er erkannte mich wieder, redete mich richtig an und sagte freudig lächelnd, es ginge ihm gut. Am 27. 3. 42 indessen, nachdem man den Patienten bis dahin für außerhalb aller Gefährdung gehalten hatte, sah ich ihn im stark benommenen Zustand wieder. Auch jetzt bot er wieder, unter Versagen freilich bei komplexeren Aufgaben, aus völliger Antriebslosigkeit heraus eine äußerst lebhaft Bejahungsbereitschaft: man brauchte nur, etwa im Zuge der Tonusprüfung, sich mit den Händen zu nähern, um alsbald irgendeine entgegenkommende Bewegung auszulösen. Berührung der Unterschenkel führte zum Auftreten von Fluchtreflexen, besonders rechts. Das Sensorium zeigte fortwährend die Tendenz zum Absinken. Solange man sich mit ihm beschäftigte, auch im Verlaufe eigener sprachlicher oder manipulatorischer Entäußerungen, verfolgten die Augen zwangsmäßig jeden stärkeren Sinneseindruck. Dem danach sich wieder etablierenden somnolenten Zustand war er immer nur unter heftigem Zusammenfahren zu entreißen. Die Bewegungen, vor allem die Blickwendungen, gingen jeweils blitzschnell vor sich; sie wirkten durchaus hemmungslos und unwillkürlich. Dabei bestand hochgradige Prostration. Die grobe Kraft fehlte gänzlich. Rechts war der Babinski ausgesprochen positiv, auch ohne weiteres zu bekommen; links trat er meist hinter sonstigen pathologischen Reflexen, vorzugsweise extrapyramidalen Art, zurück. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe waren jetzt beiderseits, links mehr als rechts, herabgesetzt. Aus diesem Zustand heraus, unter zunehmender ikterischer Verfärbung, trat der Exitus letalis am 30. 3. 42 ein.

Hier beherrschten enthemmte subcorticale Mechanismen das Bild.

Gefr. K. P., geb. am 20. 3. 08 (Fall 4). 8. 3. 42: Familienanamnese o. B. Frühere Erkrankungen: Ist angeblich nie ernstlich krank gewesen. Jetzige Erkrankung: Kann sich nicht richtig besinnen, meint, er sei seit 14 Tagen krank (nach den Einweisungsberichten schon 4 Wochen). Es sei ein solches Durcheinander im Kopf gewesen. Immer solche Kopfschmerzen. Jetzige Beschwerden: Immer Kopfschmerzen. Es sei ein Durcheinander im Kopf. Alkohol: mäßig. Nicotin: nein. Geschlechtskrankheiten: nein. Befund: Mann von schwerkranken Aussehen. Liegt wie schlafend mit geschlossenen Augen da. Ansprechbar, ist leicht benommen. Über Ort und Zeit einigermaßen orientiert. Kann über den bisherigen Krankheitsverlauf keine Auskunft geben. Sagt erst, er habe keine Beschwerden, gibt dann Kopfschmerzen an. — Gesicht etwas asymmetrisch. Kopf nicht klopf- und druckempfindlich. Keine Nackensteifigkeit. Augäpfel frei beweglich, soweit zu prüfen. Kein Nystagmus. Einzelne Zuckungen beim Blick nach rechts und links. Rechts Pupille maximal eng, links maximal weit. Verengung der Pupillen bei Konvergenz und bei Lichteinfall nicht wahrnehmbar (sehr helles Zimmer). Zunge trocken, rissig. Weicher Gaumen und Uvula trocken. Tonsillen nicht vergrößert. Hals o. B. Lunge: rechts hinten unten Dämpfung, verlängertes und verschärftes

Exspirium. Knistern und feinblasige Rasselgeräusche. Verstärkter Stimmfremitus. Links o. B. Vorn o. B. Herz in normalen Grenzen, Töne rein, Aktion regelmäßig. Blutdruck 90/55 mm Hg. Leib: weich, nicht eingezogen, etwas gebläht. Leber und Milz nicht nachweislich vergrößert. Genitale o. B. Extremitäten o. B. Linker Mundwinkel steht etwas tiefer, beim Sprechen keine deutliche Schwäche. Willkürliche Bewegungen werden auf Aufforderung nicht richtig gemacht. Hirnnerven sonst nicht gestört. Armreflexe rechts gleich links. Bauchdecken- und Cremasterreflexe rechts gleich links in normaler Stärke auslösbar. Patellar- und Achillessehnenreflex seitengleich in normaler Stärke auslösbar. Keine Spasmen, keine Kloni, keine krankhaften Reflexe. Beim Zeigefinger-Nasenversuch erweist sich leichte Unsicherheit, aber kein eindeutiges Vorbeizeigen. Keine Adiadochokinese. Soweit zu prüfen, keine Sensibilitätsstörungen. Kein deutlicher Kernig. Fachärztliche Untersuchung der Ohren ergibt keinen krankhaften Befund. Vorläufige Krankheitsbezeichnung: Encephalitis? Gegen Abend munter. Pat. ißt allein mit Appetit. Im dunklen Zimmer ist die rechte Pupille jetzt mittelweit und verengert sich träge und wenig auf Lichteinfall. Konvergenz nicht zu prüfen, da Pat. nicht richtig konvergiert. Urin o. B. Diazo: o. B. 9. 3. 42: Pat. fühlt sich wohl. Blutdruck 90/55 mm Hg. Die augenfachärztliche Untersuchung ergibt außer der Weite der linken Pupille keinen krankhaften Befund, auch nicht am Augenhintergrund. Da es sich um einen Verdacht auf Fleckfieber handeln könnte, wird eine Agglutinationsprüfung durchgeführt. 10. 3. 42: Keine Temperaturerhöhung mehr. Über der Lunge auskultatorisch und perkutorisch kein krankhafter Befund mehr. Die linke Pupille ist nicht mehr so weit wie am 8. 3., ist aber noch wesentlich weiter als rechts und verengert sich noch träge auf Lichteinfall. 11. 3. 42: Agglutination auf Fleckfieber 1:800 positiv. Wird wegen Fleckfieber heute in das Kriegslazarett verlegt.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: 15. 3. 42: Pat. wird dem Beratenden Psychiater, Prof. *Betzendahl*, vorgestellt. Pat. liegt vollständig regungslos im Bett, zeigt von sich aus keinen Antrieb. Geht indessen auf alles, was an ihn herantritt, hingestelltes Essen ebenso wie sprachliche Aufforderungen, ohne Widerstreben ein, nur daß alles verlangsamt ist. Die körperliche Untersuchung ergibt: Links vereinzelte Spasmen. Sehnenreflexe: bei vermehrter Ansprechbarkeit verringerter lokomotorischer Effekt. Links sind sie etwas mehr gesteigert als rechts. Links angedeutet positiver Babinski. Beim Bestreichen der Fußsohle Plantarflexions-spasmus, bei stärkerer Reizung Fluchtreflexe. Rechts stehen die Fluchtreflexe ganz im Vordergrund. Bauchdeckenreflexe beiderseits herabgesetzt, links mehr als rechts, besonders in den beiden unteren Dritteln. Cremasterreflexe herabgesetzt, besonders links. Bei Prüfung des Tonus, schon oft nach einmaligem passivem Beugen und Strecken des Beines im Knie, tritt Reiteration im Sinne von Treibbewegungen auf, mit schließlichem Übergang zuweilen auch auf das andere Bein. Im weiteren Verlauf ausgesprochene Bejahungsbereitschaft und Neigung zum Mitmachen: es brauchen sich bloß die Hände des Untersuchers zum Bein hinzubewegen, um sofort den gleichen Vorgang wieder auszulösen. Passive Bewegungen an den Armen, besonders Beugung im Ellenbogengelenk, hinterlassen pagodenhaftes Schaukeln in langsamem Rhythmus, etwa ein halbes Dutzend Male. Stellt man sich an das Fußende des Bettes, so wird jede vorgemachte Bewegung ganz spiegelbildlich bis zu den Fingerbewegungen nachgeahmt. Ausgesprochenes Haltungs-verharren nach passiven Bewegungen. Ein hingehaltener Gegenstand, etwa der Reflexhammer, führt sofort zum Zugreifen mit Festhalten, wobei sich dieser Greifreflex sehr bald unter Nachgreifen und Magnetreaktion zu einem Schnappen steigert. Eine Seitendifferenz besteht hier nicht. Das Gesicht ist vollkommen amimisch mit Salbenglanz, zeigt vasomotorische Rötungen. Der Sprachantrieb ist besonders gering. Die Sprache ist monoton und abgerissen: sehr bald verstummt Pat. wieder. Pupillen, ohne daß Mittel gegeben worden sind, mittelweit, mit erheblicher

Anisokorie; rechts weiter als links. Augenbewegungen frei. Kein Nystagmus. Keine Tremorerscheinungen. Kein Klonus. (gez. Prof. *Betzendahl.*) 16. 3. 42: Pat. zeigt nach wie vor echopraktische Störungen. Liegt im allgemeinen initiativlos da. Sowie ihm etwas hingestellt wird, wie z. B. der Eßnapf, fängt er an in einer etwas mechanisch anmutenden Weise zu hantieren. (gez. Prof. *Betzendahl.*) 17. 3. 42: Vollkommen gleiches Bild. Überhaupt zeigt das Krankheitsgeschehen stationären Charakter. (gez. Prof. *Betzendahl.*) 19. 3. 42: Bauchdeckenreflexe links herabgesetzt. Hyperreflexie links mehr als rechts. Vor allem finden sich sehr gesteigerte Fluchtreflexe. Links Fußklonus. Sehr starke Bejahungsbereitschaft, Haltungsverharren, Katalepsie. Echopraxie im spiegelbildlichen Sinn bis in die feinsten Fingerbewegungen hinein. Heute sehr starkes Hervortreten athetotischer Bewegungen sowohl an den Fingern als auch an den Zehen. Psychischer Status unverändert. (gez. Prof. *Betzendahl.*) 27. 3. 42: Links Hyperreflexie; dabei handelte es sich in erster Linie um Fluchtreflexe, das Bein wird im Hüft- und Kniegelenk gebeugt. Der Fuß ist in Varusstellung dorsal flektiert. Etwas Andeutung von Fächerphänomen. Babinski, Rossolimo, Mendel, Gordon und Oppenheim negativ. Bei Bestreichen der Fußsohle klonische Anspannung der gesamten Beinmuskulatur, indessen ohne lokomotorischen Effekt. *Mayerscher* Reflex links etwas schwächer als rechts. Bauchdeckenreflexe nicht herabgesetzt. Bejahungsbereitschaft, Mitbewegung, Haltungsverharren, dazwischen rigorartige Tonusvermehrung auch mit *Zahnradphänomen*. Linke Pupille erheblich weiter als die rechte, indessen Licht- und Konvergenzreaktion intakt. Anisokorie bleibt dabei bestehen. Sehr lebhaft vasomotorische Reaktion. Bei jeder leisen Anstrengung, auch wenn er auf für ihm wichtige Dinge zu sprechen kommt, kongestive Rötung im Bereich des ganzen Gesichtes. Puls o. B. Sensibilität intakt. Keine Angaben über Schmerzen, etwa solche zentraler Genese. Echopraxie nach wie vor ausgesprochen. An Krankheiten hat Pat. nur eine Lungenentzündung mit 4 Jahren gehabt; an Unpäßlichkeiten habe er sonst nie gelitten. Er sei in der Schule gut mitgekommen. Habe gute Schulleistungen gehabt. Verheiratet, 1 Kind. Familienleben in Ordnung. Pat. ist Melker von Beruf. Offenbar biedere und ausgeglichene Persönlichkeit. (Wie ist Ihnen jetzt zu Mute?) „Ich fühle mich sehr gut, nur daß ich nicht gehen kann.“ Weshalb können Sie denn nicht gehen? („Weil es immer schmerzt und reißt, dann muß ich mich setzen.“) Fühlen Sie sich ein wenig erregbar? („Nein, nicht.“) Empfindlich? („Ja, ich bin es geworden.“) (Wie steht es mit dem Licht?) „Nein, ich kann es nicht ertragen, auch Geräusche nicht, sogar das Radio ist mir zuwider.“ Auf der Station ist die Erfahrung gemacht worden, daß bei Absetzen der Sedativtherapie: Luminal, Morphin, Veronal täglich, sofort alle Patienten nächtliche Unruhe zeigten. Er gibt weiter an, daß der Appetit sehr gut sei. Auch die Stimmung sei ganz gut, er könne nicht klagen. Keine Anhaltspunkte für Zwangsaffekte oder auch emotionelle Schwäche. Die Überempfindlichkeit beschränkte sich lediglich auf die tetanusartige Krampfbereitschaft, wobei dem Pat. in Gestalt von Schmerzen der Effekt der Muskelanspannung und außerdem die unmittelbare Belästigung durch starke Sinneseindrücke zu Bewußtsein kommen. (Was haben Sie für ein Gefühl, wenn Sie mir alles nachmachen?) „Das weiß ich nicht, daß muß ein Magnetismus sein oder sonst etwas.“ (Können Sie sich nicht dagegen wehren?) („Das weiß ich nicht, ich muß alles mitmachen.“) (Wenn ich — wobei der Referent den Arm in einer vertrakten Stellung hält — den Arm so halte, müssen Sie das alles mitmachen?) „Ja, ich weiß auch nicht, wie das kommt.“ (Und wenn ich Ihnen den Hammer in die Hand gebe?) „Wenn man die Hand ausstreckt, dann greift man ja immer fester zu. Das ist so ein Nachgreifen.“ Der Referent hält ihm den Hammer hin, und schon greift Pat. danach. Der Referent bemerkt dazu, jetzt habe er es ja wieder getan. Der Pat. muß dazu lachen und sagt: „Aber nicht so stark.“ (Ist Ihnen das direkt unangenehm?) „Es ist so ein Kribbeln, und ich muß danach greifen.“ (Sie sollen es doch nicht, es ist doch mein Hammer!) „Es

ist so, als ob ich es machen muß.“ Tatsächlich braucht man nur mit dem Hammer in die Nähe zu kommen, um eine Öffnung der Hand zu erzielen und dann ein Zupacken. Schließlich sagt Referent: „Jetzt werde ich aber ganz böse, wenn Sie es noch einmal machen.“ Das ist aber vollkommen zwecklos, da der Vorgang wie ein Reflex, dem Willen des Pat. entzogen, abläuft. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 10. 4. 42: Pat. sagt, es ginge ihm ganz gut. Er sieht frischer und einigermaßen aufgeräumt aus. Im linken Bein spürt er manchmal nach Bewegungen noch einen Krampf, auch Zittern, aber das alles nur in den Beinen. Die Nötigung, alle Bewegungen seines Gegenübers mitzumachen, besteht nicht mehr. Als die Probe darauf gemacht wird, zeigt sich keinerlei Ansatz dazu. Auch der Greifreflex ist jetzt vollkommen weg. Pat. sagt auch noch einmal retrospektiv, daß ihm das damals sehr merkwürdig vorgekommen und auch unangenehm gewesen sei, alles anfassen zu müssen, und zwar so, daß er den Gegenstand nicht habe loslassen können. Die Stimme hat noch etwas tremolierendes. Bei maximaler Innervation des Mundes periorale Unruhe, besonders der Oberlippe. Der linke Mundwinkel bleibt etwas zurück. Geklagt wird noch über die Beine, in denen er noch vor 3—4 Tagen heftige Krämpfe gehabt habe. Ein längeres Aufsein damals habe sich mit einem Fieberanstieg bemerkbar gemacht und auch mit einer Entstehung dieser Schmerzen. Der ganze Zustand sei plötzlich verschwunden gewesen. Die Ruhe habe sich dabei gut ausgewirkt. Schlafen und Appetit seien in Ordnung. Über besonderen Durst habe er nicht zu klagen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 11. 4. 42: Die heutige Untersuchung ergibt außer den schon erwähnten Symptomen, daß keine Pyramidenzeichen vorhanden sind bis auf eine kleine Reflexdifferenz. Bauchdeckenreflexe zeigen keine Differenzen (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 20. 3. 08 geborene Gefreite wurde am 8. 3. 42 auf der inneren Abteilung des Kriegslazarets aufgenommen, hatte kurze Einweisungsberichte bei sich, wonach er schon 4 Wochen nicht mehr ganz gesund gewesen sein sollte. Er selbst konnte sich nicht mehr richtig besinnen, meinte, er wäre 14 Tage krank; es wäre solch ein „Dureheinander im Kopf“ gewesen, immer hätte er solche Kopfschmerzen gehabt. Patient sah schwer krank aus, er lag zunächst wie schlafend da, war aber leicht erweckbar; nur blieb eine Benommenheit. Die Orientierung über Ort und Zeit war einigermaßen erhalten. Die Temperatur war mäßig erhöht. Über den bisherigen Krankheitsverlauf konnte er keine Angaben machen; er leugnete zuerst auch alle Beschwerden, um dann Kopfschmerzen zuzugeben. Die Nystagmusprüfung ergab einige Zuckungen beim Seitwärtsblick. Die rechte Pupille war maximal verengt, die linke Pupille weit. Die Lichtreaktion fehlte beiderseits. Beim Zeigefinger-Nasenversuch wurde Unsicherheit notiert. Der linke Mundwinkel sollte etwas tiefer stehen. Willkürliche Bewegungen wurden bei Aufforderungen nicht richtig gemacht. Sonst fand sich aber am Zentralnervensystem nach der Krankengeschichte keine Veränderung. Über der Lunge bestand: rechts hinten unten eine Dämpfung, verlängertes und verschärftes Exspirium, Knistern und feinblasige Rasseleräusche und verstärkter Stimmfremitus. Die fachärztliche Ohrenuntersuchung ergab nichts Pathologisches. Man dachte zunächst an eine Encephalitis. Am Abend war der Patient munter. Er aß mit Appetit. Bei der Nachprüfung der rechten Pupille, welche jetzt im dunklen Zimmer

mittelweit erschien, war die Lichtreaktion immer noch träge und wenig ausgiebig. Zum Konvergieren war Patient nicht zu bringen. Die augenärztliche Untersuchung einschließlich des Hintergrundes stellte sonst keine Abweichung von der Norm heraus. Der Urin war o. B. Die Diazoreaktion war negativ. Am 9. 3. 42 fühlte sich der Patient wohl. Der Blutdruck war wie bei der Aufnahme mit 90/55 mm Hg erniedrigt. Da immerhin der Verdacht auf Fleckfieber rege werden mußte, wurde eine Agglutinationsprüfung durchgeführt. Am 10. 3. 42 bestand keine Temperaturerhöhung mehr. Die Lunge war jetzt frei. Die Anisokorie war etwas zurückgegangen, die Lichtreaktion war aber immer noch erheblich gestört. Am 11. 3. 42 kam das positive Weil-Felix-Resultat mit 1 : 800. Daher erfolgte jetzt Verlegung auf die Fleckfieberstation.

Dort wurde der Patient mir am 15. 3. 42 vorgestellt. Er lag vollständig regungslos im Bett, geriet aber sogleich in Bewegung, wenn irgendwelche Aufforderungen an ihn ergingen, auch solche zum Essen etwa unter einfachem Hinstellen des Napfes. Alles war verlangsamt. Bei der körperlichen Untersuchung traten ausgesprochene Bejahungsbereitschaft und Neigung zum Mitmachen hervor. Die wiederholten passiven Beugungen und Streckungen bei der Tonusprüfung führten zu Treibbewegungen, bzw. pagodenhaftem Schaukeln. Die motorischen Phänomene zeigten die Neigung zum Übergang auf die Gegenseite. Brachte man nach einer Weile in ähnlicher Weise wie vordem die Hände in die Nähe seines Körpers, so wiederholte sich das Spiel sofort. Stellte man sich etwa an das Fußende seines Bettes, so wurden eingenommene, auch ganz vertrakte, Haltungen und Bewegungen in spiegelbildlicher Weise bis in die Fingerglieder hinein nachgeahmt, auch wenn es sich nicht um die Person seines Arztes sondern um eine beliebige, irgendeinen Soldaten, handelte. Voraussetzung war die Ingangsetzung der, dabei ganz passiv bleibenden Aufmerksamkeit. Es fand sich auch Haltungsverharren. Hingehaltene Gegenstände, z. B. der Reflexhammer, führten sofort zum Zupacken und Festhalten. Der Greifreflex steigerte sich sehr bald unter Magnetreaktion und Nachgreifen zu einem Schnappen. Das Gesicht war vollkommen amimisch mit Salbenglanz, zeigte vasomotorische Rötungen. Der Sprachantrieb war besonders gering. Das Sprechen war monoton und abgerissen. Immer trat bald wieder Verstummen nach jeder provozierten Verlautbarung ein. Die Sehnenreflexe waren gesteigert ansprechbar, aber mit verringertem lokomotorischem Effekt. Die linke Seite war mehr betroffen. Links fand sich auch angedeutet positiver Babinski. Beim Bestreichen der Fußsohle trat bei stärkerer Reizung Fluchtreflex, sonst Plantarflexionsspasmus auf. Rechts standen die Fluchtreflexe im Vordergrund. Die Bauchdeckenreflexe waren beiderseits herabgesetzt, besonders in den beiden unteren Dritteln, ohne Seitendifferenz. Die Anisokorie bestand fort.

Am 16. 3. 42 beherrschte nach wie vor die Echopraxie das Bild, ebenso am folgenden Tag. Am 19. 3. 42 war die pyramidale, wie auch die extrapyramidale Hyperreflexie stärker geworden, mit den gleichen Seitendifferenzen. Am 27. 3. 42 waren fast nur noch subcorticale Mechanismen nachweisbar, und zwar links, während sich rechts die Reflexstörungen zurückgebildet hatten. Der linke Fuß zeigte Varusstellung mit Dorsalflexion. Andeutungsweise ließ sich Fächerphänomen auslösen. Bestreichen der Fußsohle führte zu myoklonischen Erscheinungen am ganzen Bein. Der *Mayersche* Reflex war links etwas schwächer als rechts. Bei der Prüfung des Tonus wechselte sich Herabsetzung mit plötzlicher rigorartiger Vermehrung, auch unter Auftreten von Zahnradphänomen, ab. Bei Fortbestehen der Anisokorie war nunmehr die Lichtreaktion links besser geworden. Die Konvergenzreaktion ließ sich auch erzielen. Bei jeder Inanspruchnahme traten starke vasomotorische Reaktionen hervor, bis zu Kongestionen im Kopfbereich. Es bestand nach den Angaben des Patienten eine Überempfindlichkeit, indessen lediglich in Gestalt einer unverhältnismäßigen Belästigung durch stärkere Sinnesindrücke, vor allem aber eine tetanusartige Krampfbereitschaft, welche jeweils starke Schmerzen in den angespannten Muskelpartien im Gefolge hatte. Eine besondere Erregbarkeit im Bereich der eigentlich seelischen Vorgänge, auch Schreckhaftigkeit, bestanden nicht: Es war dem Patienten bloß einfach alles „zuviel.“ Bemerkenswert war hier, wie der Patient die Erscheinungen als ihm aufgedrungen und unbeeinflussbar durch seinen Willen erlebte: „Das muß ein Magnetismus gewesen sein oder sonst etwas. Ich muß alles mitmachen. Ich weiß auch nicht, wie das kommt. Wenn man die Hand ausstreckt, dann greift man ja fester zu, das ist so ein Nachgreifen. Es ist so ein Kribbeln, und ich muß danach greifen. Es ist so, als ob ich es machen muß.“ Bei den entsprechenden Versuchen in den nunmehr vorliegenden Stadien der Besserung lachte Patient zu dem immer noch positiven Ausfall und meinte, „unterdrücken“ ließe sich dergleichen nicht, aber es wäre „nicht mehr so stark.“

Am 10. 4. 42 sah Patient viel frischer und einigermaßen aufgeräumt aus. Im linken Bein verspürte er manchmal noch nach Bewegungen einen Krampf, auch Zittern. Die Primitivreflexe waren nicht mehr auszulösen. Patient bemerkte retrospektiv, daß ihm das damals sehr merkwürdig vorgekommen und auch unangenehm gewesen wäre: „alles habe er anfassen müssen“ und zwar „so fest,“ daß er den Gegenstand nicht habe loslassen können. Die Stimme hatte noch etwas Tremolierendes. Bei maximaler Innervation des Mundes trat periorale Unruhe auf. Der linke Mundwinkel blieb etwas zurück. Bei einem längeren Aufsein vor 3 oder 4 Tagen hatte er einen Fieberanstieg (objektiv richtig) bekommen, im übrigen wieder heftige Krämpfe in den Beinen. Der ganze Zustand wäre dann plötzlich verschwunden gewesen, wobei wohl die Ruhe gut

getan hätte. Am 11. 4. 12 fanden sich außer einer noch persistierenden, aber geringfügigen Krampf- und Zitterbereitschaft im linken Bein und einer leichten Reflexdifferenz mit Steigerung links keinerlei Abweichungen von der Norm.

Das Krankheitsbild war ein fast ausschließlich striopallidäres.

O.-Gefr. A. M., geb. am 23. 3. 11 (Fall 5). 6. 5. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: nie krank gewesen. Jetzige Beschwerden: Krank seit 5 Tagen. Beginn mit Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerzen. Befund: Pat. in reduziertem Allgemeinzustand, einen schwerkranken Eindruck machend. Zunge gelblich belegt, trocken. Tonsillen o. B. Lunge: Voller Klopfeschall. Bronchitische Geräusche über beiden Lungen. Herz o. B. Puls weich. Leib weich, Milz nicht tastbar. Leber o. B. Extremitäten o. B. Haut: Roseolen und Blutungsflecke. Psychisch: benommen, etwas delirant. Vorläufige Diagnose: Fleckfieber.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: Wie geht es denn hier?) „Herrlich.“ (Was fehlt Ihnen denn?) „Gar nichts.“ (Wieviel Uhr ist es denn?) Es wird ihm die Uhr gezeigt. Das Uhrablesen gelingt nicht. (Wieviel Finger sind es?) Fingerringen ist in Ordnung. (Wer bin ich denn?) „Sie lächeln. Sie lieben mich doch.“ (Ich lächle, weil Sie ein braver deutscher Soldat sind.) Pat. greift das sofort auf und meint, wozu er eine stramme Haltung im Bett einnimmt: „Das bin ich auch.“ Pat. kommt allmählich wieder aus dem angeregten Rapport heraus und gerät dafür in rhythmische Zuckungen, wobei er die Hände anhebt, als wolle er, wie zum Taktieren einer Musik sich bewegen. Mehr beteiligt ist die linke Seite. Bei der Mimik nimmt nur der rechte Mundwinkel teil, sonst ist das Gesicht starr. Mit den Augen fixiert er unaufhörlich. (Wie lange sind Sie krank?) „Sie wollten ja Deutschland angreifen.“ (Und dabei haben Sie geholfen zu verteidigen?) „Ja, ich habe furchtbare Kraft.“ (Was sind Sie von Beruf?) „Weber.“ (Aus welcher Gegend?) „Aus Sachsen. Sachsen lebt nicht mehr.“ Pat. ist sehr suggestibel, insbesondere besteht eine Echomie, was den Ausdruck um den rechten Mundwinkel angeht. Jedes Lächeln spiegelt sich sofort bei ihm. Einfache Aufforderungen wie Zungezeigen werden sofort befolgt. (Wo sind Sie hier?) „In Japan. Das sind alles Deutschlands Gegner.“ (Japan?) „Ja, ja.“ (Hat man Sie verschleppt?) „Ja, ich bin blöde.“ (Sie sind krank.) „Das kann sein. Wollen Sie mir helfen?“ Pat. machte dazu eine Gebärde des Kindlicherfreuten unten Reiben der Handflächen aneinander, dann guckt er erwartungsvoll den Referenten an, als ob die Hilfeleistung gleich vor sich gehen sollte. Als die Musik vom Radio herüber klingt, fängt er an, mit dem Becken wippende Bewegungen auszuführen. Auch dabei zeigt sich etwas Quitschvergnütes in seiner Miene. Als etwas einschmeichelnde Melodien kommen, zeigt sich ein Anflug des Lächelns, wie beseligt schließlich schläft er ein. Sein Verhalten erinnert an das eines Säuglings, Körperlich findet sich eine hochgradige Hypotonie. Die Sehnenreflexe sind herabgesetzt, von sehr geringem lokomotorischem Effekt. Der linke Fuß zeigt Equino-varus-Stellung. Die Großzehe befindet sich in Dauerbabinskistellung. Beiderseits besteht breites Bein. Bei Bestreichen der Fußsohle tritt bei stärkerem Bestreichen Fluchtreflex auf, wobei aber das Bein wohl im Hüftgelenk angezogen wird, während bezüglich des Fußes Plantarreflexionseignung hervortritt. Bei leiser Reizung findet sich links positiver Babinski. Rossolimo links und rechts positiv. Mendel beiderseits negativ. Bei Prüfung des Oppenheim Streckung und Plantarflexion sämtlicher Zehen, links in sehr ausgesprochenem Maße, rechts nicht deutlich. Beiderseits Fuß- und Patellarklonus. Bauchdeckenreflexe beiderseits herabgesetzt. Beim Zungezeigen starke periorale Unruhe, Neigung zum Schnauzkrampf. Grobe Ataxie. Beiderseits Greifreflex. Als dem Pat. der Stiel des Reflexhammers an die Lippen gebracht wird, fängt er sogleich mit entsprechendem Schlürftönen an zu saugen.

Greifreflex ist ebenfalls beiderseits vorhanden. Nachdem der Saugreflex erneut geprüft ist, perseveriert er, schon bei bloßer Annäherung an den Pat., und überlagert den Greifreflex. Als einige Zeit gewartet worden ist und der Pat. gemäß der Neigung des Sensoriums zum Absinken vollkommen abwesend, fast schlafend ist, wird der Greifreflex erneut geprüft und nun spricht er mit aller Energie an, so daß es kaum gelingt, den Hammer zu entwinden. Dabei erweist sich die linke Seite als deutlich mehr betroffen. Bulldogreflex ist ebenfalls vorhanden. Die Schwester sagt vom Pat., daß er morgens, wenn sie den Saal betritt, äußert, er solle erschossen werden, oder man solle ihn erschießen. Wenn man ihm unvermutet einen leichten Klaps auf die Hand gibt, gerät er in eine allgemeine Streckstarre, die sich dann in einem immer grobschlägiger werdenden Tremor auflöst. Nur ganz leichter Meningismus. (Was haben wir heute für einen Tag?) „Mittwoch.“ In Wirklichkeit Sonntag. (Welches Datum?) „41.“ Zum Schluß kneift ihn der Referent ein bißchen in die Großzehe, die unter der Bettdecke hervorschaut. Darauf schaut ihn der Pat. ganz angsterfüllt an. (Was mache ich da?) „Sie wollen mich tot machen.“ (gez. Prof. Betzendahl.) 12. 5. 42: Pat. hat bis zum 6. 5. 42 eine Kontinua gehabt, von da ab wird die Temperatur unregelmäßig, mit abendlichen Erhebungen bis auf 40 und 40,2. Seit dem 10. 5. befindet sich die Temperatur in einem fast kritischen Abfall. Am 12. 5. sinkt sie morgens auf 36,8, um dann am Nachmittag wieder 38 zu erreichen. Die Pulskurve bewegt sich mit Schwankungen seit dem Morgen des 7. 5. um 120 herum, während sie vordem um 100 lag. Nach dem Bericht eines San.-Grades ist er fast nie bei sich. Er war in dieser Zeit vorwiegend mit seinen Gedanken zu Hause. Ab und zu bekommt er heftige Erregungszustände, bei denen offenbar das Bewußtsein verloren geht. Er kommt unter anderem dazu, aus seinem Bett aufzustehen, mit ganz ekstatischem Blick und Zittern an allen Gliedern, um dann seine Faeces mitsamt dem Urin vor seinem Bett zu deponieren. Nachträglich kommt er offenbar wieder zu sich, zeigt dann eine gewisse Scham mit Zorn verbunden, als ob er mit sich selbst unzufrieden wäre. Damit ist der Anfall aber nicht immer abgeklungen, sondern manchmal überfällt ihn eine Art von Schüttelfrost, bei dem er starr um sich blickt und auch nicht spricht. Die sprachlichen Äußerungen sind überhaupt ziemlich spärlich, die Stimme ist fast ganz erloschen. In der Rede stockt er immer wieder. Sein Erinnern gibt er durch Zeichen kund. Hin und wieder scheint es, als ob ihn erotische Gefühle überfielen: er himmelt seinen Pfleger an, vielleicht auch mit einer Dankbarkeit im Ausdruck. Vor allem versucht er, ihn an sich zu ziehen und ihn zu umarmen. Überhaupt versucht er seine Erkenntlichkeit durch Streicheln und Sichanklammern auszudrücken. Dabei bewegt er auch die Lippen, bis ihn schließlich ein Affekt der Rührung überkommt, mit Tränenausbruch und wie zum Weinen verzogener Miene. Die emotionelle Schwäche ist schon immer aufgefallen, auch bei der heutigen Schilderung. Wenn er sich selbst überlassen bleibt, dämmert er vor sich hin, schließt dazu halb die Augen. Berührt man ihn dann, fährt er wie erschreckt zusammen. Seit heute zeigt er auch während des soporösen Zustandes dauernd kleine Zuckungen besonders im Bereich des Schultergürtels. Pat. sieht cyanotisch aus. Das Gesicht ist eingefallen. Die Augen liegen tief und sind haloniert. Die Atmung ist oberflächlich, erfolgt stoßweise mit Nasenflügelbeteiligung; dazu erfolgen auch Mitbewegungen von seiten des Kiefers. Die Nahrungsaufnahme ist seit heute sehr schlecht. Wenn er wieder zu sich kommt, wird die Atmung blasend. Auf Anruf wendet er sich zu. Auf die Frage, ob er den Referenten kenne, beeifert er sich „ja“ zu sagen. Er kann sich aber nicht weiter darüber aussprechen. Alles erfolgt aus extremer Schwäche heraus. Die Anstrengung führt zu vermehrten Zuckungen; auch fasciculäre Zuckungen sind ständig sichtbar. Der kurze Impuls hat genügt, seine Kräfte völlig zu erschöpfen. Er sinkt wieder zurück und bietet ein somnolentes Bild, mit allen Zeichen der Hinfälligkeit. Es besteht allgemein eine hochgradige Prostration. Über irgendwelche Wahnhinhalte, abgesehen von der deliranten

Entrückung nach Hause, ist auch vom Pflegepersonal nichts zu erfahren. Beide Füße, besonders aber der rechte, stehen in Pes-equino-varus-Stellung. Der Patellarreflex fehlt rechts. Es besteht auch kein Patellarklonus; dagegen findet sich rechts schon bei einfacher Berührung ein mittelschlägiger Tremor des Fußes. Links sind die Sehnenreflexe am Bein leicht gesteigert. Patellarklonus läßt sich auch hier nicht auslösen, wohl aber Fußklonus, der aber hier keinen Tremorcharakter trägt. Die Zehen stehen rechts in Spreizstellung. Es findet sich hier Andeutung von Dauerbabinski. Bei Bestreichen der Fußsohle besteht Fächerphänomen mit Plantarflexion des Fußes, insbesondere der gestreckten Zehen. Ein Babinski ist nicht auslösbar. Es findet sich Abduktion der kleinen Zehe im Sinne des *Puusepp*schen Reflexes. Auch links sind die Phänomene andeutungsweise vorhanden; ab und zu findet sich positiver Babinski. Rossolimo und Mendel sind beiderseits negativ, ebenso Oppenheim und Gordon. Die Armsehnenreflexe sind beiderseits herabgesetzt, rechts mehr als links. Der Bauch ist kahnförmig eingezogen, rechts fehlen die Bauchdecken- und Cremasterreflexe, links sind die Bauchdeckenreflexe spurweise vorhanden, der Cremasterreflex fehlt auch hier vollkommen. Beim Erheben des rechten gestreckten Beins alsbald schmerzhaftes Verziehen des Gesichtes. Opisthotonus, Kernig und Lasègue positiv. Der Puls offenbar unter Einwirkung von Cardiacal leicht gespannt, dabei frequent. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 13. 5. 42: Pat. liegt ruhig da, die Atmung ist besser geworden. Die Cyanose ist zurückgegangen. Der Blick wird freier, bei der Zuwendung ist er weniger schreckhaft. Er bietet jetzt im wesentlichen das Bild weitgehender Mattigkeit, aber ohne die vorher bestehenden cerebralen Reizerscheinungen und zentralen Kreislaufstörungen. Nach Bericht der Schwester soll er sogar im Verlauf des Tages Zeiten gehabt haben, wo er, nach ihrem Dafürhalten, psychisch ganz normal erschien. Die Temperatur ist auf 37,8 gestiegen. Der Puls hält sich aber bei 100 herum, sowohl heute morgen als auch am Tage vorher. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 14. 5. 42: Wieder Ansteigen der Temperatur. Kreislauf verschlechtert sich. Kein Lungenbefund. 15. 5. 42: Pat. kommt heute infolge einer akuten Kreislaufschwäche ad exitum. Weil-Felix 1:1600 positiv.

Zusammenfassung. Der am 23. 3. 11 geborene Obergefreite, Weber von Beruf, wurde am 6. 5. 42 auf der Fleckfieberstation aufgenommen, nachdem er 5 Tage vorher Fieber mit Schüttelfrost und Kopfschmerzen bekommen hatte. Er bot einen reduzierten Allgemeinzustand, machte im übrigen einen schwerkranken Eindruck. Die Zunge war gelblich belegt und trocken. Es waren bronchitische Geräusche hörbar. Der Puls war weich. Die Haut zeigte Roseolen und Blutungsflecke. Der Patient war benommen und subdelirant. Als vorläufige Diagnose wurde Fleckfieber gestellt.

Ich sah den Patienten am 10. 5. 42. Es ginge ihm „herrlich,“ es fehlte ihm „gar nichts.“ Er konnte Finger zählen, aber nicht Uhrablesen. Auf die Frage, wer ich wäre, antwortete er: „Sie lächeln, sie lieben mich doch.“ Auf die Erwiderung, daß das freundliche Gesicht dem braven tapferen deutschen Soldaten gelte, nahm er im Bett sofort stramme Haltung an und versicherte, das wäre er auch. Der Kontakt löste sich aber wieder. Die Angeregtheit verlor sich in eine vergnüglich aussehende rhythmische Bewegung des ganzen Körpers unter Taktieren mit den dazu angehobenen Händen. Die linke Seite zeigte Mehrbeteiligung. Die Blicke aber haften nach wie vor an seinem Gegenüber.

Sonst war die Miene starr, bis auf den rechten Mundwinkel. Als er nun gefragt wurde, wie lange er schon krank wäre, erfolgte ein Vorbeireden: „Sie wollten ja Deutschland angreifen.“ Ob er bei der Verteidigung geholfen hätte, führte zu der Entgegnung: „Ja, ich habe furchtbare Kraft.“ Er wäre jetzt in Japan. Alles wären Deutschlands Gegner, auch die Japaner. Als ihm dann gesagt wurde, daß er doch krank sei, meinte er erwartungsvoll: „Das kann sein, wollen Sie mir helfen?“ Dazu machte er eine Gebärde kindlichen Erfreutseins, rieb die Handflächen aneinander. Zwischenhinein tönte die Radiomusik herüber, worauf er sogleich wieder mit dem Becken wippende Bewegungen ausführte und quetschvergnügt tat. Auf den Übergang der erst kadenzierten Klänge zu melodioseren schloß er wie ein zufriedener Säugling ein.

Neurologisch fand sich eine hochgradige Hypotonie. Die Sehnenreflexe waren kaum zu bekommen. Der linke Fuß zeigte equino-varus-Stellung. Die Großzehe zeigte Dauerbabinski. Beiderseits bestand breites Bein. Bei Bestreichen der Fußsohle erfolgte bei stärkerer Reizung Anziehung im Hüftgelenk, aber unter Plantarflexionsneigung. Bei geringem Reiz trat weitere Dorsalflexion der Großzehe ein. Rossolimo war beiderseits positiv. Bei Prüfung des Oppenheims fand sich Plantarflexion unter Streckung der Endphalangen sämtlicher Zehen, links in sehr ausgesprochenem Maße. Beiderseits bestand Fuß- und Patellarklonus. Die Bauchdeckenreflexe waren beiderseits herabgesetzt. Beim Zähnezeigen trat starke periorale Unruhe mit vorübergehendem Schnauzkrampf auf. Es zeigte sich grobe Ataxie. Beiderseits war Greifreflex auszulösen, welcher besonders links mit einem erheblichen Kraftaufwand einherging. Als der Stiel des Reflexhammers an die Lippen gebracht wurde, fing Patient sogleich mit lautem Schlürfen an zu saugen. Es fand sich auch Bulldogreflex. Auf Wiederannäherung, und zwar schon von weitem, fing Patient erneut an, lutschende Lippenbewegungen auszuführen. Diese perseveratorische Tendenz verdrängte bis zur Einschaltung einer Pause von einigen Minuten auch die anderen Primitivreflexe wie das Zupacken und Nachgreifen. Ein leichter Schlag auf die Hand hatte eine Schreckstarre zur Folge, welche sich allmählich in einem immer grobschlägigeren Tremor auflöste. Als er leicht in die Großzehe gekniffen wurde, schaute Patient den Referenten ganz angsterfüllt an und erwiderte auf die Frage, was er da machte: „Sie wollen mich totmachen.“ Auch die Schwester berichtete, daß der Patient des Morgens, wenn sie hereinträte, immer äußerte, er sollte erschossen werden, das aber auch von sich aus verlangte. Patient war zeitlich ganz desorientiert. Patient hatte bis zum 6. 5. eine Kontinua gehabt. Von da ab wurde die Temperatur unregelmäßig, mit abendlichen Erhebungen bis zu 40 und 40,2. Am 12. 5. sank die Temperatur plötzlich auf 36,8, um am Nachmittag wieder 38 zu erreichen. Die Pulskurve hat sich seit dem Morgen des 7. 5. um 120 herum bewegt, während sie vordem auf 100 blieb.

Ich sah den Patienten noch am 12. 5. und 13. 5. Es war ein Kräfteverfall unverkennbar. Patient sah cyanotisch aus. Meist war er soporös, wobei sich dauernde kleine Zuckungen im Bereich des Schultergürtels zeigten. Die Atmung war oberflächlich und andeutungsweise schnappend, mit Nasenflügelbeteiligung. Die Augen lagen tief. Die Nase war spitz geworden. Im ganzen bestand Facies hippokratica. Patient war aber noch erweckbar. Wenn er wieder zu sich kam, wurde die Atmung blasend. Bei Anruf wendete er sich zu. Auf die Frage, ob er den Referenten kannte, beeiferte er sich, „ja“ zu sagen. Der kurze Impuls genügte aber, um seine Kräfte völlig zu erschöpfen. Er sank wieder zurück mit allen Zeichen der Hinfälligkeit, war nun somnolent. Die Anstrengung hatte zu vermehrten Zuckungen, auch fasciculärer Art, geführt. Beide Füße, besonders der rechte, hatten equino-varus-Stellung. Der Patellarreflex fehlte rechts; dagegen war schon bei leiser Berührung, welche eine Spannungsänderung der Muskulatur in sich schloß, ein mittelschlägiger Tremor des ganzen Fußes auszulösen. Links waren die Sehnenreflexe am Bein leicht gesteigert. Hier ließ sich ein regelrechter Fußklonus auslösen. Die Zehen standen hier in Spreizstellung, die Großzehe zeigte andeutungsweise Dauerbabinski. Bei Bestreichen der Fußsohle trat vollends Fächerphänomen mit Plantarflexion, insbesondere der in den Endphalangen gestreckten Zehen, auf. Besonders deutlich war der *Puuseppsche* Reflex mit Abduktion der Kleinzehe bei Bestreichen des lateralen Fußrandes. Babinski fand sich aber nicht. Sonst waren keine pathologischen Zehenreflexe vorhanden. Links fanden sich die gleichen Phänomene andeutungsweise. Ab und zu war hier positiver Babinski zu erhalten. Die Armreflexe waren beiderseits herabgesetzt, rechts noch mehr als links. Der Bauch war kahnförmig eingezogen. Die Cremasterreflexe fehlten beiderseits, rechts auch die Bauchdeckenreflexe, während sie links spurweise vorhanden waren. Es fand sich starker Meningismus. Der Puls war unter der Einwirkung der Cardiacia leicht gespannt, dabei frequent.

Nach dem Pflegebericht war er mit den Gedanken meist zu Hause. Ab und zu hatte er in der ersten Zeit noch heftige Erregungszustände bekommen, mit denen offenbar eine Bewußtseinsalteration verbunden war. Er stand dabei auch wohl auf, stand mit ekstatischem Blick, zitternd an allen Gliedern, neben seinem Bett, deponierte dann Urin und Faeces auf dem Fußboden. Beim Wiederezusichkommen bald darauf machte er ein beschämtes, geradezu zorniges Gesicht, als ob er mit sich unzufrieden wäre. Manchmal überfiel ihn danach noch eine Art von Schüttelfrost, wobei er starr um sich schaute, ohne zu sprechen. Überhaupt gab er wenig Sprachliches von sich. Die Stimme erschien meist fast erloschen. Er stockte auch dauernd. Sein Erinnern gab er durch Zeichen kund. Hin und wieder bot er ein erotisches Gebaren, himmelte seinen Pfleger an, möglicherweise auch nur aus Dankesgefühlen heraus,

suchte ihn aber an sich zu ziehen und zu umarmen. Überhaupt drückte er seine Erkenntlichkeit jeweils, vielleicht auch Angst, durch Streicheln und Sichanklammern aus. Dazu wurden die Lippen bewegt, bis schließlich ein Ausbruch von Rührung erfolgte, mit Tränen und wie zum Weinen verzogener Miene. Fortlaufend war er sehr schreckhaft. Die Nahrungsaufnahme war immer schlechter geworden.

Am 13. 5. schien alles sich gebessert zu haben. Der Schwester war er zu Zeiten als psychisch ganz normal erschienen. Die gleichviel weitgehende Mattigkeit sah in der Tat nach sich anbahnender Rekonvaleszenz aus. Die cerebralen Erscheinungen waren sicher geringer geworden. Die Temperatur war allerdings wieder auf 37,8 gestiegen. Es trat aber dann unter den Zeichen des Kreislaufversagens am 15. 5. ziemlich unerwartet der Tod ein.

Hier bestehen Symptome von seiten der Stammganglien und zwar sowohl von seiten des strio-pallidären als auch des thalamischen Systems, neben solchen diencephaler Art.

Gefr. J. G., geb. am 25. 1. 18 (Fall 6). 4. 2. 42: Vorgeschichte: Wegen Fieber zur Krankensammelstelle verlegt. Befund: Kein körperlich krankhafter Befund zu erheben. Diagnose: Zustand nach akutem Infekt. 13. 2.: Klagt über starke Schluckbeschwerden. Temperatur 38,3. Hintere Tonsille mit gelben Stippchen belegt. Diagnose: Angina. 17. 2.: Keine Stippchen mehr. Schluckbeschwerden haben nachgelassen. Temperatur um 37. 27. 2.: Nach gutem Allgemeinbefinden plötzlich Fieberanstieg, dazu Schluckbeschwerden. Die hintere Rachenwand zeigt Schleimstreifen. 1. 3.: Di.-Abstrich negativ. Kein Exanthem zu beobachten. 4. 3.: Das Fieber hält weiter um 38. Kontinua? Urin o. B. Körperlich kein krankhafter Befund zu erheben. Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Puls etwas weich. 9. 3.: Weil-Felix 1:200 positiv. Fleckfieber! 10. 3.: Temperatur heute morgen unter 37. Weil-Felix negativ. Allgemeinbefinden ausreichend gut. Im Gesicht zeigen sich vorübergehend rote Flecken. 15. 3.: Temperaturen ständig unter 37. 26. 3.: Gutes Allgemeinbefinden. 30. 3.: Pat. klagt immer noch über Knochen- und Gelenkschmerzen. Temperaturen normal. Novalgin, Chinin. 1. 4.: Sympatiol 3mal 15 Tropfen. 4. 4.: Die gestrige Temperaturerhöhung ist heute noch höher gestiegen. Es ist kein genauer Anhaltspunkt für die Temperatursteigerung zu finden. Eubasin 3mal 2 Tabletten. 5. 4.: Pat. klagt über Magenbeschwerden und erbricht wiederholt. Albucid 6mal 1 Tablette. 6. 4.: Temperaturen noch höher. Erbrechen. Lungen und Rachen o. B. Bauchdecken weich. Solvochin. $\frac{1}{4}$ mg Strophanthin und 10 ccm Traubenzucker i. v. 7. 4.: Temperaturen bleiben auf gleicher Höhe. Es bestehen heftige Kopfschmerzen. Die Milz ist tastbar. 8. 4.: Pat. steht seit dem 11. 2. 42 in stationärer Behandlung im hiesigen Lazarett. Ursprünglich wegen Angina aufgenommen. Am 2. 3. eine Kontinua von 39. Weil-Felix 1:200 damals. Am 8. 4. Weil-Felix negativ. Seit dem 3. 4. erneut Fieberanstieg, für den sich keine Anhaltspunkte finden lassen und der lediglich von heftigen Kopfschmerzen begleitet ist. Milz ist tastbar. Es besteht somit der Verdacht auf Fleckfieber. Pat. wird deshalb in das Fleckfieberlazarett verlegt. 8. 4.: Aufnahme im Fleckfieberlazarett: Befund: Schwerkranker Mann in reduziertem Allgemeinzustand. Gesicht hochgerötet. An Brust und Bauch multiples Exanthem. Puls klein und weich. Rachen gerötet. Zunge feucht, nicht belegt. Lunge o. B. Hier und da leises Giemen. Herz: Grenzen regelrecht, Töne rein und leise, Aktion regelmäßig. Abdomen: weich, eindrückbar. Milz tastbar. Leber nicht vergrößert. Extremitäten o. B. ZNS.: Keine pathologischen Reflexe auslösbar. Babinski negativ.

Weil-Felix 1:1600 positiv. 9. 4. 42: Pat. schreibt nachfolgenden Brief in ausfahrender, immer größer werdender Schrift, an seine Eltern: „9. 4. 1942 Rußland. Heisgelibte Eltern! Dis ist der letzte Brief der Ihr von mir erhaltet. Nähmlich wenn Ihr den Brief erhaltet bin ich Tot, ich merks jetzt schon in allen gliedern. Es ist fielleicht auch so besser für mich. Ich wer doch kaum mit dem Leben fertig gew, und ich war noch zu weich. Aber das hätte sich noch gegeben vielleicht. Das Schreiben fällt mir schwer. Also weint nicht um mich. Das ist das Schlimste was Ihr mir antuhn könnt. Ich muß die Kämp jetzt verlassen habe mich ganz für sie aufgeopfert nur war alles umsonst. Viel Grüße an Willi und dank und Meurer und Zahecke. Mama Papa ich danke euch in heißer Liebe habe immer an euch dacht freut auch aber noch des Lebens ich muß aufhören ich du könntest ich doch ein großes Kunstwerk w Grüße Berhard und alle auch.“

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: 15. 4. 42: Beiderseits Steigerung der Sehnenreflexe mit Patellar- und Fußklonus, links alles stärker als rechts. Links positiver Babinski. Beiderseits Neigung zu Fluchtreflexen, auch zu Treibewegungen, überhaupt zu allen möglichen anderen Pseudospontanbewegungen, wobei zuweilen eine abnorme Exkursionsbreite der Bewegung zutage tritt. Pat. gebraucht die Füße fast wie die Arme, z. B. versucht er mit dem rechten Fuß, den er extrem proniert, unter Spreizen der Zehen bei abwechselnder Dorsal- und Plantarflexion den Reflexhammer zu greifen. Ausgesprochener Greifreflex rechts von seiten der Hand. Blitzschnelles Nachgreifen und sofort krampfhaftes Festhalten des erfaßten Gegenstandes, so daß ihm der nur mit Mühe entrissen werden kann. Dauerndes Betasten der Personen, die um ihn herum stehen. Erst haftet nur der Blick an der Kleidung, dann fängt der Pat. an zu betasten und zwar alles, einschließlich der schmutzigen Schuhsohlen. Alles, was in seiner Gegenwart besprochen wird, spricht er nach. Außer einer Echolalie, wobei er sich häufig in ein Schreien hineinsteigert, Echopraxie, die vollkommen spiegelbildlich ist bis in die kleinsten Einheiten hinein. Ab und zu paroxysmal, aber doch im Zuge der Untersuchung, Schreikrämpfe. Auch elementare Aggressivität mit Schlag- und Treibewegungen. Pat. behauptet, daß der Referent ihm seine Augen weggenommen habe und sie nun selbst im Gesicht trage. Ausgesprochene Hypermetamorphose. Die meisten Worte werden von ihm richtig nachgesprochen, doch bei schwierigen Worten des Diktats erfolgt nur ungefähre Nachahmung, vor allem der Wortfolge. Viele Iterationen. Eine exakte Prüfung des Tonus ist unmöglich, weil der Patient ungebärdig ist und auch, um Zwischenfälle zu verhüten, angeschnallt im Bett liegt. Zuweilen werden unter grobschlägigem Tremor des einen oder anderen Beines tremolierend und lallend in unabsehbarer Folge unartikulierte Laute ausgestoßen. Eine gewisse Differenzierung unter den Personen seiner Umgebung findet statt, besonders nach der affektiven Seite. Der Stationsaufseher ist für ihn Gegenstand besonders gehässiger Regungen, dagegen wirkt das Hinzutreten der Stationschwester eindeutig mitigierend. Er klammert sich an wie ein Kind an die Mutter, zwischenhinein befühlt er aber auch ihre Stiefelspitzen, führt Schmutzpartikelchen davon zum Munde und knabbert daran. Wenn man den Lutsch-, Saug- und Beißreflex, die alle vorhanden sind, häufiger wiederholen will, tritt eine negativistische Phase ein, in der er die Lippen zukneift, die Zähne zusammengebissen hält und schließlich energisch den Kopf schüttelt. Während dies dann in seiner Gegenwart diktiert wird, führt er zwangsweise die entsprechenden Bewegungen aus. Der Affekt drückt sich auch im Bearbeiten der Brust mit der Faust aus, und zwar mit der rechten, wie überhaupt mit Vorliebe die archaischen Bewegungsfolgen, insbesondere Gegenstände mit dem Fuß zu ergreifen, rechts ablaufen, im Gegensatz zu vorwiegenden Pyramidenzeichen links. Als er vom Stationsarzt ins Bett gebracht werden soll, bringt er es auch fertig, ihn mit den Beinen zu umklammern. Er schlingt auch wieder das rechte Bein ganz um ihn herum. Pat. spielt immer wieder am Genitale und zwar sowie er sonst nicht gerade in Anspruch genommen ist; das ist auch

bereits vom Pflegepersonal bemerkt worden. Pat. kann geradezu in einen Erregungszustand gebracht werden bloß durch irgendwelche Modifikationen des Stimmfalls, in dem man mit ihm redet, ist aber auch ebenso schnell wieder abzustoppen. Zuweilen ergeben sich Zustände völliger Apathie und Initiativlosigkeit. Der Tonus ist, soweit bei der Hyperkinese zu beurteilen, die immer sogleich eintritt, wenn man sich mit ihm beschäftigt, sehr wechselnd und teilweise extrem herabgesetzt. Vor allen sind die Glieder abnorm beweglich bis zu dem Bilde von Schlottergelenken. Pat. sieht sehr blaß und abgemagert aus. Die Augen sind haloniert. Beiderseits, offenbar als konstitutionelles Stigma, Protrusio bulbi, rechts mehr als links. Die Augen haben einen glasartigen Glanz. Die Pupillen sind mittelweit, ohne Anisokorie. Bauchdeckenreflexe fehlen beiderseits. Cremasterreflexe sind rechts spurweise vorhanden, links fehlend. Puls etwas weich und leicht beschleunigt. Sowie man in die Nähe seines rechten Fußes kommt, deutet sich schon der Fluchtreflex an, kombiniert mit Greifbewegungen. Es handelt sich danach um subcorticale Syndrome, wobei die striären überwiegen. Die Störungen lassen sich auch als frontale Enthemmungen deuten. Als dem Pat. sein Verhalten verwiesen wird, und er auch gefragt wird, wie alt er denn eigentlich sei, antwortet er: „12 Jahre.“ Das ganze Gebaren hat eine durchaus spielerische Note, etwas ist es auch theatralisch. Pat. ist von Beruf Maler. Als das Wort fällt, wird es auch schon von ihm verbigerierend zu Tode gehetzt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 16. 4. 42: Pat. hat zur Nacht Scopolamin bekommen und ist danach leidlich ruhig gewesen. Im Gegensatz zu gestern ist er heute überwiegend euphorisch. Wenn auch abgemildert, ist das Zustandsbild das gleiche. Auffallend ist, daß er immer erst, wie ein kleines Kind, große Augen macht, wenn jemand herzutritt. Er starrt ihn an, ist zunächst vollkommen regungslos. Anstatt etwas zu sagen, macht er sich dann daran, ihn zu betasten, untersucht die Schuhsohlen, knibbelt den Dreck ab und geht dann langsam zum Befühlen der übrigen Montur über. Allmählich gibt er dann Töne des Staunens und der Bewunderung von sich und sagt schließlich beispielsweise: „Wie groß! Wie schön! Du mußt ein hohes Tier sein! „Auf einmal kommen dann Aussprüche, die erkennen lassen, daß er sich mit seinem Gegenüber verwechselt. Er sagt: „Wir zwei! Wer ist es eigentlich? Du oder ich?“ Auf einmal wird er dann aggressiv und bezieht sich auf seinen Gegenüber, ihm irgendetwas geraubt zu haben, vor allem die Augen. Im Zuge dieser Art, sich mit der Außenwelt auseinanderzusetzen, zeigt er geradezu anthropoides Gepräge, indem er sich gleichsam vom Baum herunterhängen läßt und so mit den Armen, sich mit den Beinen festhaltend, auf der Erde herumhantiert. Dabei zeigte sich ein deutlicher Kontrast zwischen der im Bewußtsein vorhandenen Beobachtungstendenz und einer durchaus archaischen Motorik. Es ist tatsächlich so, als wenn er zuerst die Flucht ergriffen hätte und nun oben vom Ast herunterspälte. Bei seinem ganz offenkundig auf phylogenetische Ursprünge zurückweisenden Bewegungsfolgen kommt ihm die weitgehende Hypotonie zugute. Die Greifbewegungen haben, abgesehen von ihrer Plötzlichkeit, etwas Schleuderndes an sich. Häufig wird auch choreiform die Zunge vorgeschneilt. Charakteristisch für den Pat. ist es, daß die Bewegungen vollkommen aus einer Basilikenstarre heraus erfolgen. Dabei ist das eigentliche Bewußtsein nicht erheblich herabgesetzt. Pat. ist auch genau örtlich orientiert, nur zeitlich nicht ganz. Er gibt prompt die Jahreszahl und den Monat an, sagt aber statt des 16.: „6.“ Die Auffassung, in Bezug auf die jeweilige Fragestellung, ist keineswegs gestört. Die echopraktischen und echomimischen Tendenzen treten heute zurück. Iterationen bietet er heute nicht mehr. Fieberbewegungen bestehen seit einigen Tagen in keiner Weise mehr. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 19. 4. 42: Die Echosymptome sind heute zurückgetreten. Pat. ist aber immer noch hypermetamorphotisch. Er knüpft an alles an, aber auf seine Weise, läßt sich zu mehr oder weniger läppischen Gedankenfolgen hinreißen. Ab und zu treten noch paranoide Erlebnisse auf: vom vermeintlichen Verlust seiner Körperteile, die er dann an zufällig in die Nähe

seines Bettes getretenen Personen wieder zu entdecken vermeint. Insonderheit werden bei ihm die Augen zum Gegenstand derartiger Beeinträchtigungsideen. Er spricht aber auch davon, daß man ihm seine „Farbe“ weggenommen habe und an sich trage. Gestern lehnte er sich dauernd aus dem Bett und stützte wie zum Quadropedengang die beiden Hände auf. Heute stehen elementar-rhythmische Bewegungen im Vordergrund. Neu ist die Neigung, sich Stroh wie zur Bedeckung auf den Kopf zu legen. Er knibbelt nach wie vor an allen möglichen Sachen herum, und kaut dann an abgelösten Partikelchen, läßt dabei jedes ästhetisches Empfinden, gerade, was das Unappetitliche angeht, vermissen. Die Füße werden mit Vorliebe in Valgusstellung und einwärts gehalten. Bezüglich des ganzen Beines herrscht ein Überwiegen der Adduktoren. Die Frage nach seiner Hutnummer wird nach anfänglichem Vorbeireden, daß man da Frau Holle fragen solle, richtig beantwortet: 56 cm. Den Referenten erkennt er wieder, behauptet aber, vielleicht in witzelnder Absicht, ihn in „Bonn als Reporter“ angetroffen zu haben. (Wie ist die Stimmung bei Ihnen?) „Prima! Reden Sie doch nicht so viel, ich habe Sie längst gesehen.“ Weiter sagt er, daß der Referent Bonbonaugen habe. Auf einmal begehrt er zornig auf, und sagt, er solle gehen, dabei stampft er auch mit dem Fuße auf. Dauernd bleibt er in Blickverbindung mit seinem Gegenüber. Zeigt auch mit dem Finger auf ihn, (Haben Sie den Teufel da gezeichnet?) Gemeint ist ein Gekritzeln an der Wand. „Den habe ich gezeichnet, da waren Sie noch gar nicht auf der Welt.“ Die frühere Befehlsautomatie ist jetzt in einen Negativismus übergegangen. Als er die Zunge rausstrecken soll, verweigert er das. Auf das Zufahren mit den Fingerspitzen auf seine Augen, reagiert er überhaupt nicht. Als er den rechten Arm ausstrecken soll, nimmt er beide Arme kreuzweise über die Brust in verneinender Geste. Als er noch dringlicher aufgefordert wird, seinen Arm auszustrecken, wehrt er höchst verächtlich mit einer Handbewegung ab. Auf die Frage, wo er hier sei, antwortet er, das sei seine Sache. (Haben Sie denn Hunger?) „Ja.“ Kurz darauf streckt er wie ein unartiges Kind mit einem Bäh-Laut die Zunge raus. Völlige persönliche Abwesenheit; auch kein Schamgefühl, selbst nicht in Gegenwart von weiblichen Personen. (Was haben wir denn heute für einen Tag?) „Das geht Sie gar nichts an! Das ist meine Sache!“ Darauf schneidet Pat. dem Referenten eine Fratze. Immer wieder kommt es zu einem Klatschen auf den Kopf oder zu reibenden Bewegungen mit der Hand seitlich am Kopf. (Haben Sie Kopfschmerzen?) Pat. versteift sich weiter in einen durchaus läppischen Negativismus. Es scheint sich eine Beruhigung und Klärung des Bewußtseins vorzubereiten. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 20. 4. 42: Pat. sieht sehr nach Kreislaufschwäche aus. Die Extremitäten sind kalt und cyanotisch. Der Puls ist weich und frequent. Irregularitäten sind nicht vorhanden. Die Bewegungen sind recht matt. Im allgemeinen verharret Pat. in Ruhepose. Sprachliche Antworten gibt er kaum, ohne direkt mutistisch zu sein. Vorherrschend ist die Apathie. Manches in seiner Zuwendung trägt die Note einer gewissen Suffisance. Bei der Reflexuntersuchung treten, wenn auch energielos, Iterationen auf, besonders im Sinne von Tretbewegungen. Der Blick ist stier. Die Sprache ist lallend und auch etwas heiser. Offenbar ist die Nahrungsaufnahme unzulänglich. Es ist in Aussicht genommen, die bereits abgesetzten Kardiaca wieder zu geben und im übrigen auch sonst die Nahrung zu forcieren. Die Anorexie hat nach dem Bericht gestern eingesetzt. Pathologische Reflexe bestehen nicht. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe sind etwas herabgesetzt. Mit dem rechten Arm macht er immer noch Greifbewegungen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 22. 4. 42: Pat. sieht heute, nachdem die bezeichnete Therapie durchgeführt worden ist, sehr viel wohler aus. Er ist aber immer noch ziemlich matt. Mit den Händen führt er einfältig aussehende Bewegungen aus, meist zeichnet er Kreise an die Wand. Als der Referent an sein Bett tritt, schaut er ihn wieder starr an und bringt dann eine Reihe von Assoziationen vor, die zunächst an die Augen seines Gegenübers, wie auch damals schon, anknüpfen. Er sagt: „Die Sonne . . . Die Welt . . .

Die Welt ist rund . . .“ Dazu macht er wieder kreisende Bewegungen mit der Hand, legt sich dann ein blaues Taschentuch über das Gesicht und fährt fort: „Das Taschentuch ist blau . . . Das Auge ist die Sonne . . . Die Sonne ist die Welt . . . Die Welt ist rund . . . Neun mal neun . . .“ Hierbei denkt Pat. anscheinend an die Rundung der Ziffer. Mit einem Male kommen akustische Anklänge hinein, so daß er nun meint: „Neun mal neun: so macht die Nähmaschine.“ Dazu wird nun auch noch in entsprechender Weise taktiert. Bei irgendwelchen Versuchen, ihn zu einem passiven Rapport anzuregen, gebärdet er sich negativistisch. Er redet vorbei, wendet sich ab. Geht auf nichts ein und greift nichts auf. Die Prüfung auf das Vorhandensein von Greifreflex hat nur ein steifes Ausstrecken und Wegziehen der Hände zur Folge. Zuweilen führt er, wie ein Verkehrsschutzmann, Bewegungen mit dem steif erhobenen und gestreckten Arm aus. Pyramidenzeichen sind nicht vorhanden. Temperaturbewegungen finden nicht statt. Der Puls ist leicht beschleunigt und weich. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 24. 4. 42: Pat. ist nach Bericht des Stationsarztes heute morgen wieder sehr unruhig gewesen, hat ein hyperkinetisches Bild dargeboten. Heute nachmittag ist er ziemlich matt, somnolent, wendet sich aber dann, wenn man sich mit ihm beschäftigt, langsam zu, gibt spontan über sich Auskunft; er müsse wohl krank gewesen sein. Ob denn die Krankheit vorbei sei, wobei er besonders auf die Augen hinweist. Was allerdings mit den Augen gewesen sei, das wisse er nicht. Der Greifreflex ist angedeutet vorhanden, aber nicht mehr der Saug- und Bulldogreflex. Pat. zeigt eine starke Neigung, an Bettdecke und Hemd herumzunesteln, schaut dabei ratlos um sich; das zwangshafte Fixieren hat aufgehört. Die Aufmerksamkeit zeigt wieder Ansatz, aktiv zu werden, im Gegensatz zu der anfänglichen Hypermetamorphose. Man hat manchmal den Eindruck, als wolle er sich gewaltsam auf sich besinnen. Er gibt auch ganz schüchtern und artig seinen Namen an. (Was sind Sie eigentlich von Beruf?) „Maler.“ Nach dem, was über ihn bekannt ist, ist er tatsächlich Kunstmaler. Gegen das noch immer notwendige Angebundensein zeigt er gar kein Widerstreben. Wenn man den Pat. losläßt, steigert er sich in einen Bewegungsdrang hinein, ohne aber wesentlich anzuknüpfen oder tätlich zu werden. Heute steht ein Pfleger aus dem vorigen Lazarett, wo Pat. gewesen ist, zur Auskunft zur Verfügung. Damals soll Pat. dauernd entweder „simuliert“ oder gezeichnet haben. Pat. ist damals als Leichtkranker eingeliefert worden, bekam dann Fieber und gleichzeitig mit dem Fieber fing er an, sich seelisch zu verändern. Er sagte immer: „Was ist denn bloß mit mir los?“ Er sei immer sehr schreckhaft gewesen, habe gewußt, daß er Fleckfieber habe, und befürchte nun, daß er weggebracht werden würde. Etwas soll dabei auch eine Rolle gespielt haben, daß ihm ein Raum als für ihn bestimmtes „Sterbezimmer“ erschienen sei. Tatsächlich sind in diesem Raum auch einige Kameraden ad exitum gekommen. Nachts ist oft aufgefallen, daß er plötzlich aufwachte und mit großen Augen um sich starrte. Zuweilen hat er nach seiner Mutter geschrien. Er hat immer ein sehr kindliches Gebaren gehabt. Dabei fiel auf, daß er nur zu dem jetzt berichtenden Pfleger Vertrauen hatte, die anderen aber mit Schlägen abwehrte. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 25. 4. 42: (Wie geht es Ihnen?) „Ich weiß nicht, wo ich dran bin.“ „Herr Doktor habe ich denn etwas an den Augen? Oder habe ich etwas an den Nerven? Sie sind ja ein Zauber-künstler.“ (Warum denn das?) „Haben Sie eine Uhr bei sich?“ (Können Sie sie ablesen?) Uhrablesen gelingt nicht. Pat. ist sehr matt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 26. 4. 42: Extreme Schwäche, oberflächliche Atmung, cyanotisches Aussehen. Einförmiges Verlangen nach einem Einlauf. Nasenflügelatmung, fast moribunder Zustand. Die Temperatur- und Pulscurve haben sich am 24. 4. bereits überschritten. Die Temperatur ist seit gestern abend unterhalb der Norm, auf 35,7 gefallen. Der Puls bewegt sich seit gestern abend in allmählichem Ansteigen schon seit dem 21. 4. bis zu 120 pro Minute. Nur bei energischer Fütterung noch einigermaßen Nahrungsaufnahme. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 28. 4. 42: Exitus letalis unter zentralen Zeichen.

Zusammenfassung. Der am 25. 4. 18 geborene Gefreite, Kunstmaler von Beruf, kam am 4. 2. 42 wegen Fieber zur Krankensammelstelle. Ein körperlich krankhafter Befund war sonst nicht zu erheben. Es hieß also: Zustand nach akutem Infekt. Am 13. 2. klagte er über starke Schluckbeschwerden. Die Temperatur war 38,3. Man fand die hintere Tonsille mit gelben Stippchen belegt. Nun lautete die Diagnose: Angina. Am 17. 2. hatten die Schluckbeschwerden nachgelassen, und Stippchen waren auch nicht mehr da. Patient hatte nur noch 37. Am 27. 2. bekam er nach gutem Allgemeinbefinden plötzlich einen Fieberanstieg mit erneuten Schluckbeschwerden. Die hintere Rachenwand zeigte Schleimstreifen. Der Di.-Abstrich am 1. 3. war negativ. Ein Exanthem zeigte sich nicht. Am 4. 3. sah das Fieber, um 38, nach einer Kontinua aus. Das Allgemeinbefinden war befriedigend, nur der Puls war etwas weich. Am 9. 3. war der Weil-Felix mit 1 : 200 positiv. Kurz danach aber war der Weil-Felix wieder negativ. Die Temperaturen hielten sich nunmehr, wie auch die nächste Zeit, unter 37. Vorübergehend zeigten sich im Gesicht rote Flecken. Am 30. 3. war zu notieren: „Immer noch Knochen- und Gelenkschmerzen.“ Vom 1. 4. ab mußte Patient Sympatol bekommen. Am 3. 4. bekam Patient erneut Fieber und zwar in unregelmäßigen Zacken. Am 5. 4. hatte er Magenbeschwerden mit wiederholtem Erbrechen. Die Temperaturen erhöhten sich noch. Das Erbrechen kehrte auch wieder. Vom 6. 4. blieb die Kurve auf gleicher Höhe. Patient hatte nun auch heftige Kopfschmerzen. Die Milz war tastbar. Am 8. 4. erfolgte Verlegung auf die Fleckfieberstation. Es hieß dort: „Schwerkranker Mann in reduziertem Allgemeinzustand.“ Gesicht gerötet. An Brust und Bauch multiples Exanthem. Puls klein und weich. Rachen gerötet. Hier und da leises Giemen. Herzaktion beschleunigt, Töne rein und leise. Am 14. 4. wurde der Weil-Felix mit 1 : 1600 positiv vermerkt.

Am 15. 4. wurde Patient mir vorgestellt. Während am 8. 4. noch notiert wurde, daß von seiten des Zentralnervensystems keine krankhaften Veränderungen feststellbar wären, fand sich jetzt beiderseits Steigerung der Sehnenreflexe mit Patellar- und Fußklonus, unter Mehrbeteiligung der linken Seite, wo auch positiver Babinski bestand.

Weit mehr aber war das Bild von dem Hervortreten von Mechanismen bestimmt, welche nach einer phylogenetisch sehr alten Organisationsstufe aussahen. Hiermit konkurrierten nun eine Reihe von Säuglingsreflexen. Kam man in die Nähe des Patienten, so gebärdete er sich in der Zeit akuter Hyperkinese wie ein Anthropoide: er wich zurück, ließ sich, noch mit dem rechten Fuß, als sei er zur Hand geworden, den Bettpfosten greifend, von der Bettkante herunterhängen, was zu einem Widerstreit des Beobachtungswillens mit der offenkundigen Zwangshaltung führte. Er stützte auch wie zum Quadropedengang die Hände und zwar mit den Knöcheln auf. Wenn der Sturm der ersten Flucht vorbei war,

ging er dazu über, auf seine Art den persönlichen Rapport aufzunehmen: Er betastete sein Gegenüber, knibbelte kleine Partikelchen von den beschmutzten Stiefeln und knabberte dran. Schließlich wurde er aggressiv: Aus völliger Regungslosigkeit griff er auf einmal plötzlich blitzschnell zu, um irgendeinen Gegenstand zu entreißen. Man mußte ihn dauernd mit den Beinen im Bett angebunden festhalten, worauf er höchstens mit richtungslosem Strampeln reagierte, ohne jedenfalls Versuche zu machen, seine Hände zur Lösung der Fesseln zweckmäßig wie ein Mensch zu gebrauchen. Die Augen verfolgten alles ganz reflexmäßig. Eine von innen gerichtete Aufmerksamkeit und Zuwendung fehlte ganz. Sich selbst überlassen war Patient meist antriebslos. Als er einmal losgelöst war, umklammerte das rechte Bein alsbald die in seine Nähe gekommene Person. Die Schwester wurde regelmäßig beim Füttern zum Angriffspunkt derartiger Pseudospontanbewegungen.

Bei größerer Besonnenheit jeweils tat er wie ein Kind, etwas was auch schon zu Anfang aufgefallen war. Er machte ganz große Augen, wenn jemand zu ihm trat, starrte ihn an, untersuchte zunächst wortlos seine Kleidung, sagte dann im Tone des Staunens und der Bewunderung: „Wie groß! Wie schön! Du mußt ein hohes Tier sein!“ Dabei vollzog sich des weiteren eine Identifikation mit dem Betreffenden, so daß er am Ende behauptete, der andere hätte seine Augen, mit den seinen stimmte es nicht mehr, der hätte ihm auch die „Farbe“ weggenommen. Zuweilen fing er in dieser Verfassung an, sich in durchaus schizophrene anmutenden Wortspielen zu ergehen, besonders wenn die bei ihm bestehende Neigung zu Iterationen stark hervortrat. Dabei war eine zunehmende Komplexion der Hyperkinese zu ersehen. Als Beispiel sei hier noch einmal angeführt, wie er erst an die Augen seines Gegenübers anknüpfte, dann anfang: „Die Sonne . . . Die Welt . . . Die Welt ist rund . . .“ Dazu machte er kreisende Bewegungen mit der Hand, legte sich dann ein blaues Taschentuch über die Augen und fuhr fort: Das Taschentuch ist blau . . . Das Auge ist die Sonne . . . Die Sonne ist die Welt . . . Die Welt ist rund . . . Neun mal neun . . .“ Hierbei dachte er offenbar an die Rundung der Ziffer. Mit einem Mal kamen akustische Anklänge hinein, so daß er nun meinte: Neun mal neun, so macht die Nähmaschine.“ Das führte dann zu taktierenden Bewegungen. Eine Unterhaltung war mit dem Patienten nicht möglich. Er redete entweder vorbei, geriet ins Verbigieren oder aber, bei Zurücktreten der archaisch-katatontypischen Erscheinungen, führte er sich wie ein ungezogenes Kind auf, streckte auch mit einem Bäh-Laut die Zunge heraus. Diesen Störungen gegenüber, welche teilweise etwas Spielerisches, teilweise auch etwas Theatralisches an sich hatten, bestand offenkundig zu Zeiten eine Selbstwahrnehmung. So bezeichnete er sich selbst, auf die Frage nach seinem Alter, als 12Jährigen. Andererseits sollte der ihm mit seinen Fragen wohl lästig fallende Referent, der „Reporter aus Bonn“, noch

gar nicht auf der Welt gewesen sein, als er schon gezeichnet hatte. In manchem bewies er überhaupt eine überraschend gute Auffassung und auch eine Fähigkeit zu witziger Replik, nur daß ihn die immer wieder sich vordrängenden abnormen Reaktionen nicht zu einem adäquaten Verhalten kommen ließen.

Der Patient verfiel dann im Laufe einer Woche schnell, ohne daß alle therapeutischen Maßnahmen mehr als einen vorübergehenden Erfolg hatten. Standen bei der Hyperkinese erst immer noch geformtere Bewegungen, wie Bedecken des Kopfes mit Stroh, Treten auf Berührung, im Vordergrund, so wurde er nun vorwiegend stuporös, zeigte sonst neben choreiformen Störungen ein ziemlich amorphes Herumnesteln an der Bettdecke sowie von seiten der Beine zuckende Streckungen und Beugungen. Der Tonus war fast ganz erloschen. Auffallend war dann die terminale Aufhellung, so daß er, wie übrigens ganz zu Anfang auch, wo er vor dem „Sterbezimmer“ Angst gehabt hatte, sich besorgt nach dem ärztlichen Urteil über seinen Zustand erkundigte. Die Vorboten zentralen Todes in Atmung und Kreislauf traten auf. Zuletzt verlangte er immer wieder einförmig nach einem Einlauf. Bloß bei Aufwand großer Energie gelang es noch, ihm etwas Nahrung zuzuführen. Am 28. 4. 42 starb er.

Man muß danach wohl annehmen, daß der Prozeß sich vorwiegend im Stabkranz abgespielt hat und insonderheit die motorischen Rindfelder einschließlich der frontalen abgesondert hat. Insonderheit trugen die Störungen noch pallidäres Gepräge, so daß eine Enthemmung striären Einflüssen gegenüber noch hinzukäme.

Gefr. W. H., geb. 8. 8. 19 (Fall 7). 14. 5. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Früher nie ernstlich krank gewesen. Jetzige Beschwerden: Krank seit etwa 6 Tagen. Beginn mit Schüttelfrost, starken Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Mattigkeit. Befund: Pat. in ausreichendem Ernährungszustand. Beiderseits Conjunctivitis, Zunge feucht, bräunlich belegt, Tonsillen und Rachen o. B. Hals o. B. Lungen: voller Klopfeschall. Über beiden Lungen diffus bronchitische Geräusche. Herz: Grenzen nicht verbreitert. Töne rein, Aktion regelmäßig. Puls weich, noch genügend gefüllt. Leib: weich, nicht gespannt. Milz nicht sicher tastbar. Leber nicht vergrößert. Extremitäten o. B. ZNS.: o. B. Psychisch etwas verlangsamt. Haut: einzelne roseolenverdächtige Stellen. Vorläufige Diagnose: Fleckfieberverdacht. 15. 5. 42: Weil-Felix 1:400 positiv. Puls gut gefüllt, Pat. leicht benommen. Das Exanthem hat sich etwas verstärkt. Zahlreiche Roseolen am Stamm. 17. 5.: Kontinua. Puls noch genügend gefüllt. Pat. benommen. 18. 5.: Pat. kritisch entfiebert. Kreislauf hat sich verschlechtert. Exanthem zum Teil petechial umgewandelt. Pat. benommen. Plötzlich auftretende Verschlechterung. Pat. bekommt gegen Abend einen Anfall von tonisch-klonischen Krämpfen. Kreislauf schlecht. Stark vertiefte ziehende Atmung. Gaben von Strophantin und Lobelin. Leichte Besserung nach etwa einer halben Stunde. Puls bleibt weiterhin schlecht gefüllt. Pat. weiterhin benommen. 19. 5.: Schlechter Allgemeinzustand. Mehrmals am Tage Auftreten von tonisch-klonischen Krämpfen. Erneut Lobelin und Strophantin. Pat. kommt um 16,50 infolge Kreislaufversagens ad exitum. Diagnose und Epikrise: Bei dem Pat. handelt es sich klinisch und serologisch um Fleckfieber. Der anfängliche gute Allgemeinzustand verschlechterte sich innerhalb weniger Tage

sehr stark. Pat. zeigte gegen Ende ein epileptiformes Bild. Unter zunehmender Kreislaufschwäche, die wohl cerebral bedingt war, erfolgte am 19. 5. 42 um 16,50 der Exitus. 2 Stunden zuvor: Pat. ist seit gestern nachmittag in der Defervescenz. Der Abfall erfolgte kritisch. Vordem bestand eine Kontinua, welche sich nur bei 39 hielt. Kurz nach dem Temperaturabfall, also bei normaler Temperatur und bei einer Pulsbeschleunigung von nur 90 pro Minute trat eine hyperventilationsartige Atmung ein. Das dauerte etwa 2 Stunden. Der Allgemeinzustand blieb dabei zunächst leidlich. Sensorium war nicht weiter getrübt. Nachts schlief er ohne Mittel, es war lediglich der Kreislauf gestützt worden. Gegen morgen machte er einen erholten Eindruck. Am Mittag setzte wieder die krampfhaft vertiefte Atmung ein, diesmal mit Übergang in rhythmisch erfolgende Tonusänderungen und zwar im Sinne von Prädilektionsspasmen mit Mehrbeteiligung der linken Seite. (Rekonstruktion nach Schilderung des Stationsarztes Dozent Dr. *Steuer*.) Zur Zeit, am frühen Nachmittag, sind die Bewegungsstörungen myoklonischer Art. Die rechte Seite, einschließlich der Gesichtsmuskulatur, bietet energischere Zuckungen. Der Tonus fehlt außerhalb der rhythmisch erfolgenden Vermehrung vollkommen. Pat. ist dabei scheinbar bewußtlos. Der linke Fuß steht in extremer Pes-equino-varus-Stellung, rechts ist das weit weniger der Fall. Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlen beiderseits vollkommen. Die Pupillen zeigen Eserin-Erweiterung. Pat. sieht sehr cyanotisch und ausgetrocknet aus. Läßt dauernd unter sich. Vollkommene Anorexie. Die Temperatur hält sich weiter innerhalb der Norm. Der Puls ist frequenter und weicher geworden, auch schlecht fühlbar, bewegt sich um 100 herum. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 8. 8. 19 geborene Kradschützengefreite wurde am 14. 5. 42 auf der Fleckfieberstation aufgenommen. Er war vor 6 Tagen mit starken Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Mattigkeit und Gliederschmerzen erkrankt. Beiderseits fand sich eine Conjunctivitis. Die Zunge war feucht und bräunlich belegt. Es bestanden diffuse bronchitische Geräusche. Der Puls war weich. Psychisch erschien der Patient „etwas verlangsamt.“ Die Haut bot einige roseolenverdächtige Stellen. Die vorläufige Diagnose lautete: „Fleckfieberverdacht.“ Am 15. 5. war der Patient „leicht benommen.“ Das Exanthem hatte sich etwas verstärkt. Es fanden sich zahlreiche Roseolen am Stamm. Der Weil-Felix war mit 1 : 400 positiv. Am 17. 5. bestand eine Kontinua. Der Patient war nun „benommen.“ Am 18. 5. war der Patient kritisch entfiebert. Der Kreislauf hatte sich verschlechtert. Das Exanthem hatte sich zum Teil petechial umgewandelt. Es bestand noch immer Benommenheit. Gegen Abend verschlechterte sich das Befinden plötzlich: Es traten Atemstörungen auf, danach Krämpfe, außerdem wurde der Puls schlecht.

Mir wurde der Fall am frühen Nachmittag des 19. 5. vorgestellt. Die genauere Erkundigung beim Stationsarzt (Dozent Dr. *Steuer*) ergab, daß die Kontinua verhältnismäßig niedrig gewesen war, sich bei nur 39 gehalten hatte. Kurz nach dem Temperaturabfall und einer Pulsbeschleunigung von 95 pro Minute war eine hyperventilatorische Zwangs-atmung aufgetreten und zwar über 2 Stunden hin. Der Allgemeinzustand blieb dabei zunächst leidlich. Das Sensorium war nicht weiter getrübt. Gegen Abend traten auch wieder nach solchen Atemanfällen

tonisch-klonische Krämpfe auf. Nachts schlief er ohne Mittel; es war lediglich der Kreislauf gestützt worden. Gegen morgen machte er einen erholtten Eindruck. Am Mittag setzte wieder die krankhaft vertiefte Atmung ein, diesmal mit Übergang in rhythmisch erfolgende Tonusänderungen und zwar im Sinne von Prädilektionsspasmen mit Mehrbeteiligung der linken Seite. Diese Bewegungsstörungen trugen schließlich fast myoklonisches Gepräge. Sub finem erlahmte die linke Körperhälfte, so daß nunmehr rechts, einschließlich der Gesichtsmuskulatur, energische Zuckungen vorhanden waren. Der Tonus fehlte außerhalb seiner rhythmisch „einschießenden“ (*Gordon*) Vermehrung vollkommen. Die Pupillen zeigten Eserinerweiterung. Der Patient sah sehr cyanotisch und ausgetrocknet aus. Er ließ dauernd unter sich. Es bestand vollkommene Anorexie. Die Temperatur war nicht erhöht. Der Puls war schlecht fühlbar, bewegte sich um 100 herum. Über das Bewußtseinsverhalten ließ sich kein Urteil bilden.

Kurz nach meinem Besuch ist der Patient unter zunehmender Kreislaufschwäche, welche von internistischer Seite als cerebral angesehen wurde, ad exitum gekommen.

Die besondere Krampfbereitschaft, welche über das Maß der Nucleus-ruber-Symptome, wie sie einen großen Teil der Fleckfieberfälle kennzeichnen, herausging, forderte eine Erklärung, welche dann bei der Autopsie mit dem Vorhandensein eines Nierenschadens gegeben wurde. Im übrigen ist topisch auf die Seitendifferenz der Ausfallserscheinungen, welche vorwiegend pyramidalen Art waren, und auf den Meningismus mitsamt der Benommenheit hinzuweisen. Hier lag ein akutes Bild mit überwiegender Rindenaffektion vor.

O.-Gefr. W. G., geb. 10. 6. 15 (Fall 8). 9. 1. 42: Einweisung durch den Truppenarzt über H.V.Pl. . . . wegen Otitis media. Befund: Rechter Gehörgang im inneren Drittel entzündet. Zentrale Perforation. Druckschmerzhaftigkeit hinter dem Ohr rechts, vor allem im Bereich des Warzenfortsatzes. Gehör 2—3 m. Linkes Ohr o. B. Krankheitsbezeichnung: Chronische Mittelohrentzündung rechts. Behandlung: Otalgan. 10. 1.: Rückwärtige Verlegung. 11. 1.: Aufnahme im Feldlazarett . . . Geringer Druckschmerz am rechten Warzenfortsatz, Ohr läuft zur Zeit nicht mehr. 24. 1.: Aufnahme im Kriegslazarett . . . : Klagt über starke Kopfschmerzen, Schmerzen in den Augen und hohes Fieber. Befund: Reduzierter Allgemeinzustand und fieberhaftes Aussehen. Kein Exanthem. Rachen o. B. Zunge belegt, trocken. Lungen: keine Dämpfung, kein Katarrh. Herz: keine Verbreiterung, Töne rein, keine Geräusche, Aktion regelmäßig. Leib: weich nicht druckempfindlich. Leber und Milz nicht nachweisbar vergrößert. Nervensystem intakt. 24. 1.: 8700 Leukozyten. Thoraxdurchleuchtung: Vermehrte Lungenzeichnung sonst o. B. Phrenico-costale Winkel beiderseits frei. 25. 1.: Widal. Paratyphus, Weil-Felix negativ. 27. 1.: Klagt über starke Kopfschmerzen. Über der Lunge Giemen und Brummen. Rachen leicht entzündlich gerötet, sonst o. B. Milz nicht tastbar. Am Stamm mäßig viel Roseolen. Pat. ist benommen, schläft viel. 28. 1.: Leuk. 9700. Blutbild: Stab 42%, Segm. 24%, Lympho. 33%, Mono. 1%, rotes Blutbild o. B. Widal R.: Typhus: 1:50, Paratyphus: 1:50, Weil-Felix 1:800. — Verlegt auf die Fleckfieberabteilung. 29. 1. 42: Pat. übernommen. Befund: Lunge: Diffuses Giemen und Brummen. Herz o. B. Milz nicht tastbar. Haut zeigt neben Kratzeffekten ein

diffuses makuloses Exanthem. ZNS.: Reflexe sehr schwach, keine pathologischen Zeichen. Psychisch frei.

12. 4.: Pat. wird dem Beratenden Psychiater, Prof. *Betzendahl*, vorgestellt: Spastische Parese beiderseits mit Mehrbetroffensein der linken Seite. Am linken Bein besteht Prädilektionstypus: Pes-equino-varus-Stellung. Beim Versuch, das Bein im Knie zu beugen, treten heftige Streckspasmen auf, welche zu einer von Pat. selbst empfundenen schmerzhaften tonischen Starre werden, wodurch die Beugung auch passiv vollkommen unmöglich ist. Rechts besteht auch, wie an den Armen, im Grunde Hypotonie, mit bei der Prüfung der passiven Beweglichkeit hin und wieder, insbesondere bei größeren und schnelleren Exkursionen, auftretenden Spasmen. Beiderseits sehr lebhaft Fluchtreflexe, welche aber oft über den Ansatz nicht hinauskommen und überwogen werden durch die Beinverlängerungstendenz des Prädilektionstypus von Lähmung. Bei vorsichtiger Auslösung, insbesondere bei Wahl des vorderen Fußrandes, ist links der Babinski positiv. Rossolimo und Mendel sind nicht zu erhalten, weil bei derartigen Reizen teils Spasmen teils aber auch mittelschlägiger, anhaltender Tremor, zumal links, auftritt. Auch ohne ersichtliche Ursache treten im linken Bein Tremor, aber auch sehr schmerzhaft myoklonische Zustände auf. Dem Pat. treten dabei die Tränen in die Augen. Auch die Atmung ist alteriert. Oppenheim beiderseits negativ. Dagegen ist links ein positiver Gordon zu bekommen. Beiderseits Patellar- und Fußklonus, der indessen sehr bald übergeht in einen anhaltenden feinen bis mittelschlägigen Tremor des Beines. Diese Phänomene zeigen die Tendenz von der gereizten Seite auf die Gegenseite überzugehen. Ab und zu bekommt Pat. hyperventilationsartige Atemkrämpfe für halbe Minuten, die er nicht unterdrücken kann, und die ihm sehr belästigend und beängstigend sind. Bauchdecken- und Cremasterreflexe sind beiderseits, besonders links, herabgesetzt. Grobe Ataxie, welche rechts vorwiegend spastischen Charakter trägt. Links findet sich auch eine Störung der Tiefensensibilität. Bewegungsempfindungen links herabgesetzt, rechts nicht. Sensibilität, einschließlich der epikritischen, intakt bis auf eine Hypästhesie im linksseitigen Trigeminalggebiet mit etwas stärkerer Beteiligung des 2. Astes. Im Verlauf des am Bett des Pat. stattfindenden Diktats bekommt Pat. einen Blickkrampf, wobei sich die Bulbi zwanghaft nach oben drehen und so verbleiben, und zugleich bei geöffneten Augen klonische Lidschlußbewegungen auftreten. Der Anfall dauert etwa eine halbe Minute. Pat. zeigt dabei erhöhte Unruhe. Chovstek und Trousseau negativ. Bei der Prüfung des Trousseauischen Phänomens, wie auch sonst bei stärkeren Hautreizen, tritt Muskelkontraktion mit Spreizstellung der Finger, nicht aber Pfötchenstellung ein, und auch keine eigentliche tetanische Anspannung. Auch hier ergeben sich wieder Tremorerscheinungen. Nach derartigen Paroxysmen ist Pat. im höchsten Maße matt, gerät in einen somnolenten Zustand, wobei auch etwa für halbe Minuten ein krampfhaftes Wackeln eintritt mit Bewußtseinsherabsetzung und Erwachen daraus mit erschreckter Miene und entgeistertem Umsichblicken. Bei ganz leichtem Beklopfen der Muskulatur zunächst fasciculäre Zuckungen, bei stärkerem Beklopfen idiomuskuläre Wülste. Beim Zeigefinger-Nasenversuch zeigt sich Vorbeizeigen nach rechts mit Wackeln. Rechts findet sich ein ausgesprochener Intentionstremor, der geradezu krampfhaftes Gepräge trägt und zunächst nicht sistiert. Pupillen sollen bisher keine Störungen dargeboten haben, heute sind sie nicht zu beurteilen, weil Pat. in der Nacht wegen eines furibunden Erregungszustandes Scopolamin bekommen hat. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Lidspalten übermittelweit. Etwas Protrusio bulbi und Glanzauge. Von Zeit zu Zeit blickt Pat. im Sinne von Schaukrämpfen starr in die Ferne, mit oberflächlich werdender Atmung, wobei die Augen weit aufgerissen sind. Danach fängt Pat. wieder an zu zwinkern, ist offenbar wieder bei sich und bemüht, sich zu konzentrieren. Seine Klagen haben vor allem die Gliederschmerzen zum Gegenstand, was sich objektiv aus den klonischen Erscheinungen, insbesondere aber auch aus den Spasmen und

dem Tremor, alles bei Inanspruchnahme der Motilität, herleiten läßt. Pat. unterliegt dauernden Aufmerksamkeitsschwankungen. Gang spastisch ataktisch. Romberg: Tendenz nach hinten überzufallen. Feine Fingerbewegungen beiderseits grob gestört, rechts mehr als links. Diadochokinese links leicht herabgesetzt, rechts ganz unmöglich, weil sich sofort ein Tremor der ganzen Hand einstellt: Sensorium für gewöhnlich ungetrückt, nur paroxysmal besonders nachts. Pat. gibt an, wenn man ihn fragt, daß er mit seinen Gedanken immer zu Hause sei und zeigt auch sogleich ein Bild von seiner Frau mit einem Säugling, den er noch nicht gesehen hat, dem Referenten vor. Er wolle arbeiten und für seine Familie sorgen, dazu treten ihm die Tränen in die Augen zugleich mit allen Zeichen des Affektes, aber auch emotioneller Inkontinenz. Er ist Bergmann, hat sich aber gerne mit wissenschaftlichen Fragen befaßt: dabei spielt offenbar auch eine Rolle, daß er von Ärzten die Diskussionen über Probleme mit anhört und sich das bei dem oft herabgesetzten Sensorium unmittelbar zu eigen macht. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 13. 3.: Pat. ist vor einigen Stunden lumbalpunktiert worden, glaubt danach, obwohl nur 6 ccm entnommen worden sind, Erleichterung bekommen zu haben. Er ist heute im Gegensatz zu den vorigen Tagen sehr viel ruhiger und ausgeglichener. Die paroxysmalen Störungen sind zur Zeit zurückgetreten. Bei der Prüfung der Erregbarkeit tritt eine deutliche Steigerung der Ansprechbarkeit auf, mit einer Bereitschaft zur athetotischen Überstreckung. Auch heute läßt sich besonders eine Dorsalflexion der Hand mit extremer Fingerspreizung schon bei leichtem Kneifen in den Arm hervorrufen. Es ergibt sich auch, daß die tonische Anspannung der Muskulatur des Beines nicht bloß dann in Erscheinung tritt, wenn Beuge- und Streckbewegungen, wie bei der Tonusprüfung, vorgenommen werden, sondern auch schon bei leichtem Druck auf die Muskulatur. Die direkte Erregbarkeit der Muskulatur ist im Sinne fasciculärer Zuckungen und idiomuskulärer Wülste erhöht. Auch heute ist das Bild von Hyperreflexie und von Berührungsüberempfindlichkeit, vor allem bei Druckreizen bestimmt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 16. 3.: Pat. hat sein Bett durchwühlt, das Kopfkissen liegt auf der Erde. Er ist dauernd in der Bewegung, insbesondere herrschen myoklonische Erscheinungen vor. Ab und zu gerät Pat. in eine kurzdauernde tetanusartige Starre, womit offenbar heftige Schmerzen verbunden sind, so daß ihm Tränen in die Augen treten. Das Gesicht ist dabei kongestioniert, trägt das Gepräge der Anstrengung. Jede Beschäftigung mit ihm führt zu einer Verstärkung. Zeitweise hat Pat. nach Bericht des Stationsarztes, mit gutem Erfolg, Sedativa bekommen, zuweilen 3—4 Tage hintereinander: Luminal, Veronal, Phanodorm. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 17. 3.: Heute geht es dem Pat. unverhältnismäßig besser. Er ist psychisch ganz frei, liegt entspannt im Bett, lacht und sagt ohne Aufforderung, er habe die Nacht gut geschlafen. Als er nach dem bei dem letzten Besuch dargebotenen Erregungszustand befragt wird, sagt er: „Da weiß ich nichts von.“ Offenbar besteht Amnesie, wie auch das aktuelle Bild seiner Zeit eine gleichmäßige Bewußtseinsstörung annehmen ließ. Der Appetit wird vom Pat. jetzt als sehr gut bezeichnet. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 25. 3.: Pat. gibt heute an: „Gestern habe ich ganz große Schmerzen gehabt. Ich habe nach Spritzen und Tabletten verlangt, habe sie aber nicht bekommen. Abends hatte ich wiederum so einen Abscheu davor. Als dann nachher die Schwester mit der Spritze kam, war anscheinend die richtige Füllung drin, den Inhalt selbst kenne ich nicht, wohl kann ich die Menge an den Strichen ablesen: in der ersten waren 0,2 ccm drin und in der größeren, mit der sie dann kam, waren 2 ccm enthalten. Dann konnte ich auf einmal nicht lesen. Ich wollte weg von hier. Ich habe es mir schon immer so vorgemalt, habe mich aber mit meiner Willenskraft immer wieder darüber hinweggeholfen. Die halbe Nacht habe ich mich rumgewälzt, bin auch ein paarmal aus dem Bett gefallen, und die Schwester hat mir wieder reingeholfen. Später bin ich dann nicht wieder rausgefallen, konnte auch, nach langer Zeit freilich, wieder einschlafen. Heute verspüre ich ab und zu ein Reißen im

rechten Bein. Links verspüre ich wenig.“ Der Pat. zeigt auf sein rechtes Bein, besonders auf die Muskulatur des Oberschenkels. „Gestern bei dem großen Schmerz habe ich ebenfalls Schmerzen im linken Bein gehabt.“ (Hatten Sie auch wieder Zuckungen und Zittern?) „Zucken, heute nicht, aber gestern und Zittern im linken Bein. Heute bekomme ich das linke Bein auch gar nicht richtig hoch. Der Fuß hat sich dabei auch so gedreht.“ (Haben Sie auch eine Schwäche im Bein?) „Heute ja. Alles hängt so, ist so matt. Heute kann ich sogar das rechte Bein nicht einmal anziehen. Das linke Bein ist ganz in Ordnung.“ (Wie ist der Schlaf?) „Ich schlafe immer erst spät ein und meistens nur nach Schlaftabletten. Sehr schlecht ist es vor allen Dingen, wenn hier Licht brennt. Die Lampe stört mich. Gestern waren beide Lampen ausgelöscht, das habe ich als eine richtige Wohltat empfunden. Vor allen Dingen, wenn man erwacht, schläft man sofort wieder ein. Seit meiner Krankheit bin ich auch so vergessen, daß ich nachts rauchen muß.“ (Fühlen Sie dann eine innere Unruhe?) „Nein.“ (Weshalb müssen Sie dann rauchen?) „Wenn ich erwache, fühle ich stets Schmerzen, und wenn ich rauche, denke ich nicht dran, und deshalb beruhigt das.“ (Schlafen Sie denn auch plötzlich beim Lesen ein?) „Nein, das kann ich nicht sagen.“ (Wie war es damals mit dem Atmen?) „Davon weiß ich nichts. Es sind vielleicht Reizungen hinzugekommen. Die Reizung durch das Beklopfen, vielleicht steckt ein Magnetismus drin, so daß der Körper sich zusammenzieht. Bei den Füßen ist es schon die Befürchtung vor dem Kitzeln und Krabbeln, deshalb zuckt man unmittelbar zusammen.“ „Ich weiß gar nicht, was von mir gedacht wird. Als Sie (er meint den Referenten) zuerst hier waren, da waren die Schmerzen nach dem Beklopfen weg. Umsonst werde ich mich ja auch nicht herumwälzen, wenn ich keine Schmerzen hätte.“ (Auf die Frage nach der Atmung haben Sie mir noch gar keine Antwort gegeben.) „Vielleicht durch eine Reizung, es müßten aber noch Splitter im rechten Bein drin sein. Vielleicht wollen Sie mich beruhigen, daß keine drin sind und wollen sie herauseitern lassen.“ (Sind Sie denn verwundet worden?) „Ja, Granatsplitter, jetzt vor meiner Krankheit.“ (Es ist doch gar nichts zu sehen?) „Ich weiß nicht, daß nichts zu sehen ist, mir ist das auch alles rätselhaft.“ (Waren Sie denn bewußtlos nach dieser kleinen Verwundung?) „Nein. Ich lag in einer Mulde und habe dort gewartet, bis die erste Hilfe kam.“ (Wie lange vor ihrer Einlieferung in das Lazarett war das?) „Es war im September, und ich bin im Januar erkrankt. Damals war ich auf Krankensammelstellen und bin nicht in einem Lazarett gewesen. Ich habe immer Dienst getan. Große Beschwerden habe ich nicht gehabt. Es haben sich einige Splitter heraus gemacht, und es hat auch ein wenig geeitert. Im Dezember habe ich immer vorne in Stellung gelegen. Es war eine lange Zeit vergangen, wo ich hinten beim Troß gewesen bin.“ (Haben Sie damals Erbrechen gehabt?) „Nein.“ (Lähmungen?) „Nein. Ich wundere mich nur über einen Fall, der sich vor Ausbruch des Krieges mit Rußland ereignete, als ich in einem Gasthaus saß und austreten wollte und dabei vollkommen zusammenknickte. Welches Bein es gewesen ist, weiß ich nicht.“ (Wie lange hat dies denn gedauert?) „Nur eine kurze Zeit, nachdem ich einige Schritte mit Hilfe anderer getan hatte, konnte ich wieder selbständig gehen, habe aber immer den Schmerz im Kniegelenk verspürt. Ob ich Rheumatismus gehabt habe, weiß ich nicht.“ Stuhlentleerung sei immer in Ordnung gewesen, nur in der Übergangszeit zum Winter habe er Schwierigkeiten mit der Blasenentleerung gehabt. Er habe dann alle 5 Min. laufen können. Habe dabei des öfteren das Bett naß gemacht. Er verspüre immer einen starken Druck, aber die Menge erscheine ihm, nach dem Druck zu urteilen, zu gering. (Haben Sie rechtzeitig laufen und sprechen gelernt?) „Durch meine Mutter habe ich gehört, daß ich in den ersten beiden Jahren sehr krank gewesen bin. Habe Krämpfe gehabt und oft hat mich meine Mutter, als ich zur Schule kam, dorthin fahren müssen. Während der Schulzeit ging das Laufen dann ganz gut.“ Es sei sonst noch zu sagen, daß er niemals ruhig auf einen Stuhl habe sitzen können. Er habe gerne Schabernack getrieben.

Mit 12 Jahren habe er schon eine lange Hose getragen, worüber die Mädchen dann gelacht hätten. Er sei ihnen dann nachgelaufen und hätte sie geschlagen. Wenn die Lehrerin ihn habe bestrafen wollen, habe er sie ins Bein gekniffen, habe sich den Hintern auch ordentlich voll Bücher gestopft. Er habe immer gut gelernt. Früher habe er auch laut geträumt. Seine Mutter habe ihn dann immer geweckt. Dies sei vom 10.—14. Lebensjahr gewesen. Während dieser Zeit habe er auch des öfteren das Bett naß gemacht. (Hatten Sie Angstträume?) „Nein, das kann ich nicht sagen. Wenn ich geweckt wurde, habe ich nichts mehr vom Traum gewußt. Meine Mutter hat mich manchmal geschlagen, weil ich so laut war; aber ich habe dann immer gelacht, habe auch nichts von Schmerzen verspürt. Vom 14.—16. Lebensjahre habe ich nichts von besonderen Träumen gemerkt.“ (Zähneknirschen?) „Das habe er nicht gehabt. Später habe er im Traum geschimpft. Er sei auch etwas hitzig. (Wie ist die Stimmung gewesen?) „Ich bin im allgemeinen sehr lustig, könnte von morgens bis abends singen. Vor allen Dingen witzig unterhalten.“ (Pat. führt dazu einige Beispiele an, wie er auch hier die Laborantin „auf den Arm genommen habe“, dadurch daß er eine Wette mit ihr abgeschlossen habe, daß sie nicht sagen könne: sie „gehe“ schlafen, wenn sie doch nachher im Bett „liegend“ angetroffen worden sei. Ebenso sei es mit einer Schwester, zu der er gesagt habe, sie schlafe immer „mit der Hand am Arm.“ Gemeint habe er natürlich, wie er bei der späteren Aussprache geltend gemacht habe, daß doch jeder die Hand am Arm habe. Pat. führt nun noch eine ganze Reihe derartiger Beispiele an. (Prof. *Betzendahl*.) 27. 3.: Pat. fühlt sich heute etwas wohler, indessen wirkt sich die neurologische Untersuchung, wie auch sonst, ungünstig aus. Diese, wie auch jede sonstige Inanspruchnahme bewirkt Zunahme der krampfartigen Schmerzen. Objektiv treten Tremor und myoklonische Erscheinungen zutage. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 10. 4.: Bei dem heutigen Besuch des Referenten läuft der Pat. angekleidet herum, ist nach der weitgehenden Besserung für den Transport mit dem Lazarettzug vorgesehen. (Wie geht es Ihnen?) „Soweit ganz gut, nur schwach in den Beinen, schon bei ganz geringen Anstrengungen.“ (Sie machen eine Bewegung des Zitterns?) „Nein.“ (Damals taten Ihnen auch die Gelenke so weh?) „Das kann ich nicht mehr sagen. Manchmal habe ich noch ein Zucken in den Beinen, einen direkten Schmerz aber nicht mehr.“ (Wie ist es mit dem Sehen?) „Darüber kann ich nicht klagen.“ (Damals haben Sie so die Augen verdreht?) „Wenn ich auf einen Fleck hinschaute, dann flimmerten die Augen. Die Wimpern gingen auf und zu, darauf fing es mit dem Atmen an, und im Anschluß daran, wenn es vorüber war, erschreck ich jedesmal . . . Da habe ich mich umgesehen und wußte zuerst gar nicht, wo ich war.“ (Jetzt zittern Sie ja wieder mit dem Daumen?) „Das findet sich am ganzen Körper. An den Beinen macht es sich am meisten bemerkbar, besonders wenn ich stehe. Wenn ich z. B. eine Zigarette halte, dann fangen mir die Hände ebenfalls an zu zittern. Wovon das kommt, weiß ich nicht.“ (Macht Ihnen Aufregung etwas aus?) „In der letzten Zeit habe ich mit Essen ausgeteilt. Das hat mich immer ein wenig aufgeregt, weil ich besorgt war, daß jeder Kamerad sein Essen bekam. Vor allen Dingen bin ich sehr empfindlich geworden.“ (Worauf denn?) „Wenn mich heute jemand kränkt, dann geht es mir besonders nahe.“ (Wie kommt das?) „Das weiß ich nicht.“ (Können Sie denn jetzt schlafen?) „Jetzt, wo ich hier mithelfe, kann ich gut schlafen.“ (Kommen leicht die Tränen?) „Ja, sehr leicht. Daß ich dabei an etwas Besonderes denke, weiß ich nicht.“ (Wissen Sie alles, was Sie gemacht haben?) „Ja, daß ich mich in andere Betten gelegt habe, weil ich so arge Schmerzen hatte, besonders in den Beinen.“ (Konnten Sie denn ihr Bett nicht wieder finden?) „Nein, das war es nicht; unter meinem Bett befanden sich Wasseradern.“ (Störte Sie das?) „Es ist mir nur der eine Gedanke gekommen, daß bei meinen Schwiegereltern, wo die Mutter krank darniederlag, der Geistliche Wasseradern unter dem Bett feststellte, und daß damals das Bett umgestellt werden mußte. Deshalb

habe auch ich mich in andere Betten gelegt, weil ich hoffte, daß dadurch die Schmerzen in den Beinen weggingen.“ (Kam Ihnen die Umgebung unheimlich vor?) „Ja, ich war in S . . . eingeliefert worden und von da bin ich in ein Lazarett gekommen.“ (Dachten Sie auch, es sei Elektrizität um Sie herum?) „Nur bei der Untersuchung habe ich geglaubt, daß Sie mit Hypnose arbeiten.“ (Ich habe Sie doch nicht besonders angeguckt oder Hokuspokus getrieben?) „Nein.“ (Wovor hatten Sie Angst, wenn Sie nachts herumliefen?) „Nachts bin ich nicht herumgelaufen, wenigstens kann ich mich nicht darauf besinnen.“ (Wann waren Sie außer Bett?) „Das weiß ich nicht mehr. Ich weiß nur noch, wenn man mich aus anderen Betten raus holte, daß ich in die anderen Betten gegangen war, weil die Splitter, die in meinen Beinen waren, so schmerzten.“ (Dann haben Sie in Ihrem Bett ein besonderes Gefühl verspürt?) „Jawohl.“ Es wird bei diesem Diktat vom Stationsaufseher berichtet, daß Pat. sich eines Abends sein langes Messer genommen habe, um auszukneifen. (Wissen Sie es?) „An dem Abend hatte ich meinen Anzug an und wollte den Augenblick abpassen, wenn die Kraftfahrer abfahren, und dann wollte ich schnell hinten einsteigen und mitfahren. Das Auto wollte ich auch wieder ungesehen verlassen und wollte dann zu Frau und Kind zurück. Dies mißglückte mir aber, und dabei hat mich der Sanitätsdienstgrad am Kragen gepackt. Als ich zurückgeführt wurde, stand in der Ecke ein großer Klotz, mit einem Messer darauf. Der Sanitätsdienstgrad meinte nun aus Scherz, ob ich das stemmen könnte, wobei er auf den Klotz und das Messer hinwies. Ich meinte: ja, hob aber nur das Messer. Und als man mich fragte, was ich damit wollte, antwortete ich, daß ich damit mein Bein abschneiden würde.“ (Weshalb waren Sie auf einmal so ängstlich?) „Ich war nicht ängstlich, ich wollte nur raus.“ (Hatten Sie auf einmal so einen Fluchtinstinkt?) „Nein, das kann ich nicht sagen.“ (War es nicht so ein blindes Verlangen?) „Ja.“ (Damals haben Sie viel studieren wollen?) „Das war eine Spinnerei, im Grunde lege ich gar keinen Wert darauf.“ „Siedeln möchte ich einmal.“ (Haben Sie denn Sinn für die Landwirtschaft?) „Ja, wenn ich auch von Beruf Bergmann bin.“ (Als Kind haben Sie eine schlimme Krankheit durchgemacht?) „Welche Krankheit das gewesen ist, weiß ich nicht mehr. Ich erinnere mich nur, daß ich hohes Fieber und Krämpfe gehabt habe.“ (Was waren das für Krämpfe?) „Das weiß ich nicht. Was mir bekannt ist, hat mir meine Mutter gesagt.“ Pat. schildert nun die gleichen Begebenheiten, wie damals in der akuten Krankheit. (Zittern haben Sie damals nicht gehabt?) „Nein, das hatte ich nicht.“ (Lähmungen?) „Auch nicht.“ (Ob ein Bein oder Fuß schwächer gewesen ist, wissen Sie das?) „Nein.“ (Daß Sie schneller müde würden?) „Nein, oft habe ich Handball gespielt.“ (Haben sie von seiten der Augen irgendwelche Störungen bemerkt?) „Nein.“ — Im wesentlichen scheint als Folge der frühkindlichen Encephalitis eine Entwicklungshemmung vorgelegen zu haben. Als Junge ist er sehr dünn gewesen. Pat. erzählt, daß er sich später in der Schulzeit mit Erfolg um Sportpreise beworben hat. Pat. sieht im ganzen nicht mehr so subikterisch aus sondern mehr fahl. Pat. bemerkt, daß er früher eine sehr gesunde Farbe gehabt hat. Mit 16 Jahren habe er 140 Pfund gewogen. Früher sei er sehr ruhig veranlagt gewesen. Im Zuge der Unterhaltung wird Pat. lebhaft, besonders als von seiner Heimat die Rede ist und von besonderen Erlebnissen. Damit einhergehend stellt sich auch eine ganz gesunde Rötung des Gesichtes ein. (gez. Prof. Betzendahl.)

Zusammenfassung. Der am 10. 6. 15 geborene Obergefreite kam am 9. 1. 42 vom Truppenarzt zum Hauptverbandplatz wegen Otitis media. Der rechte Gehörgang erwies sich als im äußeren Drittel entzündet, mit Perforation des Trommelfells. Die Gegend hinter dem Ohr, vor allem der Warzenfortsatz, war druckschmerzhaft. Es bestand Schwerhörigkeit.

Das Leiden wurde als chronisch angesprochen. Bei der rückwärtigen Verlegung in ein Feldlazarett am 11. 1. lief das Ohr nicht mehr. Am 24. 1. wurde Patient mit Klagen über Schmerzen im Kopf, auch in den Augen, bei hohem Fieber in einem Kriegslazarett aufgenommen. Am gleichen Tage fand man 8700 Leukocyten. Bei der Thoraxdurchleuchtung ergab sich vermehrte Lungenzeichnung. Weil-Felix, Paratyphus, Widal waren am 25. 1. negativ. Am 27. 1. wurden starke Kopfschmerzen geäußert. Über der Lunge zeigte sich jetzt Giemen und Brummen. Der Rachen war entzündlich gerötet. Am Stamm waren Roseolen aufgetreten. Patient war benommen und schlief viel. Das Blutbild am 28. 1. war: Leukocyten 9700, Stabkernige 42%, Segmentkernige 24%, Lymphocyten 33%, Monocyten 1%, rotes Blutbild o. B. Am gleichen Tage waren der Widal: 1:50, Paratyphus 1:50, Weil-Felix 1:800. Patient wurde nun auf die Fleckfieberstation verbracht. Am 29. 1. zeigte sich dort über der Lunge diffuses Giemen und Brummen. Die Haut wies neben Kratzeffekten ein makulöses Exanthem auf. Sonst wurden die Reflexe als „sehr schwach“ bezeichnet. Psychisch sollte der Patient „frei“ sein.

Am 12. 3. wurde der Patient mir vorgestellt. Er war schon längst entfiebert, zeigte aber doch eine schleppende Rekonvaleszenz, konnte sich nicht recht bewegen und störte vor allem durch nächtliche Unruhezustände bis zu Bettflüchtigkeit. Auch fand man ihn etwas eigentümlich, zumal er, ein einfacher Bergmann, immer, ebenso wie die Ärzte um ihn herum, von beabsichtigten wissenschaftlichen Arbeiten und Literaturstudien sprach. Es bestand eine spastische Tetraparese mit Mehrbetroffensein der linken Seite. Links trat in ausgesprochenem Maße der Prädilektionstypus hervor. Der linke Fuß befand sich in equino-varus-Stellung. Beim Versuch, das linke Bein im Knie zu beugen, wurden heftige Streckspasmen ausgelöst, welche in eine für den Patienten sehr schmerzhaft Starre übergingen. Das Bein war dabei örtlich fixiert. Das rechte Bein war, wie auch die Arme beiderseits, hypotonisch, es traten nur hin und wieder bei der Prüfung der passiven Beweglichkeit leichte kurzdauernde krampfartige Versteifungen auf. Beiderseits fanden sich sehr lebhafte Fluchtreflexe, welche aber zuweilen von der Beinverlängerungstendenz überwogen wurden. Bei vorsichtigem Bestreichen der Fußsohle war links Babinski zu bekommen. Reizungen führten regelmäßig zum Auftreten von Tremor des linken Beins bis zu myoklonischen Zuckungen in Streckhaltung. Dem Patienten kamen dabei die Tränen. Die Atmung wurde dabei hyperventilationsartig. Beiderseits waren Patellar- und Fußklonus auslösbar, mit Fortsetzung in immer feinschlägiger werdendem Tremor. Auch ohne mechanische Einwirkungen, offensichtlich unter der emotionellen Einwirkung der Beschäftigung mit ihm, bekam Patient Krämpfe für halbe Minuten etwa, die für ihn sehr belästigend und schließlich sogar beängstigend waren. Einmal

wurde von mir ein tonischer Streckkrampf des rechten Arms gesehen, in Abduktionsstellung, vor allem aber unter extremer Spreizung der Finger. Beim Zeigefinger-Nasenversuch und beim Knie-Hackenversuch zeigte sich grobe Ataxie, besonders rechts bis zu Wackelbewegungen. Die Sensibilität war intakt bis auf eine Herabsetzung für alle Qualitäten im Trigeminusgebiet links. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe waren beiderseits, besonders links, herabgesetzt.

Besonders bemerkenswert waren aber die Blickkrämpfe und Schwaunfälle des Patienten, welche im wesentlichen den bei Encephalitis epidemica beschriebenen Bildern entsprachen. Während des Diktats an seinem Bett, dem der Patient zu folgen suchte, drehten sich ihm auf einmal die Bulbi nach oben bei weitgeöffneten Lidern, wonach in zunehmendem Maße ein Zwinkern auftrat. Der Patient zeigte wachsende Unruhe, bis, nach ungefähr einer halben Minute etwa, das vorbei war, unter Hinterlassen großer Mattigkeit. Es traten nun ein somnolenter Zustand und zwischendurch eine offensichtliche Bewußtseinsherabsetzung mit krampfhaftem Wackeln ein. Daraus fuhr Patient nach einigen Minuten mit erschreckter Miene und entgeistertem Umsichblicken hoch. Das wiederholte sich in wechselndem Maße, oft nur in Form von starrem Insweiblicken mit aufgerissenen Augen und oberflächlich werdender Atmung für Sekunden. Jedesmal war das gewaltsame Bemühen des Patienten zu merken, seine Gedanken wieder zu sammeln und zu sich zu kommen. Patient unterlag auch dauernden Aufmerksamkeitsschwankungen. Die Paroxysmen hinterließen Amnesie.

Gegenstand der Klagen waren nur klonische Erscheinungen an den Extremitäten, besonders am rechten Bein. Ferner störte ihn der Intentionstremor beim Hantieren, sowie die Neigung, beim Gehversuch nach hinten überzufallen. Es bestand eine hochgradige affektive Inkontinenz. Die Orientierung war bei Aktivierung durch die Unterhaltung ungestört. Eine Trübung des Sensoriums trat offenbar nur ein, wenn er sich selbst überlassen blieb. Dann bezog er vor allen Dingen die Gespräche um ihn herum auf sich und kam sich als Arzt und Wissenschaftler, nach den vorherrschenden Eindrücken, vor. Es konnte aber auch eine Entrückung nach Hause erfolgen. Nachts brachte ihn das Licht in Bewegung, so daß er oft nicht nur sein Bett durchwühlte, sondern auch auf der Abteilung herumtobte.

In der Folgezeit war der Zustand ziemlich ungleich, wobei fortlaufend eine Sedativtherapie einzusetzen hatte. Eine tetanoide Übererregbarkeit war vorherrschend. Der allerdings nur einmal gemessene Kalkspiegel im Blute war mit 10 mg-% normal. Chovestek und Trousseau waren negativ. Indessen war die direkte Muskelerregbarkeit erhöht, zumal im Sinne von fasciculären Zuckungen und ideomuskulären Wülsten. Es ergab sich eine starke Hyperreflexie. Bei Druckreizen traten athetoseartige Überstreckungen, vor allem der Finger, auf. Die reflexogenen

Zonen waren verbreitert. Es zeigte sich eine weitgehende Irradiationsneigung. Ab und zu geriet er am ganzen Körper in eine tetanusartige Starre, welche ihn zum Weinen vor Schmerzen brachte. Am 17. 3. ging es dem Patienten auf einmal viel besser. Patient konnte schlecht über seinen damaligen Zustand Auskunft geben, weil die akuten Störungen jedesmal auch eine Bewußtseinsveränderung, meist wohl im Sinne der Herabsetzung, mit sich führten. Er stellte das „Reißen“ im rechten Bein ganz in den Vordergrund. Außerdem beklagte er sich über die verschlimmernde Wirkung des „Beklopfens“ bei der ärztlichen Untersuchung. Nur deshalb hätte er sich immer so herumwälzen müssen, eben vor Schmerzen. Sein Kausalitätsbedürfnis führte ihn auch dazu, eine längst ausgeheilte Verwundung damit in Verbindung zu bringen, zugleich mit einer Ausdeutung der derzeitigen Behandlung: Man machte weiter nichts, nämlich chirurgisch, weil man die „Splitter herausseutern lassen wollte“. Von den Fluchtreflexen hatte er eine gewisse Wahrnehmung, meinte, daß ein vom Arzt ausgehender „Magnetismus“ im Spiele wäre. Es sollte auch ein Willkürakt im Spiele gewesen sein, wenn er die Füße so zurückgezogen habe: aus „Furcht vor dem Kitzeln.“

Von einiger Wichtigkeit für die Beurteilung der Pathogenese ist die Angabe, in den beiden ersten Lebensjahren sehr krank gewesen zu sein, speziell an Krämpfen gelitten zu haben. Indessen ist späterhin, zumal nach seinen glaubwürdig versicherten sportlichen Leistungen, offenbar ein Ausgleich erfolgt, wenn auch die etwas zu Schabernack und Ungebärdigkeit neigende Art an die psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und Jugendlichen, wie sie *Thiele* aus der *Bonhoeffer*schen Klinik beschrieben hat, erinnert. Mit einer besonderen Disposition nach dieser Richtung ist umsomehr zu rechnen, als ja auch bei den neurologischen Folgeerscheinungen des jetzt durchgemachten Fleckfiebers eine Mobilisierung von Mechanismen eingetreten ist, wie sie sonst, abgesehen von den Hirnstammläsionen (*Betzendahl*) gerade die Postencephalitiker kennzeichnen (*Bonhoeffer*, v. *Stockert*). Bemerkenswert ist, daß er mit 16 Jahren einmal 140 Pfund gewogen haben will. Patient hat weiterhin ein allerdings nur einmal erfolgtes Auftreten von plötzlichem Tonusverlust während des Rußlandfeldzuges ohne ersichtliche Ursache zu berichten.

Die Besserung machte gegen Ende März schnelle Fortschritte. Die objektiven Phänomene treten mehr und mehr zurück hinter die Äußerung krampfartiger Schmerzen, bei eingehender körperlicher Untersuchung zumal, aber auch im Verlauf seiner Bemühungen, wieder zum richtigen Gebrauch seiner Glieder zu gelangen. Er war noch zu flachen Scherzen geneigt. Lichtüberempfindlichkeit bestand auch noch und wirkte sich, nach seinen drastischen Angaben, zuweilen so aus: „Wenn ich auf einen Fleck hinschaute, dann flimmerten die Augen, die Wimpern gingen auf und zu, darauf fing es mit dem Atmen an, und im Anschluß daran,

weil es vorüber war, erschrak ich jedesmal. Da habe ich mich umgesehen und wußte überhaupt nicht, wo ich war.“ Überhaupt wußte Patient jetzt im Gegensatz zu vordem, auf der Höhe der Krankheit, sowie kurz nach dem akuten Stadium, gut über seinen Zustand Bescheid, auch über manche der anfallsweise aufgetretenen Syndrome. Es kam auch heraus, daß er sich in andere Betten deshalb gelegt hatte, weil er unter dem seinen „Wasseradern“ mit elektrischer Einwirkung vermutet hatte. Das ging auf eine Reminiszenz aus der Zeit der letzten zum Tode führenden Krankheit seiner Mutter zurück, wo der Geistliche dergleichen meinte feststellen zu können. Er hatte nun gehofft, daß so auch bei ihm die Schmerzen aus den Beinen gehen würden. Bezüglich der ärztlichen Untersuchung hatte er seine erhöhte Reagibilität darauf zurückgeführt, daß mit „Hypnose“ gearbeitet würde. Einmal hatte er auch auskneifen wollen, um zu Frau und Kind zurück zu kommen. Sein Gerede vom Studieren tat er kurzweg als „Spinnerei“ ab. Im Grunde legte er „gar keinen Wert“ darauf. Er hätte da „Fieber und Krämpfe“ gehabt.

Patient sah am 10. 4. vor seiner Entlassung noch etwas fahl aus. Das Fettpolster war nach wie vor gering. An sich war er zwar einigermaßen proportioniert, aber doch von asthenischem Habitus. Die psychischen und die neurologischen Symptome hatten sich fast ganz zurückgebildet.

Das Fleckfieber hatte vor allem Hirnstammsymptome gesetzt. Dabei kommt einer nach der Schilderung des Patienten mit Wahrscheinlichkeit anzunehmendem frühkindlichen Encephalitis (lethargica?) eine prädisponierende Bedeutung zu. Entweder liegt mehr eine Entwicklungshemmung vor und eine damit unterdurchschnittliche Resistenz oder ein Schaden, dessen Kompensation jeweils durch Belastungsproben, wie sie das Durchmachen einer solchen Infektionskrankheit darstellt, überschritten wird.

Soldat L. A., geb. am 4. 9. 01 (Fall 9). 2. 3. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Masern, Scharlach, sonst nie ernstlich krank gewesen. Infectio venerea negiert. Jetzige Beschwerden: Pat. war stark erkältet. 24. 2. 42: Mattigkeit, Schüttelfrost und Temperatur (39). Befund: Lunge: Giemen und Brummen. Herz o. B. Milz weich, vergrößert, tastbar. Haut: roseoläres Exanthem, Conjunctivitis, gedunsenes Gesicht. ZNS.: o. B. Puls gedrückt. Vorläufige Diagnose: Fleckfieber. 3. 3.: Weil-Felix negativ. Pseudokrise am 7. Krankheitstag. 4. 3.: Erneutes Ansteigen der Temperatur. Remittierendes Fieber auf der Höhe einer Continua. 7. 3.: Weil-Felix 1:200. 10. 3.: Absinken der Temperatur. Trübung des Sensoriums. Infolge schlechter Pulsqualitäten wird Strophantin gegeben. 15. 3.: Temperatur normal. Puls immer noch flau. Weiter aktive Kreislaufstärkung. 17. 3.: Erneuter Temperaturanstieg. Wegen Pneumonieverdacht wird Eubasin gegeben. Pat. noch immer benommen. 20. 3.: Völlige Entfieberung. Besserung der Pulsqualitäten. Pat. wird klarer. 24. 3.: Guter Allgemeinzustand. 28. 3.: Pulsstabilität, sonst keine Beschwerden.

10. 4. 42: Pat. hat sehr an Gewicht verloren, sieht elend aus. Der kurze Weg von seinem Krankensaal hat ihn sehr mitgenommen. Er ist ganz außer Atem.

Die Kurzluftigkeit macht ihm auch sonst zu schaffen. Er hat das Gefühl, nicht richtig durchzuatmen. Nachts muß er auf der rechten Seite liegen, um keinen Druck in der Herzgegend zu bekommen. Er kann nicht frei gehen, geht mit kurzen schiebenden Schritten, propulsionsartig. Der Fuß wird dabei nicht abgewinkelt, sondern ganzsohlig und klatschend aufgesetzt. Die Arme sind leicht angewinkelt. Während er sich von seinem Weg etwas ausruht, stellt sich in seinem linken Bein ein nicht zu unterdrückender, mittelschlägiger Tremor ein, aber ohne größere Bewegungen, insbesondere ohne wippende oder derartige Bewegungen. Die Mimik ist etwas schlaff, indessen nicht ganz ausdruckslos. Sie spiegelt immerhin die starke Beeinträchtigung des Befindens und Einschränkung der Bewegung wieder. Psychisch ist Pat. ganz frei, er gibt geordnet Auskunft über den größeren Teil seiner Krankheit, indessen besteht eine mehr oder weniger ausgesprochene Amnesie. Nur über die ersten Tage weiß er einige Angaben zu machen, von wo er gekommen ist und welche Stellen er dann passiert hat. Auch daß er anfangs Kopfschmerzen gehabt habe, ist ihm in Erinnerung geblieben. Im Vordergrund stand der Kopfschmerz mit der Nackensteifigkeit. Die eigentlichen Veränderungen sind aber erst nach der Entfieberung aufgetreten, während vor dem die dem sehr schweren Verlauf des Fleckfiebers entsprechende bloße Benommenheit vorgelegen hat. Pat. ist ein durchaus ausgereifter und ausgeglichener Mensch. Nach den speziellen Erkundigungen nach seinen Erlebnissen und Träumen, ist bei ihm nicht das Mindeste zutage zu fördern. Pat. sagt, daß er wohl während der ganzen Zeit von seinem Zustand nichts gemerkt habe. Es fällt ihm offenbar selbst auf. Er weiß auch, daß er nicht klar im Kopf gewesen sein mußte. Er führt als Beispiel an, wie er später einmal an seinem Bett ein Scharren bemerkt habe, ohne es gleich richtig deuten zu können. Er habe gedacht, es sei sonst etwas los. Von Angst weiß er nichts zu berichten. Zur Zeit klagt er besonders über Kribbeln in den Extremitätenenden, besonders im Ulnarisgebiet beiderseits, wo eine Krallhandstellung bestanden hat, die auch jetzt noch besteht, wenn auch weniger ausgeprägt. Der jetzige Zustand, bei dem die Bewegungsbehinderung im Vordergrund steht, ist erst seit dem Aufstehen vor ungefähr einer Woche aufgefallen. Nach der Entfieberung hat er noch eine Weile im Bett gelegen und sich dabei verhältnismäßig wohlgeföhlt, im Gegensatz zu der starken Benommenheit von vordem. Er klagt über Neigung zu Tränenausbruch, ohne rechten Grund dazu zu haben. Es genüge bei ihm, einmal an zu Hause zu denken, um bei ihm das Wasser in die Augen schießen zu lassen. Sonstige aktuelle Anlässe in seinem gegenwärtigen Milieu setzen ihn nicht besonders zu. Er sei nicht besonders reizbar geworden, im Gegenteil stumpfsinnig; trotzdem sei er nicht gleichgültig. Er unterhalte sich gern mit Kameraden. Er habe nur das Gefühl gehabt, daß er nicht so recht mittun könne, wie das eigentlich seiner Art entspräche. Pat. klagt über heftigen Durst, der auf keine Weise zu stillen ist, wie auch schon in der ersten Zeit. (gez. Prof. Betzendahl.) 16. 4.: Pat. gibt an, daß er seit dem letzten Besuche schon wieder einige Fortschritte gemacht habe. Er fühle sich besser und könne sich auch besser bewegen. Die Zunge ist belegt und an den Rändern hochrot. Das Gesicht ist nicht mehr ganz so blaß wie vordem. Die Mimik ist belebter, weniger starr und verzerrt. Pat. sagt, daß in der ersten Zeit sein Gesicht so steif gewesen sei, einschließlich der Zunge, und führt vor allem ein krampfhaftes Pressen in den Kinnladen an. Er hat noch sehr über Akroparästhesien zu klagen. Ferner treten noch krampfartige Zusammenziehungen in der gesamten Streckmuskulatur des Beines und zwar des linken ein. Wenn er sich dann setzen will, kann er das Bein nicht krumm kriegen, ohne erhebliche Schmerzen, die ihren Ausgangspunkt vom Gesäß aus nehmen. In der Nacht schwitze er sehr leicht, finde überhaupt gar keine Ruhe im Gegensatz zum Tage, wo er häufiger einige Stunden schlafe. Die Empfindlichkeit gegenüber Sinneseindrücken hat nachgelassen. Er hebt dabei hervor, daß er seelisch gar nicht so sehr beteiligt gewesen sei und sich im Grunde auch immer vor Augen gehalten habe, daß doch gar nichts

los sei. Nur habe er tatsächlich ein Angstgefühl am Herzen gehabt, sowie ein Zittern und sei oft auf belanglose Geräusche hin ruckartig zusammengefahren. Dies habe aber alles nur eine sehr kurze Zeit gedauert. An den Augen habe ihm während der ganzen Zeit, wie er sich ausdrückt, bis jetzt, zur allmählich einsetzenden Besserung hin, die klare Sicht gefehlt. Doppelbilder, Flimmern u. dgl. habe er nicht gehabt, nur habe er für Augenblicke nichts gesehen, es sei nur sehr dunkel gewesen. Er habe bei dem Versuche, zu lesen, sich nur momentweise auf die Nähe einstellen können, dann sei die Schrift fort gewesen, und in den Augen haben sich Schmerzen eingestellt. Pat. entwirft damit das Bild einer Akkomodationschwäche. Wie sich aus dem objektiven Bild ergibt, wird er von einer dauernden Bewegungsunruhe geplagt, insbesondere ist der Unterkiefer in einer ständig wackelnden Bewegung. Die Stirn wird wie im krampfhaftem Fixieren ständig gerunzelt. Das Grimassieren des akuten Stadiums ist dagegen nicht mehr festzustellen. Die anfangs vorhandene doppelseitige Schwerhörigkeit beschränkt sich nur auf einen kleinen Rest auf der linken Seite. Über entotische Geräusche weiß er nichts zu berichten; es besteht nur ein dumpfer Druck. In der ersten Zeit habe er das Gefühl gehabt, als solle ihm der Schädel platzen; das soll nicht mehr vorhanden sein. Nur wenn er längere Zeit lese, was er sonst ohne Mühe gekonnt habe, stelle sich ein pochender und ein ziehend sich ausbreitender Schmerz in der Stirn ein. Der unstillbare Durst sei unvermindert vorhanden. Der Appetit sei jetzt gut geworden. Manchmal stelle sich Heißhunger ein, so daß er dann oft in peinlicher Verlegenheit sei, wenn nichts da sei. Ab und zu muß sich Pat., während er auf dem Stuhl sitzt, aufrichten, weil ihm der Rücken zu schmerzen beginnt. Er gibt an, daß er beim Sitzen die Tendenz fühle, nach vorne überzusinken. Zur gleichen Zeit, wie er sich jetzt während der Exploration hat aufrichten müssen, fängt „er an, die Wade zu massieren, weil er nach seiner Formulierung einen Schuß ins linke Bein“ bekommen habe. Wenn er längere Zeit auf eine Stelle gucke, stelle sich ein zwingendes Müdigkeitsgefühl ein. Sichtbare Zeichen von Faszinationsphänomenen finden sich nicht, auch keine Blickkrämpfe und keine Schaumanfälle. Dagegen führt die Konzentration der Gedanken bei Frage- und Antwortspiel zu einer Müdigkeit, so daß er anfängt, sich die Augen zu reiben. Als er dann eine Weile in Ruhe gelassen wird, fallen ihm die Augen zu. Pat. sagt, daß er sich im Augenblick sehr müde gefühlt habe. Pat. erzählt weiter, daß er dann, wenn er sich selbst das Programm machen und seinen gewohnten Verrichtungen nachgehen könne, sich ganz gut aufrecht halten könne. Nur, wo er sich anpassen und auf bestimmte Fragen antworten müsse, zeige sich eine allgemeine Schwäche. Auf der Abteilung sei er jetzt viel auf den Beinen und zwar schaue er ganz gerne einmal hierhin und dorthin, um zu sehen, was die Kameraden machen. An innerer Regsamkeit fehle es ihm durchaus nicht; bloß äußere Inanspruchnahme sei ihm lästig. Er sei sehr leicht gerührt, z. B. beim Postempfang zeige sich das, aber auch das habe schon nachgelassen. Er denke viel an zu Hause und sei morgens auch der erste unten, um zu sehen, ob Post da ist. Wenn er sich zu Bett lege und seine Schlafhaltung einnehme und dabei ein Bein über das andere lege, sei es ihm gerade so, als ob das Bein offen sei. Die Handschrift sei sehr zitterig und ausfahrend. Wenn er einen Buchstaben gemacht habe, müsse er wieder absetzen, weil dann die Gefahr bestehe, abzugleiten. Pat. sagt, daß er viel geistig tätig gewesen ist, und sich gerne weiterzubilden gesucht habe. Das stimmt auch ganz mit dem Eindruck, den der Pat. macht, überein. Er hat eine ausgezeichnete Selbstbeobachtung und hat eine klare und entschiedene Ausdrucksweise. In der Schule sei er normal mitgekommen. Wenn er nicht unter den ersten gewesen sei, so habe das daran gelegen, daß er gerne seinen eigenen Weg gegangen sei. In der Familie ist alles in Ordnung. Er sagt unter anderem, daß seine Frau sehr mit ihm zufrieden sei. Als er gefragt wird, ob er gerne seine Ordnung habe, sagt er mit spontanem Affekt: „Das vor allen Dingen.“ Er hat einen Vertrauensposten bei der Wehrmacht. Über diese Dinge spricht Pat. ganz schlicht.

Über Gedächtnisstörungen weiß Patient nichts zu sagen. Es besteht nur die Erinnerungslücke vom 27. Februar bis zum 20. März. Es besteht für ihn auch gar keine Erinnerungsmöglichkeit. Er habe sich manchmal Mühe gegeben, zurückzudenken, aber ohne Erfolg. Nach dem objektiven Bericht sollen psychotische Episoden nicht vorgelegen haben. Auch die nachträgliche Erkundigung, entsprechend der häufigen Beobachtung von megalomanischen Ideen in der Deferescenz, führt zu keinen entsprechenden Erhebungen. Pat. soll während der ganzen Zeit ruhig gewesen sein, wenn auch geistig abwesend und benommen. (gez. Prof. Betzendahl.) 26. 4.: Pat. geht immer noch mit kleinen schiebenden Schritten. Die Mitbewegung der Arme fehlt vollkommen, wobei links offenbar eine spastische Anspannung im Spiele ist. Der linke Arm und das linke Bein sind nach seinen Angaben immer noch geschwächt. Der linke Fuß wird nicht abgewinkelt. Es findet sich zwar Ansatz zur Circumduktion; anscheinend aber reicht dazu die aktive Bewegung nicht aus. Es besteht Akrocyanose. Die ausgestreckten Hände zeigen einen feinschlägigen Tremor, der rechts ausgesprochener ist als links. Der Händedruck, ist links fast ganz kraftlos, rechts auch erheblich vermindert. Die Sprache ist im Sinne des mangelnden Antriebs gestört, ist stockend, was vom Pat. auch selbst empfunden wird. Die Mimik ist etwas belebter geworden. Am schwersten fällt dem Pat. das Abstoppen der Bewegungen und das Kehrtmachen. Pat. bestätigt das nach seiner eigenen Wahrnehmung und bemerkt dabei, daß ihm dabei sei, als bekäme er einen Schwindelanfall. Das Aufsein ermüdet ihn noch immer unverhältnismäßig stark. Er setzt sich, wenn er es eben kann, zwischen hinein hin. Die Anisokorie ist immer noch erheblich; rechts weiter als links. Die Lichtreaktion ist links etwas unausgiebiger als rechts, auch etwas träger. (gez. Prof. Betzendahl.)

Zusammenfassung. Der am 4. 9. 01 geborene Soldat zeigte am 24. 2. 42 das Bild einer starken Erkältung mit Mattigkeit, Schüttelfrost und 39 Fieber. Am 2. 3. gelangte er zur Aufnahme auf die Fleckfieberstation, nachdem ein roseoläres Exanthem hinzugetreten war. Er hatte ein gedunsenes Gesicht mit Conjunctivitis, Druckpuls, eine weiche, aber als vergrößert tastbare Milz, im übrigen fand sich Giemen und Brummen über der Lunge. Am 3. 3. war der Weil-Felix noch negativ. Am 7. Krankheitstag trat eine Pseudokrise ein. Am folgenden Tag stieg die Temperatur erneut an und hielt sich mit Remissionen auf der Höhe einer Continua. Der Weil-Felix wurde am 7. 3. mit 1 : 200 positiv. Am 10. 3. sank die Temperatur ab. Der Puls war jedoch schlecht, und das Sensorium trübte sich. Die Temperatur war auch am 15. 3. normal; aber der flaue Puls machte dauernd Analeptica notwendig. Am 17. 3. bekam Patient wieder Fieber, so daß schon prophylaktisch gegen eine vielleicht im Anzug befindliche Pneumonie Eubasin gegeben wurde. Vor allem fiel auch die Benommenheit auf. Am 20. 3. trat endgültige Entfieberung auf. Die Pulsqualität besserte sich auch, und der Patient erschien klarer. Am 28. 3. war der Allgemeinzustand als gut zu bezeichnen, und am 28. 3. waren außer noch bestehender Pulsabilität keine Besonderheiten mehr zu notieren.

Am 10. 4. wurde der Patient mir vorgestellt. Er hatte erheblich an Gewicht verloren und sah überhaupt elend aus. Von dem kurzen Weg ins Untersuchungszimmer, den er mit Unterstützung zurückgelegt hatte,

erschien er sehr mitgenommen: Er war ganz 'außer Atem und hatte auch das Gefühl, nicht richtig durchatmen zu können. Nachts mußte er zur Vermeidung von beengendem Druck in der Herzgegend auf der rechten Seite liegen. Die Schritte waren kurz und schiebend, die Arme wurden angewinkelt gehalten. Es trat immer wieder Propulsion auf. Wendungen wurden mit vielen kleinen hastigen Schritten, fast auf dem Absatz, ausgeführt. Bei den immer wieder erforderlichen Ruhepausen stellte sich im linken Bein ein nicht zu unterdrückender mittelschlägiger Tremor ein. Die Mimik war im Grunde schlaff, spiegelte lediglich die allgemeine Beeinträchtigung und unverhältnismäßige augenblickliche Anstrengung. Patient gab gut Auskunft über seinen Zustand, zeigte indessen Amnesie für den größten Teil seines fiebrigen Stadiums: Er entsann sich, daß es mit Kopfschmerzen und Nackensteifigkeit angefangen hatte, führte im übrigen als Beispiel dafür, daß er wohl nicht bei klarer Besinnung gewesen sein müßte, an, wie er einmal ein Scharren an seinem Bett gemerkt hätte, ohne es sogleich deuten zu können; als sei „sonst etwas los“, indessen nicht mit entsprechenden Gefühlen der Angst. Der derzeitige Zustand, bei dem auch für den Patient selbst die Bewegungsstörungen im Vordergrund standen, war nach dem Aufstehen vor einer Woche erstmalig aufgefallen. Nach der Entfieberung hatte Patient sich verhältnismäßig wohl gefühlt, insbesondere nicht mehr benommen. An unangenehmen Empfindungen hatte er nur über Akroparästhesien zu klagen, zumal im ulnaren Anteil, wo vorübergehend auch Krallhandstellung angedeutet gewesen sein sollte. Objektiv war keine Sensibilitätsstörung festzustellen. Außerdem klagte er über unstillbaren Durst. Auffallend war ihm die Neigung zu Tränenausbruch bei dem bloßen Gedanken an zu Hause, aber auch ohne allen Grund, vor allem ohne tiefere gemütliche Erregung. Er sagte von sich, daß er stumpfsinnig geworden sei, und durchaus nicht reizbar, andererseits aber auch nicht gleichgültig. Damit gab er offensichtlich eine Schilderung seiner Selbstwahrnehmung von Zwangsaffektion im Wechsel mit apathischen Zuständen. Zu alledem kam eine peinliche Empfindung der Auswirkung der motorisch-expressiven Störungen als Behinderung, auch persönlicher Art, bei dem durchaus lebhaftem Bestreben, den Anschluß an seine Mitkranken zu finden.

Am 16. 4. konnte sich Patient auch nach seinem eigenen Zeugnis viel freier bewegen. Die Mimik war weniger starr und verzerrt: Patient meinte selbst, vorher sei das Gesicht so „steif“ gewesen, einschließlich der Zunge, in den Kinnladen hätte er ein „Pressen“ verspürt. Die Akroparästhesien hielten noch an. Im linken Bein traten immer noch krampfartige, von der Hüfte ausgehende Zusammenziehungen der Streckmuskulatur ein. Beim Hinsetzen konnte er nach wie vor das Bein nicht krumm bekommen. Die Sinnesüberempfindlichkeit, vor allem die Bereitschaft auf Geräusche zusammenzufahren und in ein allgemeines Zittern

zu geraten, schien sogar zugenommen zu haben, wie auch, bei aller Kritik ihnen gegenüber, sich heftige Angstgefühle in der Herzgegend bei jedem Anlaß einstellten. Beim Lesen war ihm eine weitgehende Akkommodationsschwäche hinderlich. Die motorische Unruhe war diffuser geworden, so zeigte auch der Unterkiefer, mit Verstärkung durch körperliche und seelische Inanspruchnahme, ein ständiges Wackeln. Die anfangs beidseitige Schwerhörigkeit beschränkte sich nun auf einen kleinen unbedeutenden Rest links. Zurückgegangen war auch ein Druckgefühl, als sollte ihm der Schädel platzen. Beim Lesen stellte sich nur noch ein pochender Schmerz in den Schläfen ein. Zu dem Durst war noch recht belästigender Heißhunger gekommen. Beim Sitzen mußte er sich von Zeit zu Zeit aufrichten, weil fortlaufend die Tendenz bestand, nach vorn überzufallen. Dabei stellten sich auch mehr und mehr Rückenschmerzen ein. Ins linke Bein bekam er gleichzeitig einen „Schuß.“ Guckte er länger auf eine Stelle, befahl ihm eine zwingende Müdigkeit; ebenso führte die Konzentration der Gedanken bei der Untersuchung dazu, so daß er anfang, sich die Augen zu reiben. Als er eine Weile in Ruhe gelassen wurde, fielen ihm die Augen zu. Charakteristisch war die Äußerung, daß er, wenn man ihn sich selbst das Programm machen oder seinen gewohnten Verrichtungen nachgehen ließe, sich ganz gut aufrecht erhalten könnte, daß nur da, wo er sich anpassen und auf bestimmte Fragen antworten müßte, eine allgemeine Schwäche sich zeigte. An innerer Regsamkeit fehlte es ihm nicht, bloß daß ihm äußere Inanspruchnahme lästig wäre. Beim Schreiben störte ihn sehr das Zitterige und Ausfahrende seiner Hand. Die Erinnerungslücke, auf die Zeit vom 27. 2. bis 10. 3. zu präzisieren, bestand fort. Dem entsprach im objektiven Bericht die Benommenheit oder doch Geistesabwesenheit des Patienten währenddem, ohne daß aber Wahnvorstellungen oder Erregungszustände festzustellen gewesen wären.

Am 26. 4. war das parkinsonistische Bild im allgemeinen noch vorhanden, indessen hatten sich der Antrieb und auch die Fähigkeit zur Kompensation vermehrt. Am schwierigsten war das Halt- und Kehrtmachen. Die Mitbewegungen beim Gehen fehlten. Die linke Fußsohle wurde schlecht abgewickelt. Ein Ansatz zu Circumduktion war da, wurde aber von extrapyramidalen Impulsen durchkreuzt. Es fand sich links noch eine Hemiparese. Die ausgestreckten Hände wiesen Tremor auf, der rechts stärker als links war. Unter dem immer noch verminderten Antrieb litt am meisten die Sprache, auch für das eigene Gefühl des Patienten. Es trat jetzt eine erhebliche Anisokorie zutage: Die linke Pupille war verengt, dabei auch dort die Lichtreaktion unausgiebiger und träge. Es zeigte sich, mehr als vordem, Akrocyanose.

Bemerkenswert waren die auf die prämorbidie Persönlichkeit hindeutenden Angaben, wonach Patient schon immer etwas eigenwillig, dabei auch, ganz unabhängig von seiner Berufstätigkeit, geistig sehr

interessiert gewesen ist. Er war auch sehr ordnungsliebend: „Dies vor allem!“, familiengebunden und Inhaber eines Vertrauenspostens bei der Wehrmacht, wenn auch als einfacher Arbeiter. Sein Auftreten war schlicht und ausgeglichen, etwas was bei allen, auch gerade emotionellen, Störungen eine deutliche Grundnote blieb. Er war sonst immer gesund und rüstig gewesen.

Es handelt sich hier um einen parkinsonistischen Folgezustand, also um ein elektives Befallensein der Stammganglien.

Psychische Syndrome.

Gefr. G. Sch., geb. 10. 9. 13 (Fall 10). 28. 4. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Als Kind magenleidend. Sonst nie krank gewesen. Jetzige Beschwerden: Krank seit etwa 6 Tagen, Beginn mit Müdigkeit, Kopfschmerzen, 38,7 Temperatur. Befund: Etwas reduzierter Ernährungszustand. Kopf: Keine Conjunctivitis, Zunge trocken, belegt. Lunge: voller Klopfeschall, vereinzelte bronchitische Geräusche. Herz o. B. Leib weich. Milz vergrößert tastbar. Haut: Fleckfieberverdächtiges Exanthem am Stamm. Psychisch frei. Vorläufige Diagnose: Fleckfieber. 1. 5.: Weil-Felix negativ. 4. 5.: Weil-Felix 1:800 positiv.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: 7. 5. 42: (Was machen Sie denn da?) „Das ist der Zündblock.“ Pat. spricht nuschelnd vor sich hin, hält die linke Hand dabei in ganz vertrackter Haltung, als ob er irgendeine feine Schraube anzöge. Auf wiederholtes Fragen äußert er, als ob jeder das doch sehen müßte, daß der Zündblock glühe. (Na, was ist denn?) „Das Kabel suchen wir doch.“ Dabei rutscht er im Bett hin und her und schaut angestrengt vor sich hin, als ob es irgendeinen Gegenstand seines gewohnten Berufes zu suchen gelte. (Sind Sie Kraftfahrer?) „Nein, Elektriker.“ (Wo sind Sie her?) Die Sprache ist fast unverständlich, trägt deutlich bulbäres Gepräge. „U. v. D.“ (Wo ist das hier? Der Wagenhalteplatz?) „Jawohl.“ Pat. bewegt sich, während er einen Augenblick sich selbst überlassen bleibt, ohne die Behinderung durch das Festgebundensein im Bett zu bemerken, unter den Gurten her, um sich zu befreien, aber ohne die Hände dabei zu benutzen. Er denkt aber auch gar nicht daran, sich an seine Umgebung zu wenden, handelt offenbar aus einer deliranten Situation heraus. (Wie kommt denn der Riemen dahin?) „Den habe ich nicht angebunden.“ (Sind Sie unter die Partisanen gefallen?) „Ja.“ (Wie heißen Sie denn?) „Gefreiter Schreiber.“ (Sind Sie hier im Wald?) „Ich?“ (Was machen Sie denn eigentlich hier?) „Mir muß mal jemand helfen.“ Neurologisch: Andeutung von Fluchtreflexen, vor allem rechts. Links bei Bestreichen der Fußsohle vorwiegend Plantarflexionsspasmus, weiterhin Fußklonus, positiver Rossolimo. Patellarklonus nicht auslösbar. Patellarsehnenreflexe leicht herabgesetzt. Babinski beiderseits negativ. Rechts keine pathologischen Zehenreflexe. Kongestioniertes Gesicht. Meningismus. Pat. ist noch auf der Höhe seines Fiebers. Nach dem Bericht des Stationsarztes ist Pat. delirant eingeliefert worden auf der Höhe seines Fiebers. Über die besonderen Wahnhinhalte seines Erlebens ist bis jetzt noch nichts in Erfahrung zu bringen gewesen. (gez. Prof. *Betzendahl*). 15. 5. 42: Pat. hat vom 29. 4. bis 5. 5. eine Continua gehabt, welche sich zwischen 39 und 40 mit einigen Schwankungen bewegte. Im Verlauf des 6. und 7. erfolgte der lytische Abstieg der Kurve bis zu 37,5 am Abend. Am Abend des 8. fand wieder eine Erhebung auf 38,5 statt. Am nächsten Morgen war die Temperatur wieder auf wenig über 37 herunter und hielt sich auch so noch am Abend, um sich dann vom 10. ab innerhalb der Breite der Norm zu bewegen. Der Puls war bis zum 9. 5. ständig um 100 pro Minute, näherte sich dann auch in ständigem Abstieg der Norm, die er heute erreicht hat. Der Stuhlgang

ist immer regelmäßig gewesen. Pat. bekam Gelonida, Sympatol, Campher bis zum 7. 5. und bis zum 9. 5. noch Schonkost. Augenblicklich ist er auf Diät gesetzt und ißt mit ständig zunehmendem Appetit. Er sieht ganz frisch aus, zeigt keinen Kräfteverfall. Heute ist er auch das erstmal außer Bett gewesen, hat sich zwar frei bewegen können, empfand das aber als große Anstrengung. Den Referenten erkennt er sofort wieder, gibt auch auf alle Fragen ganz aufgeräumt Antwort. Über seinen deliranten Zustand sagt er: „Wenn ich ganz ehrlich sein soll, so weiß ich nichts mehr. Ich war vollständig benommen. Es muß wohl durch das hohe Fieber gekommen sein, das jegliches Denken ausgeschaltet hatte, und man interessenlos geworden ist.“ (Wissen Sie noch die Einzelheiten?) „Ich weiß nichts.“ (Wo setzt die Erinnerung wieder ein?) „Ich weiß erst wieder Bescheid, als Sie mich aus dem kleinen Zimmer rausbrachten. Mir selbst war es gar nicht recht, weil hier so viele Leute waren, und hier in dem großen Saal bin ich langsam wieder zu mir gekommen.“ Als er nun speziell an die Einzelheiten seines Delirs erinnert wird, namentlich an das Herumschrauben an dem Zündblock, lacht er und meint, davon hätte er keine Ahnung. (Damit haben Sie aber doch auch zu tun gehabt?) „Ja, ich bin ja von Beruf Elektriker, und in Smolensk arbeiten wir an der Lichtanlage.“ (Fällt Ihnen das Denken noch schwer?) „Nein, ich fühle nicht ganz wohl. Wenn ich an die kurze Zeit nach meiner Krankheit denke, so ist alles sehr schnell gegangen und sehr gut geworden.“ (Wann schwand bei Ihnen das Bewußtsein?) „Das war zuerst so zeitweise. Eine direkte Zeit kann ich nicht angeben. Ich weiß ja wegen des hohen Fiebers nicht, wie es sich richtig zugetragen hat.“ (Haben Sie zu Anfang Kopfschmerzen gehabt?) „Ja, mächtig. Wir haben uns auf die Revierstube gelegt, wo wir Tabletten über Tabletten bekommen haben, bis wir dann in die Sammelstelle kamen. Dort wurde ich untersucht, und es stellte sich heraus, daß ich sofort nach hier mußte.“ (Da konnten Sie aber noch gut denken?) „Ja! Aber die Kopfschmerzen waren am schlimmsten. Als mir dann die Haare geschnitten, und ich gebadet wurde, kam ich ins Bett und dann habe ich nur geschlafen, bin überhaupt nicht aufgewacht. Die Kameraden geben an, daß ich phantasiert habe. Aber am anderen Tag verschlimmerte sich das noch.“ (Sie müssen überall noch so hingucken?) „Ja.“ (Ist es ein Zwang?) „Nein, ich schaue mich nur gerne ein bißchen um, um zu sehen, was los ist.“ (Sind Sie noch sehr schreckhaft?) „Nein.“ (Geräusche machen Ihnen nichts aus?) „Nein.“ — Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits gesteigert, links erheblich mehr als rechts. Beiderseits starke Fluchtreflexe, links noch ausgesprochener. Beiderseits positiver Rossolimo, sonst keine pathologischen Zehenreflexe, beiderseits Patellar- und Fußklonus. Am Bauch Abschuppung. Bauchdeckenreflexe erheblich abgeschwächt, links noch mehr als rechts. Cremasterreflexe erheblich abgeschwächt. Der Bauch ist immer noch etwas gespannt. Kernig und Lasègue positiv. Opisthotonus. Ausgesprochenes Haltungsverharren, Neigung zum Mitmachen, Spasmus mobilis: aus der Ruhelage zunächst Hypotonie ohne deutliche Seitendifferenz. Radiusperiot- und Tricepssehnenreflex beiderseits gesteigert, links mehr als rechts. *Mayerscher* Grundphalangenreflex links fast fehlend. Beim Knie-Hacken-Versuch grobe Ataxie, links mehr als rechts, beim Zeigefinger-Nasenversuch ebenfalls Ataxie mit der gleichen Seitendifferenz. Der Händedruck läßt sich dadurch nicht richtig beurteilen, weil beiderseits ausgesprochener Greifreflex besteht, auch mit Nachgreifen und Magnetreaktion. Kein Saugreflex. Die herausgestreckte Zunge weicht nicht ab, zeigt auch kein Zittern und Wühlen. Sprache explosiv, sonst o. B. Augenbewegungen vollkommen frei, kein Nystagmus. Pupillen etwas übermittelweit, reagieren sonst gut. Hemihypästhesie für alle Qualitäten, links keine Hyperpathie. Pat. ist leicht schwerhörig. Pat. hat selbst das Gefühl, daß er mit erhöhter Aufmerksamkeit hinhören muß. Eine Seitendifferenz ist dem Pat. selbst nicht deutlich geworden. Er merkt die Beeinträchtigung überhaupt erst jetzt bei der Untersuchung, wo er genau aufpassen muß. Seine Stimmung ist gut. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

21. 5. 42: Leichte Hyperreflexie beiderseits, links mehr als rechts. Beiderseits Patellar- und Fußklonus. Keine pathologischen Zehenreflexe außer positivem *Puusepp*schem Reflex links. Links noch lebhaft Fluchtreflexe. Tonus beiderseits herabgesetzt, links dabei Andeutung von Rigor zuweilen und zwar im Wechsel von Mitmachen und Gegenhalten, dagegen keine spastischen Tonusveränderungen. Ganz leichte Herabsetzung der Bauchdecken- und Cremasterreflexe links. Ganz leichte Ataxie links beim Zeigefinger-Nasenversuch und Knie-Hackenversuch. Beim Gehen schlechtere Mitbewegung des rechten Arms. Die Mitbewegung, soweit sie rechts erfolgt, erscheint etwas gezwungen: das Pendeln aus dem Schultergelenk ist eingeschränkt, dagegen im Ellenbogengelenk in mechanisch wirkender Weise vermehrt. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und mit vorgestreckten Armen rechts etwas vermehrte Steigereaktion. Kein Tremor. Kein Nystagmus. Pat. fühlt sich ganz frisch, wie er sagt. Macht im ganzen einen munteren und aufgeräumten Eindruck. Auch keine euphorische Veränderung. Die Temperatur, welche ebenso wie der Puls noch vor 2 Tagen eine Erhöhung erfahren hatte, bewegt sich heute vollkommen auf der Linie des Normalen. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 10. 9. 13 geborene Gefreite wurde am 28. 4. 42 auf der Fleckfieberstation aufgenommen. Aus der Vorgeschichte ist zu erwähnen, daß er als Kind magenleidend gewesen wäre. Jetzt hatte er seit etwa 6 Tagen Kopfschmerzen mit Mattigkeit. Die Temperatur war 38,7. Er bot einen etwas reduzierten Ernährungszustand. Die Zunge war trocken und belegt. Es fanden sich einige bronchitische Geräusche. Die Milz war vergrößert tastbar. Es fand sich ein fleckfieberverdächtiges Exanthem am Stamm. Psychisch war er „frei.“ Als vorläufige Diagnose wurde „Fleckfieber“ gestellt. Am 1. 5. war der Weil-Felix negativ, am 4. 5. aber mit 1 : 800 positiv.

Ich sah den Patienten am 7. 5. Er war im hohen Fieber. Die Erkundigung beim Abteilungsarzt ergab, daß er auch schon bei der Einlieferung „delirant“ gewesen sein sollte. Über die besonderen Inhalte seines Wahnerlebens war aber bisher nichts in Erfahrung zu bringen gewesen. Patient hatte ein kongestioniertes Gesicht. Er lag im Bett und sprach nuschelnd vor sich hin, hielt die linke Hand eigentümlich vertrakt, manipulierte damit herum, als ob er eine feine Schraube anzöge. Auf die Frage, was er dort mache, erwiderte er prompt mit sachverständiger Miene: „Das ist der Zündblock!“ Schließlich erläuterte er: Der Zündblock glühe doch! Dann rutschte er auf einmal im Bett hin und her, als ob es irgendeinen Gegenstand, den er für seine Tätigkeit benötige, zu suchen gelte. Auf die Frage, was denn los wäre, meinte er: „Den Kabel suchen wir doch!“ Seinen Beruf, als Elektriker nämlich, gab er richtig an. Schließlich murmelte er mit einer Sprache, die deutlich bulbäres Gepräge trug: „U. v. D.“. Offenbar wollte er damit seine derzeitige Funktion bezeichnen. Die Vermutung, daß er sich wohl auf dem Wagenhalteplatz zu befinden glaubte, erwies sich denn auch als richtig. Wenn er sich einen Augenblick allein überlassen blieb, bewegte er sich unter den Gurten, mit denen er wegen seiner Unruhe im Bett festgebunden worden war, hin und her, ohne eigentlich die Natur der Behinderung zu beachten, ohne auch die Hände in geeigneter Weise zur Befreiung

zu benutzen. Er quälte sich herum, wie ein in der Falle sitzendes Tier. Wie denn der Riemen dorthin käme, worauf er: den habe er nicht dahin gebunden. Ob er denn unter die Partisanen gefallen wäre: „Ja.“ Was er denn eigentlich hier machte: „Mir muß jemand helfen.“ Die Gesamtsituation, worauf auch durch die Frage, ob er hier vielleicht im Walde wäre, hingewiesen wurde, erfaßte er nicht. Bei der Nachfrage erfolgte lediglich ein im Ton des plötzlichen Betroffenseins vorgebrachtes: „Ich?“. Die neurologische Untersuchung ergab Andeutung von Fluchtreflexen, zumal rechts. Links löste das Bestreichen der Fußsohle vor allem Plantarflexionsspasmus aus. Es bestand weiterhin: links Fußklonus und positiver Rossolimo. Die Patellarsehnenreflexe waren leicht herabgesetzt ohne deutliche Seitendifferenz. Es fand sich Meningismus.

Am 15. 5. sah ich ihn wieder. Patient hatte vom 29. 4. bis 3. 5. eine Kontinua gehabt, welche sich zwischen 39 und 40 mit einigen Schwankungen bewegte. Im Verlauf des 6. und 7. war dann der lytische Abfall der Kurve bis auf 37,5 erfolgt. Am Abend des 8. hatte aber wieder eine Erhebung auf 38,5 stattgefunden. Am Morgen darauf war die Temperatur auf wenig über 37 heruntergegangen, um sich dann vom 10. ab innerhalb der Breite der Norm zu bewegen. Die Pulsfrequenz hielt sich bis zum 9. 5. ständig bei 100 pro Minute, näherte sich dann auch in allmählichem Abstieg der Norm, welche heute erreicht worden ist. Die Entleerungen waren immer regelmäßig und ungestört erfolgt. Patient hatte Gelonida, Sympatol, Campher und bis zum 9. 5. Schonkost bekommen. Augenblicklich war er noch auf Diät gesetzt, aß aber mit ständig zunehmendem Appetit und erwirkte nunmehr auf sein Bitten Vollkost. Es sah ganz frisch aus und zeigte keinen Kräfteverfall. Er war auch schon außer Bett gewesen, hatte sich frei bewegen können, es aber doch als große Anstrengung empfunden. Den Referenten erkannte er sofort wieder, gab auch auf alle Fragen richtige Antworten. Er wäre „vollständig benommen“ gewesen und es wäre wohl „durch das hohe Fieber“ gekommen, welches „jegliches Denken“ ausgeschaltet hätte und ihn „interessenlos“ gemacht hätte. Von Einzelheiten wußte er nichts. Er sagt auf die Frage, wo die Erinnerung wieder eingesetzt hätte: „Ich weiß erst wieder Bescheid, als sie mich aus dem kleinen Zimmer rausgebracht haben. Mir selbst war es gar nicht recht, weil hier so viele Leute waren, und hier im großen Saal bin ich zum erstenmal langsam wieder zu mir gekommen . . .“ Mit seiner ganzen Krankheit wäre es doch sehr schnell gegangen und auch wieder sehr gut geworden. Das Bewußtsein wäre ihm zuerst „zeitweise“ geschwunden. Im Anfang hätte er „mächtig“ Kopfschmerzen gehabt. Er konnte sich auch dann noch erinnern, wie man ihn mit anderen Kranken auf die Revierstube gelegt und ihm „Tabletten über Tabletten“ gegeben hätte. Auch die Vorgänge auf der Krankensammelstelle waren ihm noch einigermaßen in Erinnerung. Er schildert unter anderem: „Als mir dann hier die Haare

geschnitten und ich gebadet wurde, kam ich ins Bett und dann habe ich nur geschlafen, bin überhaupt nicht wieder aufgewacht. Die Kameraden gaben an, daß ich phantasiert hätte, aber am anderen Tag verschlimmerte sich das noch.“ Der Patient guckte dabei zwangshaft nach allen Seiten, wo nur irgend etwas sich regte. Er wußte das selbst, wollte das aber nicht als „Zwang“ betrachtet haben: „Nein, ich schaue mich nur gerne ein bißchen um, um zu sehen, was los ist.“ Schreckhaftigkeit sollte auch nicht vorliegen. Tatsächlich zeigte sich auch kein Zucken od. dgl. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe waren beiderseits gesteigert, links erheblich mehr als rechts. Beiderseits fanden sich starke Fluchtreflexe, links noch ausgesprochener als rechts. Beiderseits bestand ein positiver Rossolimo. Patellar- und Fußklonus ließen sich beiderseits auslösen. Die Bauchdeckenreflexe waren erheblich abgeschwächt, links noch mehr als rechts. Die Cremasterreflexe waren nur etwas herabgesetzt. Der Bauch war noch etwas gespannt. Kernig und Lasègue positiv, Opisthotonus. Es ließen sich ausgesprochenes Haltungsverharren und Neigung zum Mitmachen feststellen. Aus der Ruhestellung heraus war zunächst Hypotonie ohne deutliche Seitendifferenz zu konstatieren, dann beim Hin- und Herbewegen Spasmus mobilis. Die Radiusperior- und Tricepssehnenreflexe waren beiderseits gesteigert, links mehr als rechts. Der *Mayersche* Grundphalangenreflex fehlte links fast völlig. Beim Knie-Hackenversuch ergab sich grobe Ataxie, links mehr als rechts, beim Zeigefinger-Nasenversuch ebenfalls mit der gleichen Seitendifferenz. Der Händedruck dagegen ließ sich nicht richtig beurteilen, weil auf beiden Seiten positiver Greifreflex mit Nachgreifen und Magnetreaktion bestand. Die Sprache war explosiv, sonst o. B. Die Pupillen waren übermittelweit, reagierten sonst gut. Es fand sich Hemihypästhesie für alle Qualitäten. Patient war leicht schwerhörig. Patient hatte das noch nicht eigentlich bemerkt, hatte indessen das Gefühl, daß er mit erhöhter Aufmerksamkeit hinhören mußte.

Am 21. 5. wurde Patient von mir nachuntersucht: Es ging ihm im ganzen besser; nur war der neurologische Befund noch nicht viel besser geworden. Haltungsverharren und derartige Symptome subcorticaler Genese fanden sich zwar kaum noch; aber die Pyramidenzeichen waren noch ziemlich ausgeprägt und zwar links mehr als rechts. Am meisten treten Tonusstörungen und Klonusbereitschaft hervor.

Hier haben Hirnstammschädigungen das Bild beherrscht, nachdem die mit dem fieberigen Stadium, wie üblich, einhergehende Rindenaffektion aufgehört hatte.

Gefr. F. G., geb. 2. 10. 08 (Fall 11). 7. 2. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: 1922 citrige Hernie. Infectio veneris negiert. Jetzige Beschwerden: am 2. 2. 42 Kopfschmerzen, Schüttelfrost und 38,4 Temperatur. Befund: Lunge: diffuses Giemen und Brummen. Rechts hinten unten vereinzelt auch klingende Rasselgeräusche. Herz o. B. Milz nicht sicher tastbar. Haut: roseolares Exanthem.

ZNS.: o.B. Psychisch gehemmt. Vorläufige Diagnose: Fleckfieber. 2. 2.: Weil-Felix 1:200 positiv. 12. 2.: Blutbild zeigt keine Leukocytose, dagegen starke Linksverschiebung. Pseudokrise 10. Tag. Puls bleibt hoch und klein. 16. 2.: Zeichen eines Decubitus in der Kreuzbeingegend. Pat. zeigt keine Kontinua sondern remittierenden Fiebertypus. 20. 2.: Starker Decubitus. Bronchopneumonie, schlechter Allgemeinzustand. Es wird neben Cardiazol Eubasin gegeben. 24. 2.: Leichte Besserung. 27. 2.: Wieder Verschlechterung des Zustandes. Pat. ist sehr matt. 1. 3.: Erneut pneumonische Infiltrationen im linken Unterfeld. Erneuter Eubasinstoß. 4. 3.: Heute nacht plötzlich auftretende starke Decubitusblutung. Stillung mit Claudengaze. Schlechtes Allgemeinbefinden, Benommenheit. 8. 3.: Pat. hat ständig Temperatur, die auf bronchopneumonische Herde zurückzuführen ist. Eubasingaben. 13. 3.: Starker Decubitus, der keine Neigung zur Heilung zeigt. 17. 3.: Erneut Temperaturanstieg. Intermittierender Fiebertypus. Schlechtes Allgemeinbefinden. Es wird Protosil in Tabletten gegeben. 21. 3.: Keine Besserung, Kreislauf mäßig, Verschlechterung, Benommenheit. 24. 3.: Verschlimmerung des Krankheitsbildes. 28. 3.: Pat. ist delirant, Kreislauf schlecht.

11. 4.: Pat. hat 10 Tage nach seiner Entfieberung in wechselndem Maße Angstzustände gehabt, welche in ebenso schnellem Maße auftreten und auch wieder verschwinden. In der letzten Zeit haben sie sich gemehrt. Es haben sich auch erhebliche Fußödeme hinzugesellt. Am Kreuzbein findet sich ein tiefergreifender Decubitus. Das Gesicht zeigt extreme Blässe. Neurologische Ausfälle sind nicht vorhanden. Pat. zeigt jetzt den Zustand flatternder Angst, wendet sich, an sich in ganz richtiger Weise, an die Umgebung und bittet, daß man ihn nicht fort-schaffen möchte, wozu er offenbar in Verknennung der Gespräche um ihn herum gelangt. Dabei bezieht er sich nicht auf seine eigenen Landsleute sondern auf die Russen, von denen er sich umgeben glaubt. Im Gegensatz zu den anderen Kranken, die im akuten Stadium auch Angst zeigen, aber dann zu beruhigen sind, liegt bei ihm ein elementarer Affekt vor, welcher durch Zusprache nicht herabzumindern ist. Es handelt sich danach nicht um eine Herabminderung des Sensoriums durch cerebrale Fleckfieberprozesse sondern um solche kardialer Art. Als Therapie hat vor allem die Stützung des Kreislaufs einzusetzen. (gez. Prof. Betzendahl). 15. 4.: Pat. sieht etwas besser aus. Nach Bericht des Stationsarztes tritt eine starke Ödemneigung ohne irgendwelche typische Lokalisation auf. Jedenfalls haben die Schwellungen keinen kardialen oder renalen Charakter, ähneln vielmehr den vasomotorisch-trophischen Störungen. Immer besteht noch eine Delirbereitschaft, die allerdings nicht, wie bei den vielen Furibunden, Erregungscharakter trägt, sondern den vager, ängstlicher Erlebnisse, etwa daß eine schwarze Kuh im Zimmer gewesen sei bis zu den landläufigen Wahnbeängstigungserlebnissen durch eindringende Russen. Fluchtreflexe, aber keine Pyramidenzeichen. Vorwiegend diencephalisch-thalamisches Bild. (gez. Prof. Betzendahl).

Zusammenfassung. Der am 2. 10. 08 geborene Gefreite bekam am 2. 2. 42 Kopfschmerzen mit Fieber von 38,4 und Schüttelfrost. Am 7. 2. 42 wurde er auf der Fleckfieberstation aufgenommen. Man fand diffuses Giemen und Brummen rechts hinten unten, auch vereinzelte klingende Rasselgeräusche über der Lunge. Es zeigte sich ein roseoläres Exanthem. Er erschien gehemmt. Am 12. 2. ergab sich ein positiver Weil-Felix von 1:200. Das Blutbild wies am 12. 2. eine starke Linksverschiebung auf. Am 10. Tage trat eine Pseudokrise ein mit Hoch- und Kleinbleiben des Pulses. Am 16. 2. stellte sich Decubitus in der Kreuzbeingegend ein. Der Fiebertypus war remittierend. Der Decubitus wurde progressiv. Es entwickelte sich eine Bronchopneumonie bei

schlechtem Allgemeinzustand. Nachdem am 24. 2. eine leichte Besserung sich anzubahnen schien, war am 27. 2. der Patient sehr matt, und am 1. 3. waren erneut pneumonische Infiltrate, nun im hinteren Unterfeld, zu konstatieren. Am 4. 3. blutete er plötzlich aus dem Decubitus stark. Patient war nun auch benommen. In den folgenden Tagen war der Fiebertypus intermittierend. Teilweise waren bronchopneumonische Herde verantwortlich zu machen, teilweise aber auch der Decubitus, welcher keine Heilungstendenz zeigte. Am 21. 3. war schlechter Kreislauf bei zunehmender Benommenheit zu konstatieren.

Die Verschlimmerung nahm zu, und am 28. 3. war der Patient delirant. Er wurde mir gezeigt. Es ergab sich, daß er schon 10 Tage nach der eigentlichen Fleckfieberentfieberung in wechselndem Maße Angstzustände gehabt hatte. Sie traten ebenso schnell auf, wie sie wieder verschwanden. Jetzt war er extrem blaß, an den Füßen hatte er erhebliche Ödeme, welche indessen mehr trophisch-neurotisch als herdbedingt aussahen. Das Decubitalgeschwür war tiefgreifend, behinderte im übrigen sehr die bequeme Lagerung. Patient wandte sich in durchaus angemessener Weise, auch vertrauensvoll zu, trug aber alle Zeichen flatternder Angst an sich. Er bat, daß man ihn fortschaffen möchte. Im Hintergrund stand dabei die noch fortwirkende Wahnvorstellung, daß Russen um ihn wären. Er verkannte auf der Höhe der innerlichen Angst die ungenau gehörten Gespräche als russisch. Wenn er sich selbst überlassen war, und keine psychische Anregung erfuhr, bekam überhaupt alles eine furchterregende Note. Im Mittelpunkt stand das Motiv des Verschlepptwerdens. Der immer wieder aufkommende Angstaffekt ließ sich durch Zuspruch nicht wesentlich beeinflussen, nur der Realitätskontakt war vorübergehend wieder herzustellen. Dabei blieben auch, nicht korrigierte, imaginäre Erlebnisse.

Am 15. 4. war eine allgemeine Besserung erkennbar. Auffallend war die allgemeine starke Ödemneigung, bald hier, bald da, zumal an den Extremitäten, aber auch im Gesicht, ohne typische Lokalisation. Die Delirbereitschaft war zurückgegangen. Die Inhalte waren die gleichen, nur daß gegenüber den Russen eine „schwarze Kuh“ die Hauptrolle spielte, überhaupt gegenüber dem affektiven Anteil der sensorielle überwog. Neurologisch bestanden nur in sehr erheblichem Maße Fluchtreflexe ohne Seitendifferenzen.

Das Bild war, abgesehen von der Kreislaufkomponente, im topischen Sinne als vorwiegend diencephal-thalamisch zu deuten.

Funkmeister M. H., geb. 5. 1. 15 (Fall 12). 24. 2. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: August 1939 Ikterus. Infectio veneris negiert. Jetzige Beschwerden: Seit 21. 4. Kopf-, Ohrenschmerzen, Appetitlosigkeit, 38,5 Temperatur. Befund: Reduzierter Ernährungszustand. Kopf: Deutliche Conjunctivitis, Zunge feucht, belegt. Lunge: Voller Klopfeschall, beiderseits bronchitische Rasselgeräusche. Herz o. B. Puls weich. Leib weich. Milz nicht vergrößert. Haut: kein deutliches Exanthem. 27. 4. Weil-Felix 1:50 positiv. 30. 4.: Weil-Felix 1:800 positiv.

3. 5.: Pat. ist in der Defervescenz, welche lytisch verläuft. Hat jetzt noch 38 Temperatur. Das Gesicht ist noch etwas gerötet, aber nicht mehr eigentlich kongestioniert. Die Mimik ist starr, nur der Blick folgt etwas. Die Sprache trägt teils cerebellares, teils bulbäres Gepräge, dazu kommen häufige Logoklonien. Er ist desorientiert, er meint, er sei in Zehlendorf bei Berlin. Auch auf ausdrückliches Befragen tritt keine bessere Besinnung ein. Kein adäquates Krankheitsgefühl. Die Beschäftigung mit ihm regt ihn offensichtlich an, das Sensorium wird freier. Er fängt jetzt an, über Illusionen zu sprechen. Er deutet auf die gegenüberliegende dunkle Wand, wo sich höchstens einige schmutzigere und dunklere Nuancierungen an der Wand befinden; dort sei der Lord Salisbury. Als er nach 10 Min. wieder gefragt wird, ist er vollkommen amnestisch für die delirante Anwandlung. Verneint, daß er irgendetwas von einem Lord gesagt habe, sagt auch, er hätte die Wand gar nicht beachtet. Er versteht jetzt auch das Wort Lord sogleich in der Sinndeutung von Mord. (Ist etwas mit dem Mord?) Er meint in einer etwas gespreizten Weise das Wort Mord sei in Verbindung mit Schuld zu bringen. Auch über seinen Zustand spricht er sich in dieser Weise aus. Es falle ihm schwer, „die einzelnen Sinnes-eindrücke in einen bestimmten Zusammenhang zu bringen.“ Andererseits habe er sich zu beklagen, daß alles zusammenfließe. Pat. ist Funkmeister und ist jetzt im Kriege im Verwaltungsdienst angestellt. Er gibt das auch ganz richtig an. Er gibt es als unangenehm an, daß er sich nicht frei äußern könne, und bittet in einer etwas geschraubten Weise um Klärung einiger Fragen. Bei aller agrammatikalischen Entstellung macht sich bei ihm trotzdem ein gewisser Amtsstil geltend. Im Zuge dieser Gedankenfolgen sagt er auch weiter, daß er schon immer auf diese Sache hingewiesen habe. Seine Stimme sackt dann ab, er gerät ins Murmeln, stockt schließlich, um dann noch einmal von neuem anzufangen. Es ist dabei nicht in Erfahrung zu bringen, worum es sich handelt. Es fällt noch die Redensart: „Alles in Ordnung!“ (Dann wollen wir das Protokoll schließen!) Wozu Pat. mit freudig bewegtem Lächeln sagt: „Jawohl.“ (Sind Sie in Ihrer Amtsstube?) „Nein das ist hier ein Wohngebäude. Ein paar Schritte weiter . . . Die Gänge bleiben gewöhnlich . . . aber die Zimmer . . .“ (Sind Sie in der Nähe von Ihrem Amtsgebäude?) „Ja.“ Schließlich sagt er auf einmal: „Das ist hier S . . .“ Die intensive Beschäftigung mit ihm, hat sich dahin ausgewirkt, daß er wieder leidlich orientiert ist. Neurologischer Befund: Beiderseits Steigerung der Sehnenreflexe, rechts etwas mehr als links. Bei Bestreichen der Fußsohle Plantarflexion des Fußes. Rechts positiver Oppenheim, links dagegen nur angedeutet. Sonst keine pathologischen Zehenreflexe. Ab und zu Fluchtreflexe. Im allgemeinen aber Prädilektions-spasmus der Beine, bei irgendwelchen Reizen Tonus spastisch erhöht, rechts mehr als links. Rechts Bereitschaft zu mittelschlägigem Tremor. Beiderseits, besonders rechts, Patellar- und Fußklonus, der verhältnismäßig feinschlägig ist. Bauchdeckenreflexe rechts etwas herabgesetzt, links nicht, ebenso bei den Cremasterreflexen. Starke Ataxie mit Intentionstremor. Meningismus. (gez. Prof. Betzendahl.) 7. 5. 42: Pat. wird bei dem heutigen Besuch schlafend angetroffen. Die Atmung ist dabei übermäßig vertieft, schnarchend. Er kommt beim Wecken erst langsam wieder zu sich. Es fällt auf, daß die linke Gesichtshälfte schlechter innerviert ist. Die Aufforderungen des Stirnrunzelns und des Zähnezeigens werden einigermaßen prompt dabei befolgt. Die Zunge wird unter wühlenden Bewegungen nur unvollkommen herausgestreckt. Die Sprache ist ausgesprochen klossig, dabei heiser, fast tonlos; keinerlei Modulation. Das Gesicht ist amimisch. Der Blick ist dauernd fixierend. Die Aufmerksamkeit hat etwas Zwangshaftes. Es wird über Schwerhörigkeit links geklagt. (Was machen Sie denn?) „Mir geht es gut.“ (Können Sie jetzt besser denken?) „Unbedingt ganz klar!“ (Kennen Sie mich wieder?) „Jawohl.“ 3 × 3 prompt. 718—29 nach langem Zögern: „Hundertund . . . nein: 1200.“ Neurologisch immer noch gesteigerte Fluchtreflexe, links mehr als rechts. Bauchdeckenreflexe sind herabgesetzt. Beiderseits Rigor, links mehr als rechts. Kameraden, die ihn

hier besuchten, erzählten: auf ihre Schilderung hin hätte der Oberst vor sich hin genickt und gemeint: „Ja, ja der Alkohol! Es sei bekannt gewesen, daß Pat. viel getrunken habe, wobei nach den Umständen des Rußlandfeldzuges in erster Linie Schnaps in Betracht gekommen sei. Als ihm von den Kameraden etwas Getränke überreicht wurde, unter anderem auch eine Flasche Rotwein neben Fruchtsäften, griff er sogleich danach, tat freudig bewegt, bedeutete mit dem angespannten gebeugten Arm, das würde ihm wieder Kraft geben: Zu Zeiten hat er einen ausgesprochenen Trinkerhumor gezeigt. Heute mittag hat er, wie auch andere Patienten, etwas Sekt bekommen, wovon er nicht genug bekommen konnte. Er tat gleich einen kräftigen Zug im Gegensatz zu den anderen Patienten in diesem Zustand, die oft verweigern. Die psychischen Störungen haben im übrigen, wie sich aus dem Bericht des Pflegepersonals ergibt, deliranten Charakter getragen. Bei der Beantwortung jetziger Fragen nach seinem Befinden spielt die Hauptrolle die Beeinträchtigung der Fähigkeit zusammenhängenden Denkens und noch mehr des Behaltenkönnens. *Korsakoffsches* Syndrom mit Euphorie! Die Art der Zuwendung hat etwas Joviales. Pat. ist heute den zweiten Tag völlig fieberfrei. Seitdem ist auch die motorische Unruhe gewichen. Auf der Höhe seines Fiebers hatten die Abwesenheitszustände zuweilen den Charakter des Beschäftigtseins. Das Rechnen mit mechanisch nicht festgelegten Aufgaben gelingt nicht. Wesentlich ist dabei die hochgradige Merkschwäche. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 10. 5. 42: Pat. sieht cyanotisch und eingefallen aus. Die Augen zeigen glasartigen Glanz. Die Pupillen sind extrem weit. Somnolent. Die Reflexe sprechen nur mit geringem lokomotorischem Effekt an, eine Seitendifferenz tritt nicht hervor. Klonus ist nicht vorhanden. Es findet sich beiderseits, rechts etwas ausgesprochener, positiver Oppenheim. Babinski ist nicht auslösbar. Rechts Fluchtreflexe mit Anziehen des ganzen Beines. Links bei Bestreichen der Fußsohle nur Dorsalflexion. Leichter Meningismus. Puls klein und frequent. Temperatur ist seit dem 2. 5. in lytischem Abstieg von 39,5 zur Norm abgefallen bis zum 6. 5., ist seitdem auch unten geblieben; dagegen bewegte sich der Puls dauernd um 100 herum und droht seit heute noch frequenter zu werden. Dem entspricht die Angabe des Pflegepersonals, daß, nachdem in den letzten Tagen auch der psychische Zustand noch als gebessert erschien, nun wieder eine erhöhte Delirbereitschaft zutage tritt. Jetzt, wo der Pat. durch das Gespräch mit ihm hellwach geworden ist, spricht er seine Verwunderung darüber aus, daß er phantasiert haben sollte. Auf Bulbusdruck im Sinne des *Liepmannschen* Phänomens sagt er: „Ich sehe einen Unterstand und unten ein Licht ... ganz weit eine Eisenbahn ... den Schienenstrang ... die Straße links mit einer hohen Böschung ... darauf steht Grünzeug ... die fahren immer weiter ihre Spur ...“ (Wo waren Sie denn jetzt?) „Eine Spazierfahrt gemacht.“ Die Stationschwester erzählt, er habe heute morgen plötzlich gesagt: „Da stehen so viele Leute, lassen Sie mich raus, ich muß zum Funkturm.“ Auch: „Geben Sie mir einmal einen guten Trunk!“ Darauf hat er etwas Sekt bekommen, welchen er mit Behagen geschlürft hat, dann hat er die Augen zugemacht und ist eingeschlafen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 12. 5. 42: Pat. sieht heute nach Inanspruchnahme aller therapeutischen Möglichkeiten etwas besser aus, die Zuwendung ist freier. Die Sprache ist besser und von besserer Folge. Er beschäftigt sich lebhaft mit seinem Zustand und erzählt sogleich, daß er doch „noch einmal ganz durchuntersucht“ werden müßte. Er glaube, daß sicher „eine nervöse Sache“ im Spiele sei, dabei deutet er auf die Magengrube und meint, es handle sich da um den „Plexus“. (Haben Sie Magenschmerzen?) „Unbedingt, wenn ich zum Essen gedrängt werde. Ich vertrage eine bestimmte Portion; so war es gestern und vorgestern der Fall. Ich nehme meine Portion, und dann kommt die Oberschwester: ich soll essen und noch einmal essen.“ (Kriegen Sie manchmal auch einen guten Tropfen?) „Ich mag das Zeug zur Zeit nicht. Früher habe ich gern einmal einen Tropfen genommen. Jetzt trinke ich am liebsten klares Wasser.“ (Das blaue und rote Kreuz!) Darauf

geht er sofort ein und sagt: „Ich bin jetzt mehr noch im blauen Kreuz.“ (Ich hörte, daß Sie letztthin einen guten Schluck aus der „Pulle“ genommen hätten?) „Ja, das stimmt.“ (Bekommt Ihnen jetzt das nicht mehr?) „Nein.“ Pat. spricht dann von einem seelischen Schmerz. Es handelt sich um seine Braut, er wolle gerne heiraten und möchte in seinem Urlaub gerne alles verbinden. „Ich möchte als frisch gestärkter junger Ehemann wieder anfangen. Das kotzt einem allmählich alles an. Man liegt hier so auf 2½ Brettern.“ Der Versuch, ihn vom leeren Blatt lesen zu lassen, gelingt nicht. Auf Bulbusdruck im Sinne des *Liebmannschen* Phänomens: „Einen dreckigen Bach links ... und rechts graue Felsen ... das Ufer verändert sich ... keine dreckigen Felsen mehr ... eine Art von Liegewiesen ... kein Flußlauf mehr ... ein dreckiger Tümpel ... jetzt nur noch ein Loch.“ Pat. gibt zum Abschied die Hand mit ganz kräftigem Druck. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 13. 5. 42: Pat. bekommt fortlaufend und zwar seit gestern Traubenzucker und fühlt danach eine wesentliche Besserung seines Befindens. Er ist viel aufgeschlossener und interessierter in seiner Art. Spricht sich in natürlicher Weise über seine Familienverhältnisse aus. Das Sensorium ist fortlaufend ungetrübt. Die Aufmerksamkeit hat schon weitgehend aktiven Charakter. Die Cyanose ist zurückgegangen, die Augen zeigen wieder natürlichen Glanz. Nach seiner Versicherung sei die bestehende Schwäche das Einzige, was ihm zu schaffen mache (gez. Prof. *Betzendahl*.) 21. 5. 42: Pat. sieht heute sehr wohl aus. Das Rechnen ist wieder vollkommen möglich. Das *Liepmannsche* Phänomen ist heute nicht mehr auszulösen. Er entsinnt sich noch, wie er damals Bilder gesehen hat. Versichert aber, daß er dabei nicht örtlich desorientiert gewesen sei. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 5. 1. 15 geborene Funkmeister erkrankte am 21. 4. 42 mit Kopf-, speziell auch Ohrenschmerzen, Appetitlosigkeit, sowie Fieber von 38,5. Am 24. 4. wurde er auf der Fleckfieberstation aufgenommen. Es bestand kein deutliches Exanthem. Er hatte eine Conjunctivitis, eine belegte Zunge, beiderseits brönlhitische Rasselgeräusche, einen weichen Puls. Am 27. 4. war der Weil-Felix 1 : 50 und am 30. 4. 1 : 800 positiv.

Am 3. 5. wurde der Patient mir gezeigt. Er war schon in der Defervescenz nach einer Kontinua unter lytischem Abstieg, hatte 38 Temperatur. Das Gesicht war etwas gerötet, indessen nicht kongestioniert. Die Mimik war starr, nur der Blick folgte etwas. Die Sprache trug teils cerebellares, teils bulbäres Gepräge. Dazu kamen häufige Logoklonien. Er meinte, er wäre in Zehlendorf bei Berlin. Die Beschäftigung mit ihm regte ihn an. Das Sensorium hellte sich auf, aber nur um zu illusionistischen Verkennungen von Schmutzflecken an der gegenüberliegenden Wand zu gelangen: dort — hindeutend — wäre „Lord Salisbury.“ Als er nach 10 Min. wieder danach gefragt wurde, war er fast amnestisch für die delirante Anwendung, meinte, er hatte vielleicht irgendetwas von Lord Salisbury gesagt; aber die Wand hätte er gar nicht beachtet. Dafür wurde ihm das Wort „Lord“ zu „Mord.“ Er bemerkte in einer eigentümlich gespreizten Weise dazu, das Wort „Mord“ wäre in Verbindung mit „Schuld“ zu bringen. Sein Zustand sollte, soweit sich das nun aus dem nun erfolgenden, vagen Dahergerede entnehmen ließ, irgend etwas mit Schuld zu tun haben. Im übrigen bemerkte er, es fiele ihm schwer, „die einzelnen Sinnesindrücke in einen Zusammenhang zu bringen“, andererseits habe er

sich zu „beklagen“, daß alles „zusammenflösse.“ Es wäre ihm unangenehm, daß er sich nicht „frei äußern“ könnte, und bäte deshalb „um Klärung einiger Fragen.“ Bei alledem machte sich eine gewisse Art von Amtsstil geltend, wohl entsprechend seiner Anstellung im Kriegsverwaltungsdienst. Im Zuge der nun in Gang gekommenen Gedankenfolge betonte er, daß er „schon immer auf die Sache hingewiesen“ hätte; was er damit eigentlich meinte, wurde nicht klar. Er verlor sich ins Murmeln und, nachdem er noch vorgebracht hatte: „Alles in Ordnung!“, sackte er ab. Als der Referent dann meinte: „Dann wollen wir das Protokoll schließen“, war Patient wieder da und sagte mit freudig bewegtem Lächeln: „Jawohl!“ Es war so, daß er sich wieder ganz in seiner Amtsstube glaubte. Die Unterhaltung mit ihm zeitigte indessen, daß er wieder leidlich orientiert war. Es fand sich im übrigen eine beiderseitige Steigerung der Sehnenreflexe, rechts etwas mehr als links. Bei Bestreichen der Sohle erfolgte eine Plantarflexion des Fußes. Rechts war der Oppenheim positiv, links nur angedeutet. Ab und zu traten Fluchtreflexe auf. Überwiegend aber waren Prädilektionsspasmen der Beine bei irgendwelchen Reizen. Der Tonus war spastisch, rechts mehr als links. Rechts bestand eine Bereitschaft zu mittelschlägigem Tremor. Beiderseits, besonders rechts, fand sich Patellar- und Fußklonus, welcher verhältnismäßig feinschlägig war. Die Bauchdeckenreflexe waren rechts etwas herabgesetzt, links nicht, ebenso die Cremasterreflexe. Es zeigte sich starke Ataxie mit Intentionstremor. Ferner lag Meningismus vor.

Am 7. 5. wurde der Patient schlafend angetroffen. Die Atmung war dabei übermäßig tief, schnarchend. Das Wecken brachte ihn nur ganz langsam wieder zu sich. Die linke Gesichtshälfte war schlaff. Besonders der rechte Mundwinkel wurde schlechter innerviert. Herausstrecken der Zunge, welche auch wühlende Bewegungen zeigte, erfolgte nur ganz unvollkommen. Die Sprache war klossig, heiser, fast tonlos, ohne jede Modulation. Der Blick war dauernd fixierend. Die Aufmerksamkeit hatte etwas Zwangshaftes. Es wurde über Schwerhörigkeit geklagt. 3×3 ging prompt. Bei 718—29 sagte Patient nach langem Zögern: „Hundertund . . ., nein: 1200.“ Es bestand *Korsakoffsches* Syndrom mit Euphorie. Die Zuwendung hatte schließlich etwas Joviales an sich. Auf der Höhe des Fiebers hatte Patient nach Bericht ohne Zweifel Ansätze von Beschäftigungsdelir dargeboten. Patient war nunmehr den zweiten Tag völlig entfiebert. Seinerzeit waren Kameraden bei ihm gewesen und hatten dem Oberst über entsprechende Wahrnehmungen berichtet, worauf dieser bezeichnenderweise bedenklich vor sich hin nickte und meinte: „Ja, ja! Der Alkohol.“ Es war bekannt, daß Patient gerne einen trank. Als ihm die Kameraden außer Limonaden eine Flasche Rotwein auspackten, griff er sogleich danach, bedeutete mit dem angespannten, gebeugten Arm: Das würde ihm wieder Kraft geben! So hatte er auch das Glas Sekt, welches ihm heute mittag verabfolgt wurde,

fast mit einem Zuge geleert. Er konnte nicht genug davon bekommen, ganz im Gegensatz zu dem Verhalten der anderen Patienten in diesem Zustand. Allgemein war ein Trinkerhumor aufgefallen. Im neurologischen Befund hatte sich zu den Fluchtreflexen und der Herabsetzung der Bauchdeckenreflexe noch Rigor hinzugesellt, links mehr als rechts.

Am 10. 5. sah es kritisch mit dem Patienten aus. Er war sehr cyanotisch und eingefallen. Die Augen waren von glasartigem Glanz. Die Pupillen waren extrem weit. Er war somnolent. Die Reflexe sprachen nur mit geringem lokomotorischem Effekt an. Beiderseits, rechts etwas ausgesprochener, fand sich positiver Oppenheim. Rechts führten die Fluchtreflexe zur Anziehung des ganzen Beines, links nur zur Dorsalflexion des Fußes. Es bestand leichter Meningismus. Der Puls war klein und frequent, obwohl die Temperatur weiterhin unten geblieben war. Die schon zeitweise schwindende Delirbereitschaft war wieder voll ausgeprägt, Patient selbst wollte nichts davon wissen, je phantasiert zu haben. Auf Bulbusdruck über dem geschlossenen Augenlid sagte er: „Ich sehe einen Unterstand . . . und unten ein Licht . . . ganz weit eine Eisenbahn . . . den Schienenstrang . . . die Straße links mit einer hohen Böschung . . . darauf steht Grünzeug . . . die fahren immer weiter ihre Spur . . .“ Als er dann gefragt wurde, wo er jetzt gewesen sei, meinte er: „Eine Spazierfahrt gemacht.“ Die Stationsschwester berichtete, daß er am Morgen plötzlich gesagt hätte: „Da stehen so viele Leute, lassen Sie mich auch mit raus, ich muß zum Funkturm!“ und weiter: „Geben Sie mir einmal einen guten Trunk!“ Darauf hätte er auch etwas bekommen, Sekt, den er mit Behagen geschlürft hätte, worauf er die Augen zugemacht hätte und eingeschlafen wäre. Am 12. 5. war er aus der Gefahr heraus; es hatte aber alles an therapeutischen Maßnahmen in Anspruch genommen werden müssen. Er beschäftigte sich nun auf einmal mit seinem Zustand und fand, daß er noch einmal ganz durchuntersucht werden müßte: sicher wäre eine „nervöse Sache“ im Spiele. Er deutete dabei auf die Magengrube; es handele sich da um den „Plexus“. Wenn er zum Essen gedrängt würde, bekäme er Magenschmerzen. Er vertrüge nur eine „ganz bestimmte Portion“, aber dann käme die Oberschwester: „Ich soll essen und noch einmal essen.“ Auf die Frage, ob er manchmal auch einen guten Tropfen bekäme, erwiderte er jetzt: „Ich mag das Zeug zur Zeit nicht. Früher habe ich gern einmal einen Tropfen genommen, jetzt trinke ich am liebsten klares Wasser.“ Unter promptem Eingehen auf die scherzhafte Gegenüberstellung von „blauem Kreuz und rotem Kreuz“ meinte er: „Ich bin jetzt mehr noch im blauen Kreuz.“ Zum Schluß hielt er den Referenten fest: es wäre auch noch ein „seelischer Schmerz“, es handele sich um seine Braut: „Ich möchte als frischgebackener Ehemann wieder anfangen. Das kotzt einem allmählich hier an. Man liegt hier so auf 2½ Brettern“. Das *Liepmannsche* Phänomen fiel heute so aus: „Ich sehe eine dreckigen Bach links . . . und

rechts graue Felsen ... das Ufer verändert sich ... keine dreckigen Felsen mehr ... ein dreckiger Tümpel ... jetzt nur noch ein Loch ...“ Patient bot zum Abschied die Hand mit ganz kräftigem Druck. Am 13. 5. war als einziges noch, objektiv und subjektiv, eine allgemeine Schwäche vorhanden.

In diesem Falle war die alkoholistische Anamnese für eine vorwiegende Delirbereitschaft im Sinne einer Pathoklise heranzuziehen. Die für die Alkoholiker postulierte Lokalisation des *Korsakoffschen* Syndroms in den Corpora mammillaria (*Gamper*), aber auch schon die Polio-myelitis haemorrhagica superior *Wernickes*, passen zu der Bevorzugung dieser Hirngebiete auch von seiten des Fleckfiebers.

Gefr. M. G., geb. 8. 10. 21 (Fall 13). 24. 2. 42: Schwerkranker Eindruck. Haut fühlt sich heiß und trocken an. Ernährungszustand stark herabgesetzt. In der Gesichtsgegend Naevi pigmentosi. Kein Exanthem. Rachenschleimhaut stark ausgetrocknet. Zunge trocken und belegt. Lunge o. B. Herz: stark beschleunigte Aktion. Puls sehr klein, 142 pro Minute. Sensorium bisweilen verwirrt. Große motorische Unruhe. Agglutination nach Weil-Felix 1:50 positiv. 27. 2.: Heute an der Schultergegend einige mehr oder minder große flächenhafte Rötungen der Haut, die rechts zu 2 großen Flächen konfluieren, und zu großen Sugillationen geworden sind. Keine Conjunctivitis. Cyanose, leichte Benommenheit. Herz und Lunge o. B. Puls beschleunigt, klein, 140 Schläge. Agglutination auf Weil-Felix. Ergebnis telephonisch am 1. 3. gemeldet mit 1:1600 3mal positiv. 2. 3.: Zur Fleckfieberstation verlegt. Dort Aufnahme. Seit 21. 2. mit hohem Fieber krank; bisheriger Verlauf siehe vorstehende Krankengeschichte! Befund: Psychisch stark gehemmt. Mund o. B. Auge o. B. Lunge o. B. Haut: Livides großfleckiges Exanthem, hauptsächlich an den Extremitäten, weniger Rumpf. Herz o. B. Puls klein und weich. Milz etwas vergrößert. Reflexe o. B. Vorläufige Diagnose: Typhus exanthematicus. 4. 3.: Sehr elend und eingefallen. Bronchitis. 7. 3.: Pat. hat sich schon erholt. Lungenbefund geht vorüber. Temperaturen steigen etwas an. 10. 3.: Mittelohrentzündung rechts. Wegen akuter Mittelohrentzündung auf eine Hals-Nasen-Ohren-Abteilung. Eine Ansteckungsgefahr durch das überstandene Fleckfieber besteht nicht mehr. 15. 3. Auf der Hals-Nasen-Ohren-Station wird weiter vermerkt: Phlebitis rechter Unterschenkel. Decubitus von Kleinhandtellergröße in der rechten Trochantergegend. Rechtes Ohr: Injektion und Rötung des Trommelfells. Details nicht erkennbar und verstrichen. Vorn unten Perforation und Sekretion. Diagnose: Otitis media rechts perforiert. 20. 3.: Pat. klagt über Herzklopfen. Tachykardischer Anfall. Frequenz 140 pro Minute. Keine beschleunigte Atmung, kein Bluthusten. 24. 3.: Nachlassen der eitrigen Sekretion. Diffuse Rötung des rechten Trommelfells. Flüstersprache rechts 2,5 m. 2. 4.: Mittelohrentzündung rechts abgeklungen. Verlegung auf die innere Station wegen schlechten Allgemeinzustandes. Am 3. 4. wird dort vermerkt: Decubitus am Thorax (seit langem bestehend). R.R. 105/70 mm Hg. Lunge o. B. Rechter Arm kann weder im Ellenbogengelenk völlig gestreckt, noch im Schultergelenk ausgiebig bewegt werden. Wahrscheinlich handelt es sich um eine relative Versteifung durch Inaktivität (Osteomyelitis?) Zunächst kein greifbarer Grund für das Fieber. 4. 4.: Röntgen: Thorax o. B. Röntgen: Schulter o. B. Psychisch: Ausgesprochene Verlangsamung der Reaktion. Etwas kindisch. Leicht benommen. Neurologisch nichts Greifbares. Pat. muß auf die Fleckfieberabteilung zurückverlegt werden, da von Anfang an nie völlige Fleckfieberfreiheit bestand, also selbst über die Infektion keine Sicherheit besteht, weil offenbar das gesamte Krankheitsbild, ebenso wie die Otitis media, eine direkte Flecktyphusfolge ist. (gez. Dr. *Bernsdorf*.) 3. 4.: Pat. übernommen. Pat. in äußerst reduziertem

Allgemeinzustand. Starke Austrocknungserscheinungen. Kopf o. B. Thorax: Über beiden Lungen normaler Klopfeschall. Keine Rasselgeräusche. Herz: Grenzen nicht verbreitert. Töne rein, leise, Abdomen: Milz nicht tastbar. Übrige Bauchorgane o. B. Extremitäten: Rechter Arm kann im Ellenbogen- und Schultergelenk nur zu einem kleinen Teil bewegt werden. Callusbildung in der Mitte des rechten Oberarms, nicht druckschmerzhaft. Starke Schmerzhaftigkeit der Bewegungen in beiden Kniegelenken. Decubitus in der Trochantergegend des linken Oberschenkels. Starke Gewebsnekrose am Grund des Decubitus. Haut: Starke Abschilferung. Kein Exanthem. Psychisch gehemmt.

10. 4. 42: Pat. verfolgt alle Vorgänge um sich herum mit zwangsmäßiger Aufmerksamkeit. Dem recentesten und auch intensivsten jeweils wendet er sich blitzschnell zu, aber nur mit den Augen. Jede Berührung seines Körpers führt zu ärgerlicher Abwehr, oft auch mit aggressivem Schimpfen verbunden. Er zuckt auch vorher schon zurück, krümmt sich dabei vollkommen zusammen. Ganz besonders stark sind die Fluchtreflexe, wobei die Beine bis zum Bauch angezogen werden. An den beiden Füßen bestehen hochgradige Ödeme. Im Urin zeigt sich seit etwa 10 Tagen eine leichte Trübung. Auf geformte Bestandteile soll noch untersucht werden. Das Nierenlager ist dabei aber frei, der Blutdruck nicht erhöht: 105/70 mm Hg. Für eine Nephritis od. dgl. besteht nach internistischem Urteil kein Anhaltspunkt. Pat. ist hochgradig abgemagert, insbesondere zeigt sich eine gelblich-bräunliche Pigmentierung, zumal der unteren Rumpfteile und Beine. Für einen Morbus Addisoni sind keine Anhaltspunkte gegeben. Pat. hat auch keinen Kollaps gehabt. Am Bauch findet sich eine fast wie Ichthyosis aussehende Keratose, die vorher nicht bestanden hat. Pellagröse Hautveränderungen an Handgelenken und Nasenflügeln finden sich aber nicht. Es dürfte sich dabei wohl um eine Späterrscheinung der Fleckfieberinfektion handeln. Die Gesichtsfarbe ist blaß. Die Mimik ist für gewöhnlich starr, ab und zu nur findet Grimassieren statt. Die Affektäußerungen kommen ganz abrupt und finden in der Gesamtsituation und auch in der inneren Haltung des Pat. keine adäquate Erklärung. Am auffallendsten ist beim Pat. das Symptom des Gegenhaltens. Wenn man sich mit dem Pat. über den Gang der Untersuchung unterhält, gibt er, auch sprachlich, durchaus seine Bereitwilligkeit zu erkennen. Paranoische Züge finden sich nicht. Das Widerstreben erfolgt vielmehr reflektorisch. An Pyramidenzeichen findet sich nur ein linksseitiger Babinski. Bauchdecken- und Cremasterreflexe sind weitgehend abgeschwächt, in den unteren Dritteln kaum zu bekommen und leicht erschöpfbar. (gez. Prof. Betzendahl.) 11. 4. 42: Pat. wird heute wieder besucht. Er ist, um einer Kontraktur vorzubeugen, in eine Streckstellung gebracht worden und zwar mit Schienung und Anbinden der Decke oben und unten mit Gurten. Er empfindet den Zustand kontinuierlich nicht als unangenehm, sondern nur anfallsweise, wo sich offenbar unter großen Schmerzen die krampfhaften Fluchtreflexe geltend machen, insbesondere handelt es sich um die Tendenz die Beine angezogen zu halten. Das Sensorium ist vollkommen frei. Pat. bittet auch den Arzt, den er richtig anredet, den Verband etwas zu lockern und ihm leichte Lageänderungen zu ermöglichen. Pat. ist vorgesehen für Sedativtherapie. (gez. Prof. Betzendahl.) 15. 4. 42: Pat. sieht etwas wohler aus. Die Bereitschaft zur Verkrampfung mit Knäuelbildung hat nachgelassen. Immerhin zeigt sich noch bei schnelleren Streckungen der Extremitäten Gegenhalten. An sich ist der Tonus erheblich herabgesetzt. Immer noch Hyperprosexie. Eine innere Zuwendung findet nur ganz schwach statt. Eine Hypervigilanz liegt nicht vor. Es handelt sich um eine blitzschnelle Einstellbewegung. Der zwangshafte Charakter der ersten Zeit ist aber auch da jetzt etwas zurückgegangen. Bauchdeckenreflexe sind, wenn auch vorhanden, so doch stark herabgesetzt, links noch schwächer als rechts. (gez. Prof. Betzendahl.) 22. 4. 42: Pat. sieht wohler aus, er hat sich die Brille aufgesetzt, und

schaute mit ganz konzentrierten Blick um sich. Er ißt mit gutem Appetit, die Motorik ist dabei einigermaßen unauffällig. Die Ödeme an den Beinen, wobei das linke erheblich mehr betroffen ist als das rechte, sind gut zurückgegangen, Pyramidenzeichen finden sich nicht, dagegen hat er ausgesprochene Fluchtreflexe, indessen nicht mehr so ausgesprochen wie zu Anfang. Pat. liegt aber immer noch mit angezogenen Beinen im Bett. Aber auch das nicht mehr so stark wie im Beginn. Bauchdeckenreflexe in normaler Stärke auslösbar. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Als er sich nach der körperlichen Untersuchung wieder zudecken soll, reicht die Kraft für die Bettdecke nicht aus. Die Kraftlosigkeit, dazu die universelle Zusammenkrümmung mit einer leichten Kontrakturierung, stehen im ganzen im Vordergrund. Pat. ist immer noch sehr mager, indessen bereitet sich eine bessere Durchblutung der Haut vor. Am Bauch hat sich eine gute Abschuppung der schmutzig-braunen Pigmentierung vollzogen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 23. 4. 42: Pat. hat sich weiter erholt. Der Puls ist weich und frequent. Die Temperatur um 37,5. (Schildern Sie einmal Ihren Zustand!) „Die Zeit während des Fleckfiebers habe ich vollkommen vergessen. Ich weiß nur, daß ich immer Spritzen bekommen habe, weiter weiß ich nichts mehr. Und dann weiß ich noch, daß ich verlegt worden bin in ein anderes Krankenhaus. Dann weiß ich noch, daß ich hohes Fieber hatte, und daß dann die Sache mit dem Ohr anfang.“ (Wissen Sie noch, wie Sie so zusammengekrümmt dagelegen haben?) „Von hier bin ich nach S... gekommen, wo ich sehr viele Spritzen ins linke Bein bekommen habe.“ (Wielange ist das her?) („3—4 Wochen, dort war ich nur 2 Tage, dann kam ich hierher.“ (Dann hatten Sie immer noch Fieber?) „Ich war entlassen worden als fleckfieberfrei.“ (Sie waren doch damals so ganz zusammengekrümmt! Was war denn das?) „Ich weiß nicht.“ (Haben Sie keine Erinnerung mehr daran?) „Nein.“ (Können Sie sich jetzt ganz ausstrecken?) „Nein, ich versuche es immer.“ (Haben Sie noch Schmerzen?) „So Nervenschmerzen.“ (Daß Sie so vertrakte Stellungen eingenommen haben, wissen Sie nicht mehr?) „Nein.“ Pat. hat eine ausgesprochene querulatorische Note in seinem Verhalten. Sein bloßes Rufen nach der Schwester geht über bloße Quengeligkeit hinaus. Vor allen Dingen wirken seine Wutausbrüche, wenn er nicht gleich seinen Willen bekommt, durchaus krankhaft. 3×3 prompt. 718—29 gleich 689, nach langem Überlegen. (Wo sind Sie hier?) „60 km von S... ich weiß aber nicht wo.“ Pat. ist Oberprimaner. (Was wollen Sie werden?) „Chemiker. — Nun möchte ich doch gerne wissen, was mir fehlt?“ (Fleckfieber.) (Pat. hat eine eigentümliche Art, den Ref. zu inquiren, schaut ihn dabei mit amimischem Gesicht, aber mit bohrenden Blicken an. „Wie lange dauert es wohl noch?“ (Das kann ich Ihnen nicht sagen, aber wohl nicht lange.) Pat. knüpft nun an das „nicht lange“ an und fragt zunächst weiter, ob er hier noch lange liegen müsse. Sein Fragen erinnert an das eines Kindes. Objektiv ist Pat. nie richtig entfiebert gewesen, hat dauernd leichte Temperaturen zwischen 37 und 38 gehabt. Die psychiatrisch-neurologischen Erscheinungen bestanden schon bei seiner Einlieferung am 3. 4. In der bisherigen Krankengeschichte ist aber keine Notiz davon vorhanden. Die Sprache ist noch sehr mühsam und verlangsamt; bei schnelleren Wortfolgen wie etwa bei „Heil Hitler!“ kommt er nicht zu Rande. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 24. 4. 42: Pat. ist initiativlos, meist sogar somnolent. Auch ohne daß die Schwerhörigkeit auch nur eine Behinderung darstellt, gibt er erst nach langem Zögern und manchmal auch erst nach einem nochmaligen Fragen Antwort. Er sieht aber besser aus, und die Haltung ist weniger verkrampft. Die Ödeme an den beiden Füßen haben sich weitgehend wieder zurückgebildet. Die Haut schuppt sich gut ab. Die Sprache ist sehr abgehackt, geradezu agrammatikalisch. Auch nach Aussage des Stationsarztes spricht Pat. im Telegrammstil. Die Quengeligkeit hat nachgelassen. Auch die Unbeherrschtheit bei der Geltendmachung seiner Wünsche. Neigung zu Schmatzen und Grimassieren. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 10. 5. 42: Pat. hat heute plötzlich einen Schweißausbruch bekommen. Die Augen

tränen ihm auch. Er bemerkt dazu mit leisem Schluchzen und stockender Stimme: „Ich habe auch eben geheult, ich glaube, ich habe eine geistige Störung gehabt. Ich nehme an, daß ich kein Fleckfieber gehabt habe. Ich glaube auch, daß deswegen das Ohr taub geworden ist, und auch, daß ich deswegen die Beine nicht mehr habe gerade kriegen können. Und ich glaube auch, daß ich die geistige Störung bekommen habe, weil ich solange im Lazarett gelegen habe, dann macht man sich so seine Gedanken. Ich war schon früher zu Hause so ein bißchen Sonderling. Das haben sie früher schon gesagt, daß ich ein wenig spinne. Das ist durch die ganzen Umstände nun zum Ausbruch gekommen. Durch den Rückzug vor Moskau wohl besonders. Hoffentlich kann mir geholfen werden, sonst wäre es ja furchtbar. Ich habe mir schon so meine Pläne für die Zukunft gemacht.“ Pat. gerät immer mehr ins Schluchzen. Die Tränen rinnen ihm die Backen herunter, es durchschüttelt ihn am ganzen Körper, in der rechten Hand zeigt sich ein leichter Tremor. „Jetzt im Moment kann ich ganz normal denken.“ (Sie kamen mir ja immer ein bißchen merkwürdig vor.) „Seit ich aus der Ohrenklinik raus bin, war ich nicht mehr so ganz normal. Ich kann alles erzählen, was in der Zwischenzeit passiert ist. Seitdem ich die Schiene und die Narkose bekommen habe, hat sich dieser Zustand noch verschlimmert.“ (Was hat sich verschlechtert?) „Ich habe immer Angst gehabt, daß ich nicht genug zu essen bekäme . . . mit Diät und Vollkost . . . Als es kein Weißbrot gab, habe ich danach geschrien. Es hat mir einfach nicht gepaßt.“ (Sie waren auch so eigentümlich befehlshaberisch, Sie riefen immer: Schwester.) „Ich habe immer gemeint, ich müßte Schokolade oder Drops bekommen, und weil ich immer nur 2 Stückchen bekam, war es mir nicht recht. In der Ohrenklinik wurde ich arg verwöhnt, dort bekamen wir alle 5 Tage eine Tafel Schokolade. Und hier behandeln die Sanitätsdienstgrade einen so grob, und die Schwestern der Ohrenklinik waren immer so nett zu mir.“ (Haben Sie immer gerne einen um sich?) „Ich bin der einzige daheim.“ Pat. lacht dazu. „Ich bin zu Hause ein wenig verwöhnt worden. Seitdem ich seit Oktober 1940 beim Militär bin, bin ich hart behandelt worden, besonders weil ich Abiturient bin, und das weiß jeder, daß ich hart angefaßt worden bin. Und der Krieg hat mich auch hart gemacht. Ich war bei einer Schützenkompanie und mußte das Schlimmste immer mit ansehen.“ Pat. gerät in konvulsivische Zuckungen zwischenhinein. (Wie war es denn, als Sie so eigentümlich zusammengekrümmt dalagen?) „In den letzten Tagen habe ich immer Angst gehabt, es würde jemand reinkommen und mir die Füße strecken, deshalb habe ich mir die Decke über die Ohren gezogen. Es ist ein ganz komischer Zustand gewesen. Gerade wenn die Schwester oder die Sanitätsdienstgrade mit mir sprachen, dann waren ihre Worte so verdreht, so daß ich mich als Verrückter gefühlt habe. Komisch, daß ich das alles so weiß.“ (Macht Ihnen das Mühe, im Gespräch zu folgen?) „Nein, eigentlich nicht. Wenn im Radio die Nachrichten gegeben wurden, konnte ich sie wohl verstehen, aber nicht auffassen. Heute nachmittag dagegen war es ganz anders: ich wußte sofort, daß ein anderer Zustand eingetreten ist.“ (Was machen Sie für einen Unterschied zwischen verstehen und auffassen?) „Verstehen: das Hören, Auffassen, daß das Hirn es richtig aufnimmt.“ (Das andere ist nur mit den Ohren?) „Ja.“ (Sie haben also den Sinn weniger aufgenommen?) „Zum Beispiel wenn der Ansager gesagt hat: die Schlacht im Korallenmeer, dann dachte ich sofort, das ist Unsinn. Dann habe ich es mir überlegt und bin zu keinem Schluß gekommen. Es war so eine richtige geistige Umnachtung. Dann auch, wenn im Radio die gleichen Melodien kamen, dann sagte ich mir: Du mußt verrückt werden. Gestern habe ich mir überlegt: bist Du eigentlich noch hier, lebst du eigentlich noch? Den Zustand zu schildern, ist äußerst schwer. Daß sie mich aus der Ohrenklinik geschafft haben, ist mir erst nachher richtig zu Herzen gegangen. Die Schwestern waren alle so nett zu mir, auch daß sie damals niemand von mir verabschiedet hat, oder was ist mit mir los?“ (Haben Sie auch Phantasieerlebnisse gehabt?) „Ich habe nachts immer tolle

Sachen geträumt, ich habe mir immer Sachen eingebildet. Gerade wie ich vorhin schon sagte, daß ich glaubte, ich sollte nichts mehr zu essen haben, man würde mich verhungern lassen.“ (Haben Sie auch Gestalten gesehen?) „Nein das nicht. Vor den Sanitätsdienstgraden habe ich mich immer furchtbar gefürchtet. Seitdem ich die Schiene bekommen habe, hatte ich die Angstzustände.“ (Weshalb haben Sie sich so zusammengekrampft?) „Der Oberarzt hat mir gesagt, daß es ein Fehler gewesen sei, daß man mich so mit angezogenen Beinen im Bett hat liegen lassen, seitdem ich den Schwächezustand habe. In diesem Zustand bedeutete es für mich eine Erleichterung, wenn ich die Beine angezogen halten konnte.“ (Zogen sich die Beine von selbst zusammen?) „Dies ist mir selbst rätselhaft, wie auf einmal diese Anspannung kommen konnte, so z. B. auch mit dem Ohr, daß es taub geworden ist, auch das kann ich nicht verstehen.“ Alles Denken des Pat. zentriert sich um die Person des behandelnden Arztes. (Haben Sie nicht selbst einmal versucht, die Beine gerade zu legen?) „Gestern abend habe ich es wieder einmal versucht, aber ich habe es nicht fertig gebracht.“ Pat. liegt jetzt wieder mit angezogenen Beinen da. (Strecken Sie sie doch einmal aus!) Pat. kommt der Aufforderung nach, es gelingt ihm aber nicht ganz. Es geht bis zu einem gewissen Punkt, dann schmerzen ihm die Knie, ebenfalls die Sehnen, wie Pat. sich ausdrückt, wobei er die Beine wieder anzieht. Er bemerkt dazu noch: „So ist mir am wohlsten. Ich habe mir die Tage eingebildet, es wäre ein großer Fehler gewesen, daß man mir die Beine so gewaltsam gestreckt hätte. Ich habe mir eingebildet, man müßte es mit kalten Wickeln und Umschlägen machen. Das Strecken habe ich als Verrücktheit angesehen. Ich glaubte, man müßte mich so nach Deutschland schaffen. Aber ich sehe es ja ein; die Ärzte müssen es ja wissen, was am tunlichsten ist.“ „Pat. zeigt seine rechte Hand, bei der eine Kontraktur des Zeigefingers und des Daumens in Streck- bzw. Abduktionsstellung vorliegt, während die anderen Finger, wenn auch nur mit Mühe und unvollständig, gebeugt werden können. Besonders der rechte Arm zeigt Inaktivitätsatrophie. Sensibilitätsstörungen bestehen nicht. Pat. bietet noch einen sehr reduzierten Kräftezustand. (Haben Sie noch so dicke Füße?) „Nein, in der Ohrenklinik hat man mir Umschläge gemacht, und davon sind sie weggegangen.“ (Haben Sie manchmal das Gefühl gehabt, als sei Ihnen Ihr Körper fremd gewesen?) „Nein, ich wußte alles, was sich ereignete.“ Auf seinen rechten Arm weisend sagt er: „Auch das konnte ich mir gar nicht erklären, daß der Arm so mager geworden ist.“ — Pat. ist heute ganz gelöst und zeigt in psychischer Hinsicht in der Art der Zuwendung gar nicht mehr das Gespannte und Verkrampfte. Seine Darstellung ist fließend, schon allein die Sprachleistung ohne das Gepreßte von vordem. (Fiel es Ihnen damals schwer zu sprechen?) „Nein.“ (Sie bekamen doch sonst beinahe nicht die Zähne auseinander. („Das weiß ich gar nicht mehr.“ (Sind Sie jetzt geräuschempfindlich oder waren Sie das vordem auch?) „Das weiß ich nicht, das bin ich nicht.“ (Können Sie jetzt wieder schlafen?) „Wenn das Licht hier brennt, bilde ich mir ein, ich könnte nicht schlafen.“ (Lichtempfindlich?) „Als ich damals in die Krankensammelstelle kam, brannte auch dort die ganze Nacht das Licht; dabei konnte ich auch nicht schlafen.“ (Können Sie jetzt wieder denken?) „Ganz ausgezeichnet.“ 718—29 ganz prompt. (Sie werden noch einmal ein großer Chemiker!) „Ja, das wissen Sie von Oberarzt *Steuer*, der wollte mich unbedingt gesund machen.“ — Nach dem Bericht des Stationsarztes hat Pat. vordem vor allem das Bild einer Polyphagie geboten. Jedesmal, wenn er eine Schwester gesehen hat, hat er zu essen verlangt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 14. 5.: Pat. bietet weiterhin einen kleinen Fortschritt. Sein Verhalten ist ganz unauffällig. Er zeigt eine völlig natürliche Stellungnahme zu seinem Zustand. Gegenstand seiner Klage bildet die in objektiver Weise gerechtfertigte persistierende Versteifung, weniger der Beine als des rechten Armes. Schmerzhaft sind ihm nur die Beine, während bei dem Arm nur die Schwäche und die Gebrauchseinschränkungen als unangenehm empfunden werden. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 8. 10. 21 geborene Gefreite, Abiturient, wurde am 24. 2. 42 im Feldlazarett aufgenommen. Er machte einen schwerkranken Eindruck. Die Haut fühlte sich heiß und trocken an. Der Ernährungszustand war schlecht. In der Gesichtsgegend fanden sich Naevi pigmentosi. Ein Exanthem war nicht feststellbar. Die Rachenschleimhaut war stark ausgetrocknet, die Zunge borkig und belegt. Der Puls war sehr klein, auf 142 pro Minute beschleunigt. Patient war oft verwirrt, zeigte auch große motorische Unruhe. Der Weil-Felix war mit 1 : 50 positiv. Am 27. 2. zeigten sich in der Schultergegend einige mehr oder weniger große flächenhafte Rötungen, die rechts zu 2 großen Sugillationen konfluert waren. Es bestand leichte Benommenheit. Die Agglutination war am 1. 3. mit 1 : 1600 positiv. Tags darauf wurde Patient zur Infektionsabteilung eines Kriegslazaretts verlegt. Hier erschien er stark gehemmt. Die Haut zeigte ein livides großfleckiges Exanthem, hauptsächlich an den Extremitäten. Der Puls war klein und weich. Die Milz war etwas vergrößert. Am 4. 3. war er sehr elend und eingefallen. Es war eine Bronchitis hinzugekommen, welche bis zum 7. 3. dauerte. Patient schien sich erholt zu haben. Die schon im Abstieg begriffene Fleckfieberkurve stieg aber wieder erneut an, und am 10. 3. war eine Mittelohrentzündung rechts zu konstatieren. Deswegen kam Patient auf die Ohrenstation. Am 15. 3. bekam Patient eine Phlebitis am rechten Unterschenkel. In der rechten Trochantergegend hatte sich ein kleinhandtellergroßer Decubitus herausgebildet. Am rechten Ohr fand sich noch eine Injektion und Rötung des Trommelfells unter Verstrichensein der Einzelheiten. Vorn unten war eine Perforation mit Sekretion. Am 20. 3. klagte Patient über Herzklopfen. Es wurde ein tachykardischer Anfall von 140 Schlägen pro Minute notiert. Die Ohreiterung ließ am 24. 3. nach. Das Trommelfell war noch diffus gerötet. Flüstersprache wurde rechts in einer Entfernung von 2,5 m gehört. Am 2. 4. wurde die Mittelohreiterung als abgeklungen bezeichnet. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes und wegen des unklaren Fiebers kam Patient nun auf die innere Abteilung. Hier wurde man auf eine Bewegungseinschränkung des rechten Armes aufmerksam, meinte aber, es handle sich um eine „relative Versteifung durch Inaktivität“. Man zog auch Osteomyelitis in Betracht. Für das Fieber fand man keinen „greifbaren Grund“. Der Blutdruck betrug 105/70 mm Hg. Am 4. 4. wurden rechte Schulter und Thorax als o. B. befunden. Es wurde eine ausgesprochene „psychische Verlangsamung“, bei „leichter Benommenheit“, auch etwas „Kindisches“ vermerkt. Neurologisch fand man jedoch nichts „Greifbares“. Schließlich wurde der Patient am 5. 4. auf die Fleckfieberstation verlegt, weil „offenbar das ganze Krankheitsbild eine Flecktyphusfolge“ wäre. Hier wurden starke Austrocknungserscheinungen konstatiert. Bezüglich des rechten Arms wurde eine nicht druckschmerzhaftige „Callusbildung“ in der Mitte des Humerus hervor-

gehoben. Er konnte im Ellenbogen- und Schultergelenk nur zu einem kleinen Teil bewegt werden. In beiden Kniegelenken bestand starke Schmerzhaftigkeit der Bewegungen. Psychisch fand man den Patienten gehemmt.

Der Patient wurde am 10. 4. mir vorgestellt. Patient zeigte ausgesprochene Hyperprosexie, wendete sich dem rezentesten aber auch intensivstem Eindruck jeweils zu, mit überraschender Schnelligkeit, aber bloß mit den Augen. Sonst verharrte er unbeweglich, mit fast bis zum Bauch angezogenen Beinen. Auf jede Berührung seines Körpers zuckte er ärgerlich zusammen, krümmte sich noch mehr zusammen, kam auch in ein aggressives Schimpfen. Die Fluchtreflexe waren von extremer Stärke und Ausbreitung. Die Mimik war für gewöhnlich starr, ab und zu nur, bei Inanspruchnahme, trat Grimassieren auf. Solche scheinbaren Affektäußerungen waren aber weder der äußeren Situation noch der eigentlichen inneren Haltung adaequat. Wenn man sich vorher mit ihm über den Gang der Untersuchung unterhielt, gab er, auch sprachlich, durchaus seine Bereitwilligkeit zu erkennen. Die Abwehr erfolgte offenbar ganz reflektorisch. Es zeigte sich auch typisches Gegenhalten. Für ein paranoides Widerstreben bestanden keine Anhaltspunkte. An Pyramidenzeichen fand sich nur ein linksseitiger Babinski. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe waren weitgehend abgeschwächt, in den unteren Teilen kaum zu bekommen und leicht erschöpfbar. Es bestanden hochgradige Ödeme an den Füßen, welche weder eine renale noch eine kardiale Genese hatten. Die ohne Zweifel aber als Residuum des damaligen ausgeprägten Fleckfieberexanthems zu betrachtenden Hautveränderungen konnten sowohl an Pellagra als auch an Ichthyosis und schließlich bezüglich des Bronzetons an Morbus Addisoni erinnern. Am Tage darauf lag Patient auf meine Anordnung hin zur Verhütung der Kontrakturierung in Streckstellung festgebunden. Er empfand das nicht fortlaufend als unangenehme Einengung sondern nur dann, wenn die Fluchtreflexe bei ihm ausgelöst wurden. Sie waren unter diesen Umständen mit krampfhaften Schmerzen verbunden. Es wurde dementsprechend zusätzlich Sedativtherapie verordnet. Das Sensorium war vollkommen frei. Am 15. 4. sah der Patient wohler aus. Die Bereitschaft zu Verkrampfung und Knäuelbildung hatte nachgelassen. Bei schnelleren Streckungen der Extremitäten zeigte sich noch Gegenhalten. Der Tonus erwies sich aus der Ruhelage heraus als erheblich herabgesetzt. Die Aufmerksamkeit galt vorzugsweise den äußeren, ganz belanglosen Eindrücken, während die eigentliche Zuwendung als erschwert erschien. Es handelte sich zum Teil sicher nur um Einstellbewegungen, welche ungeheuer rasch erfolgten, und denen kaum eine nähere Beteiligung der seelischen Vorgänge entsprach. Am 22. 4. hatte der Patient sich seine Brille aufgesetzt und hielt ganz interessiert Umschau. Beim Essen zeigte er eine einigermaßen unauffällige Motorik. Die Ödeme an den Unterschenkeln waren im

Rückgang begriffen. Die Haut war besser durchblutet, reinigte sich. Hinsichtlich der übrigen Störungen war eine deutliche Besserung festzustellen. Die Temperatur unterlag aber fortlaufend kleinen Schwankungen bis zu 37,5 hinauf.

Am 23. 4. sollte Patient etwas über seinen Krankheitsverlauf sagen, er wußte aber nur, daß er Fieber gehabt und Spritzen bekommen hätte, daß dann die „Sache mit dem Ohr“ angefangen hätte, und schließlich, daß er von Lazarett zu Lazarett gekommen wäre. Bei näherem Zusehen war Patient auch jetzt noch nicht psychisch frei. Der Schwester fiel sein dauerndes Rufen nach ihr, vor allem der quengelige Ton dabei, auf; vollends machten natürlich die Wutausbrüche des Patienten, wenn er nicht gleich seinen Willen bekam, stutzig. Die Konsultation des Arztes vollzog sich in einem eigentümlich inquirierenden Ton, wobei er ihn mit maskenhaftem Gesicht, aber bohrenden Blicken ansah. Das Fragen war wie das eines Kindes und wirkte ausgesprochen lästig, zumal durch die einsichtslose Detailliertheit. Die Sprache war noch mühsam und verlangsamt. Am 24. 4. stand Initiativlosigkeit, oft auch in Somnolenz übergehend, im Vordergrund. Die petulante Art war weniger zu bemerken. Die Haltung war nicht mehr so verkrampft. Eine Änderung war mit dem Sprechen eingetreten: es war abgehackt, fast agrammatisch. Man fand auch sonst, daß Patient neuerdings im Telegrammstil redete. Bisher nicht beobachtet war weiterhin eine Neigung zum Schmatzen und Grimassieren.

Am 10. 5. bekam Patient plötzlich einen Schweißausbruch. Er war bis dahin nie recht entfiebert gewesen, wobei sich die Kurve zwischen 37 und 38 bewegte. Nun war auf einmal der psychische Bann gebrochen. Patient sprach sich ganz natürlich über den Zustand von ehemals aus, und zwar mit tränenden Augen, leisem Schluchzen und stockender Stimme: „Ich habe auch eben geheult. Ich glaube, ich habe auch eine geistige Störung gehabt. Ich nehme an, daß ich kein Fleckfieber gehabt habe. Ich glaube auch, daß deswegen das Ohr taub geworden ist, und auch, daß ich deswegen die Beine nicht mehr habe gerade kriegen können. Weil ich solange im Lazarett gelegen habe: dann hat man so seine eigenen Gedanken. Ich war schon früher zu Hause so ein bißchen Sonderling. Das haben sie schon früher gesagt, daß ich ein wenig spinne. Das ist durch die ganzen Umstände zum Ausbruch gekommen. Durch den Rückzug vor Moskau besonders. Hoffentlich kann mir geholfen werden, sonst wäre es ja furchtbar. Ich habe mir schon meine Pläne für die Zukunft gemacht.“ Hierbei durchschüttelte es ihn am ganzen Körper. In der rechten Hand zeigte sich ein leichter Tremor. Er fuhr fort: „Jetzt im Moment kann ich wieder ganz klar denken. Seit ich aus der Ohrenklinik raus bin, war ich nicht mehr so ganz normal. Ich kann alles erzählen, was in der Zwischenzeit passiert ist. Seitdem ich die Nar-kose und die Schiene bekommen habe, hat sich dieser Zustand noch

verschlechtert. Ich habe immer Angst gehabt, daß ich nicht genug zu essen bekäme. Als ich kein Weißbrot bekam, habe ich danach geschrien. Es hat mir einfach nicht gepaßt. Ich habe immer gemeint, ich müßte Schokolade oder Drops bekommen, und weil ich immer nur 2 Stückchen bekam, war es mir nicht recht. In der Ohrenklinik wurde ich arg verwöhnt, dort bekamen wir alle 5 Tage eine ganze Tafel Schokolade. Und hier behandeln die Sanitätsdienstgrade einen so grob, und die Schwestern in der Ohrenklinik waren immer so nett zu mir. Ich bin der einzige daheim!“ Mit einem Lächeln fuhr er fort: „Ich bin zu Hause ein wenig verwöhnt worden. Seitdem ich seit Oktober 1940 beim Militär bin, bin ich hart behandelt worden, besonders weil ich Abiturient bin, und das weiß jeder, daß ich hart angefaßt worden bin, und der Krieg hat mich auch hart gemacht. Ich war bei einer Schützenkompagnie und mußte das Schlimmste mit ansehen.“ Hier geriet Patient in konvulsivische Zuckungen. Auf die Frage, warum er immer so zusammengekrümmt dagelegen hätte, erwiderte er: „In den letzten Tagen habe ich immer Angst gehabt, es würde jemand reinkommen und mir die Füße strecken; deshalb habe ich mir die Decke über die Ohren gezogen. Es ist ein ganz komischer Zustand gewesen. Gerade, wenn die Schwestern oder die Sanitätsdienstgrade zu mir sprachen, dann waren ihre Worte so verdreht, so daß ich mich als Verrückter gefühlt habe. Komisch, daß ich dies alles so weiß. Wenn im Radió die Nachrichten gegeben wurden, konnte ich sie wohl verstehen, aber nicht auffassen. Heute Nachmittag war es dagegen ganz anders: ich wußte sofort, daß ein anderer Zustand eingetreten ist. Wenn damals der Ansager gesagt hat: „Die Schlacht im Korallenmeer, dann hatte ich gedacht, das ist Unsinn. Dann hatte ich es mir überlegt und bin zu keinem Schluß gekommen. Es war eine richtige geistige Umnachtung. Dann auch, wenn im Radio die gleichen Melodien kamen, dann sagte ich mir: du mußt verrückt werden! Gestern habe ich mir überlegt: bist du eigentlich noch hier? Lebst du eigentlich noch? Ich habe nachts immer tolle Sachen geträumt. Ich habe mir immer Sachen eingebildet: man würde mich verhungern lassen. Es war mir rätselhaft, wie auf einmal diese Anspannung kommen konnte: in diesem Zustand bedeutete es für mich eine Erleichterung, wenn ich die Beine angezogen halten konnte. Das Strecken habe ich als eine Verrücktheit angesehen. Aber ich sehe es ja ein, die Ärzte müssen es ja wissen, was am tunlichsten ist.“

Selbstwahrnehmung und Krankheitseinsicht ließen sich wohl nicht besser als in der eigenen Darstellung des ja recht gescheiten jungen Menschen wiedergeben. Bemerkenswert ist noch, wie er im Grunde immer jemanden hatte, an den er sich in seiner Angst klammerte; vor allem war es der Stationsarzt (Dozent Dr. *Steuer*). Außer der psychischen Aufhellung war auch körperlich eine gute Restitutionstendenz festzustellen. Die rechte Hand zeigte noch eine Kontraktur des Zeigefingers

und des Daumens in Streck- bzw. Abduktionsstellung, während die anderen Finger jetzt wieder, wenn auch nur mit Mühe und auch nicht ganz vollständig, gebeugt werden konnten. Es handelte sich um eine tiefsitzende Pyramidenbahnläsion. Dazu kamen auch auf das System des Nucleus ruber zu beziehende Tremorererscheinungen in dieser Extremität bei lokaler aber auch allgemeiner, einschließlich emotioneller, Inanspruchnahme. Am 14. 5. war auch schon eine Hebung des Ernährungszustandes zu ersehen. Patient aß mit einer gewissen Polyphagie, indessen ohne die früheren Heißhungeranwandlungen, mit Wutausbrüchen bei nicht alsbaldig erfolgender Berücksichtigung des Dranges. Neurologisch war sonst alles o. B.

Die Störungen trugen das Gepräge eines Angststupors und waren neben den auf die diencephale Region hinweisenden vegetativen Zeichen im Thalamus vorzugsweise zu lokalisieren.

Gefr. L. L., geb. 24. 10. 20 (Fall 14). 11. 5. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Nie ernstlich krank gewesen. Infectio veneris verneint. Jetzige Beschwerden: Krank seit 2. 4. 42. Temperaturen bis zu 40,5. Befund: Psychisch gehemmt. Lunge: reichlich Giemen und Brummen. Herz o. B. Leib frei, Milz nicht tastbar. Haut: kein Exanthem. ZNS.: o. B. Pat. steht auf und stiehlt bei allen seinen Kameraden Schokolade und Zigaretten und gibt später an, er habe das im Traum getan.

12. 5. 42: Pat. zeigt eine Fieberkurve, die mit dem 7. 4. beginnt und zwar mit der Erhebung bis auf 39,5. Vom 9. 4. ab bis zum 14. 4. allmählicher lytischer Abfall, bis zur Norm. Dem entspricht auch der Abfall der Pulskurve, die zu Anfang Zahlen bis zu 135 erreicht hat. Vom 15. 4. bis 17. 4. zeigte die Temperaturkurve noch einige Erhebungen bis 37,5, um sich dann innerhalb der Grenzen der Norm zu halten. Der Puls blieb dabei immer, um 60—90 pro Minute, etwas frequent. Pat. liegt vollkommen abgekehrt auf der rechten Seite, hat sich die Decke über den Kopf gezogen, wendet sich aber auf Anrede prompt zu, um dann in einer Dauerhaltung zu erstarren. Er äußert kein adäquates Krankheitsgefühl, gibt sich vielmehr, als sei nie etwas gewesen. (Wie geht es denn?) „Gut.“ (Können Sie schlafen?) Pat. lacht etwas euphorisch. Spontan fügt er der Bejahung noch hinzu, mit ganz besonderem Nachdruck: „Und viel essen!“ Bei der Frage nach dem Durst wird er nachdenklich; offenbar ist er normal. (Weshalb haben Sie denn den Kameraden immer alles weggenommen?) „Das war nachts. Das habe ich im Traum und Fieber getan.“ (Was sind Sie von Beruf?) „Gärtner.“ (Hatten Sie immer besonders großen Hunger, wenn Sie den Kameraden etwas wegnahmen?) „Das war nachts.“ Ein Mitpatient, der Arzt ist, gibt einen Bericht über das Verhalten des Pat. in seinen Absencezuständen. Pat. sei gestern auf sein Zimmer gekommen, ein 17 Bettenzimmer, und habe ihn um Schokolade und Zigaretten gebeten. Als er nichts bekam, ging er an die Betten anderer Kameraden und nahm sich welche. Dies wiederholte sich am Tage mehrere Male. Er ging darauf jedesmal sogleich in sein Bett zurück, zog sich die Decke über den Kopf und versteckte die Sachen darunter. Der Arzt versichert, daß mehr und mehr der Eindruck entstand, daß es sich hier um einen „ganz gerissenen Burschen“ handele und nicht um einen dranghaften Zustand. Als Pat. wegen seiner Handlungsweise zur Rede gestellt worden sei, habe er prompt erwidert, daß er das alles im Traum getan hätte. Dabei sei aber „einwandfrei festgestellt“, daß er „voll bei Sinnen und seiner mächtig“ gewesen sei. Er habe sich nicht wie im Dämmerzustand bewegt. Wenn er von den Kameraden ausgeschimpft worden sei, habe er jedesmal die Decke über den Kopf gezogen.

und so getan, als ob er schlief. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 13. 5. 42: Pat. liegt gespannt umherspähend mit angezogenem Kopf da, bei einer ausgesprochen zwangshaften Haltung. Das ganze Verhalten macht einen dämmerzustandhaft abgeschlossenen Eindruck. Es werden auch dauernde unmotiviert nestelnde und wischende Bewegungen auf der Bettdecke ausgeführt; ab und zu greift er nach seinem Bett-nachbarn, um sofort wieder zurückzuzucken, wenn dieser darauf aufmerksam wird. Die Mimik wirkt dabei vollkommen leer. Eine Ablenkung durch äußere Einflüsse findet nur hin und wieder statt. Pat. bewegt sich ganz von innen heraus, wie ein Somnambuler. Auch die neue Situation des jetzt an sein Bett tretenden Arztes beeindruckt ihn überhaupt nicht. Dabei hat es durchaus nichts Ostentatives an sich, wenn er während des Diktats, wo von ihm die Rede ist, nach seinem soeben hingestellten Eßnapf greift und wie mit Heißhunger, aber doch auch mit vollkommen mechanisch aussehenden Bewegungen das Essen in sich hineinschlingt. Das Gesicht ist auffallend blaß, die Augen sind glanzlos und stier. Von den Mitpatienten wird der Zustand noch immer vollkommen verkannt, so daß dem Referenten freudestrahlend beim Betreten des Saales zugerufen wird, man habe dem Pat. Anstand beigebracht, worauf eine bezeichnende Geste erfolgte. Beim Essen ist es auch charakteristisch, wie er ganz unbekümmert darum, ob er seinen Bettnachbarn damit belästigt, sich auf sein Bett hinüberlehnt und den Napf auf dessen Kopfkissen abstellt. Neurologische Untersuchung: Die rechte Großzehe steht in angedeuteter Dauerbabinski-stellung, bei Lageveränderungen erfolgt auch eine Dorsalflexion der übrigen, dabei gespreizten Zehen. Da jetzt der Pat. scharf angesehen wird, werden wie im krampfhaften Versuch die Gedanken zusammenzunehmen, die Augenbrauen hochgezogen und die Stirn entsprechend gerunzelt. Bei der Untersuchung Bejahungsbereitschaft mit Mehrbeteiligung des rechten Beins, welches sofort, wie zur Unterstützung bei der Reflexprüfung, angehoben wird. Patellarreflexe sind beiderseits stark herabgesetzt, rechts noch mehr als links, ebenso die Achillessehnenreflexe, mit der gleichen Seitendifferenz. Sehr starke Fluchtreflexe. Bei entsprechender Auslösung unter Vermeidung der noch stärkeren Fluchtreflexe auch positiver Babinski. Bezüglich des rechten Beins besteht eine fortlaufende Tendenz, es in der Hüfte anzuziehen. Rechts ausgesprochene Hyperpathie, welche sowohl aus den heftigen Abwehrbewegungen zu ersehen ist, als auch mit der Versicherung des Pat. bestätigt wird, daß es rechts „sehr stark kitzele.“ Außerordentliche Dermographia alba rechts. Alle Bewegungen sind beeinträchtigt durch zahlreiche Mitbewegungen, so daß er z. B. beim Sichaufrichten auf dem Gesäß herumrollt, weil er gleichzeitig die Beine anzieht und sie in eigenartiger Steifhaltung beläßt. Ausgesprochene abnorme psychische Nachgiebigkeit: man kann den Pat. mit der Fingerspitze dirigieren. Starker Meteorismus. Blase bis $\frac{3}{4}$ handbreit unter dem Nabel gefüllt. Pat. gibt auch an, austreten zu müssen. Bauchdeckenreflexe wegen der Bauchdecken-spannung nicht sicher zu beurteilen, wahrscheinlich nicht herabgesetzt. Die Cremasterreflexe sind es nicht. Auch hierbei zeigt sich die starke Hyperpathie. Pat. gibt auch zu erkennen, daß ihm jede Berührung unangenehm sei. Sehr starker Meningismus, Opisthotonus, Lasègue und Kernig positiv. Die fortlaufende Beschäftigung mit ihm, hat zwar sein Sensorium aufgeheitelt, führt aber zu einem durchaus ratlos wirkenden Manipulieren an Körper und Bettzeug. Er sucht sich auch immer wieder zu bedecken, um es nach kurzer Zeit wieder aufzugeben. Kratzt sich überall. Seine Bewegungen sind abrupt und eckig. Ab und zu setzt er sich auf und guckt stier vor sich hin, um dann auf einmal auf irgendein Geräusch flüchtig zusammenzuschrecken, ohne es aber weiter innerlich zu verarbeiten. Neigung zu schmatzenden Bewegungen. Auf einmal fängt er an zu pfeifen und zu singen, trotzdem er noch weiter ärztlich untersucht wird. Aufforderungen werden, nachdem zunächst eine Auffassungserschwerung zu überwinden ist und zwar in der Hauptsache durch Kontaktstörungen, richtig befolgt, soweit es sich um ganz einfache handelt. (Was haben wir heute für ein Datum?) Pat. guckt sich zur Beantwortung

nach allen Seiten hilfesuchend um: „der 9., der 12.“ (Welcher Monat?) „7.“ (Wo sind Sie denn hier?) „Im Saal.“ Pat. schaut sich jetzt um, setzt dann eine wurstige Miene auf und fängt an, in den Saal hineinzulauschen. Die weitere Befragung ergibt, daß er ungefähr orientiert ist, daß er allerdings nicht den Namen des kleinen Ortes, wohl aber den der in unmittelbarer Nähe gelegenen größeren Stadt weiß. Wenn jemand vorbei geht, ruft er ihn stereotyp an oder winkt ihn zu sich heran. Die Anwesenheit des Referenten wird, wenn er nicht direkt von ihm gefragt wird, fortlaufend ignoriert. (Wie geht es denn?) „Die Nacht! Die langen Nächte!“ (Haben Sie Kopfschmerzen?) „Nein.“ Als Pat. nun austreten muß, zeigt sich, daß Blasenstörungen in keiner Weise vorhanden sind; trotzdem hat er es zu einer extremen Füllung kommen lassen. Das Hantieren dabei läßt keine Apraxie erkennen. Dagegen kommt er nur unter großen Schwierigkeiten wieder ins Bett, vor allem weiß er nicht, wie er die Beine plazieren soll, ob unter der Decke oder darüber, macht dazu auch eine ganze Reihe, wohl suchender, Bewegungen. Obwohl er erst vor einem Augenblick einen Eßnapf leer gegessen hat, wendet er sich an eine vorübergehende Schwester und sagt zu ihr in einem ganz vorwurfsvollen Ton, man solle ihm doch endlich etwas zu essen bringen, er habe noch gar nichts bekommen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 15. 5. 42: (Wie geht es denn heute?) „Prima.“ (Was war denn gestern? Haben Sie mich schon gesehen?) „Ich habe Sie schon einmal hier am Bett gesehen. Ob es gestern war, das weiß ich nicht.“ (Habe ich Sie schon untersucht?) „Das weiß ich nicht.“ Pat. ist auch heute dauernd abgelenkt und nur vorübergehend zum Rapport zu bringen. Er wendet sich mit einer gewissen Wurstigkeit ab, wenn er nicht durch besondere Sinnesindrücke gefesselt wird. Im wesentlichen noch keine Besserung. Er fällt mit seinen Fragen und Wünschen ganz aus der Situation heraus. Etwas Neigung zu läppisch wirkendem Lächeln. Zum Schluß pfeift er vor sich hin. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 17. 5. 42: Pat. ist immer noch abwesend, schaut an einem vorbei. Hat die Neigung, mit Gegenständen, die ihm zur Hand sind, wie z. B. dem Eßnapf, herumzumanipulieren. Das Gesicht ist vollkommen leer. Abnorme Blässe. Der Blick ist starr. Es zeigt sich noch immer Hyperprosexie, immer wieder Grimassieren, im läppisch-euphorischen Sinne. Irgendwelche Verkehrtheiten, wie Entwenden von Gegenständen oder Eindringen in fremde Bereiche, sollen nicht mehr vorgekommen sein. Pat. ist nach dem Bericht wesentlich ruhiger geworden. Immer noch sehr distanzlos und klebrig, auch krankhaft begehrlieh, allerdings nur, soweit es sich um primitive Dinge handelt, also Verpflegung von der Schwester oder Dinge, welche in seinem Umkreis herumliegen. Irgendwelche höheren psychischen Regungen treten nicht zutage. Pat. hat sich auch kein Mal über die häuslichen Angelegenheiten ausgesprochen oder an der allgemeinen Unterhaltung teilgenommen. (Welches Datum haben wir heute?) „24.“ In Wirklichkeit ist es der 17. (Monat?) „4.“ Als das diktiert wird, sagt er: „7.“ (Wo sind Sie hier?) „Im Lazarett.“ (In welchem?) „Das weiß ich nicht.“ (Stadt?) „S. . .“ Die persönliche Orientierung war fortlaufend einwandfrei, auch daß er zu Hause Gärtner ist, weiß er stets. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 19. 5. 42: Pat. sieht heute ganz frei aus, sitzt auf seinem Bettrand, läßt lustig seine Beine baumeln, begrüßt den Referenten mit militärischer Haltung. Raucht eine Zigarette. Das Lächeln wirkt heute vollkommen ungekünstelt. Die Aufmerksamkeit ist ungezwungener. (Was war denn los?) „Ich weiß nicht, was los gewesen ist.“ (Irgendetwas muß doch los gewesen sein?) „Ich war krank und das ist mir alles unklar. . . Ich bin noch nie krank gewesen.“ (Die Kameraden wollten Sie schon verhaufen!) „Das habe ich alles im Fieber gemacht.“ (Wissen Sie noch etwas von der Geschichte? Oder hatten Sie einen Drang, den Sie nicht unterdrücken konnten?) „Das weiß ich nicht. . . Ich habe nichts davon gewußt.“ (Sie müssen doch auch starken Hunger empfunden haben?) „Als ich Fieber hatte, hatte ich gar keinen Hunger und keinen Appetit.“ (Dann, als Sie den Kameraden die Sachen wegnahmen?) „Das weiß ich nicht,

ob ich ein besonderes Hungergefühl gehabt habe . . . Ich war heute das erstmal draußen.“ (Wußten Sie nicht, daß es Ihr Zimmer nicht war, in das Sie reingingen?) „Davon habe ich gar nichts gewußt . . . Als der Arzt mich angerufen hat, war ich ein paar Minuten bei Verstand, aber von der eigentlichen Sache habe ich nichts gewußt.“ (Sie sind ein bißchen müde?) „Ja, ich bin ein bißchen müde von dem Spaziergang heute mittag.“ (Haben Sie manchmal das Gefühl, daß Sie sich zu manchen Dingen gewaltsam aufraffen müssen?) „Nein, das habe ich nicht, ich mache, was ich will, immer gleich.“ (Fühlen Sie eine Schwäche in einem Bein?) „Nein, das kann ich nicht sagen.“ Eine summarische Erinnerung an die Vorgänge hat Pat. aber doch, wie aus seiner Verteidigung hervorgeht, daß er nur vor 5 Tagen in einem Zimmer gewesen sei und dort etwas weggenommen habe. Immerhin ist deutlich, daß sich die Polyphagie nicht mit einer entsprechenden Bewußtseinsbeteiligung ausgewirkt hat. Jetzt empfindet er wieder alles ganz klar und lebhaft. Nachts schläft er durch. Über Träume hat er keine Angaben zu machen. Sein Bettnachbar versichert, daß er ganz ruhig liegt. Die spastische Blässe im Gesicht ist im Weichen begriffen. Als er nach dem Datum gefragt wird, weicht er zunächst aus: „Das wissen wir hier alle nicht.“ Er wird dann darauf aufmerksam gemacht, daß alles auf der Fieberkurve stehe, schaut hin und liest auch richtig ab. (Wissen Sie noch, wie Sie das auf der einen Seite so gekitzelt hat?) „Jawohl.“ Beim Sich-auskleiden zeigt sich noch eine gewisse Umständlichkeit und Pedanterie, sich alles zurecht zu legen. Als die Sensibilität nun noch einmal geprüft werden soll, und Pat. dazu ganz leicht mit der Nadelspitze berührt wird am rechten Oberschenkel, tritt ein wahrer Bewegungsturm auf. Die ganze Motilität ist ein einziger Fluchtreflex. Es tritt dabei eine flüchtige Röte im Gesicht auf. Obwohl Pat. sonst ganz einsichtig und zugänglich ist, wenigstens in der Unterhaltung, genügt jetzt schon die Annäherung der Nadel wie bei einem bedingten Reflex, um das Spiel zu erneuern. Der Referent macht es ihm vor, wie die Sensibilität geprüft wird. Es ist tatsächlich nicht möglich, zu einer Prüfung zu gelangen, weil Pat. heftig mit einem ängstlichen Wimmern zurückzuckt. Er sagt nur: „Bitte, Herr Arzt, ich will nicht gestochen werden!“ Die Kitzelempfindung ist offenbar zurückgegangen. Bloße Berührung wird nicht als unangenehm empfunden. Es besteht beim Pat. zunächst Bejahungsbereitschaft bei vollkommener Hypotonie, ebenso Haltungsverharren. Dagegen wird bei brüsker Bewegungen bei der Tonusprüfung ein deutliches Gegenhalten und zwar nach einer vorübergehenden abnormen Nachgiebigkeit mit einem plötzlichen Ruck aktiviert. Pat. hat wieder eine stark gefüllte Blase, er trinkt viel, will vor einer Stunde austreten gewesen sein. Bei der Bauchdeckenreflexprüfung Zusammenzucken wie bei der Chorea elektrica. Auch die Zunge kann nicht anhaltend herausgestreckt werden, sie zeigt auch immer wieder die Tendenz nach einer Seite abzuweichen. Zu einem eigentlichen Zurückschnellen kommt es aber nicht. In feinschlägigen Tremor übergelender Fußklonus, auch vom Reflex aus auslösbar. Cremasterreflexe sind in normaler Stärke auslösbar, ohne Seitendifferenz. Direkte Muskelregbarkeit nicht erhöht. Fluchtreflexe rechts mehr als links. Keine pathologischen Zehenreflexe. Beim Gehen etwas Steifhaltung des rechten Beines. Pat. empfindet dabei krampfartige Anspannung in der Wadenmuskulatur. Mit dem rechten Arm werden gesteigerte Mitbewegungen gemacht. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 21. 5. 42: Pat. hat eine fast ganz natürliche Gesichtsfarbe. Der Puls macht in den letzten Tagen große Schwankungen durch, war am 20. abends sogar bis auf 110 heraufgegangen; heute ist die Frequenz bei 100. Im Verlaufe der Beschäftigung mit ihm zeigen sich lebhaft vasomotorische Reaktionen. Der Puls ist leicht gespannt. Sehr lebhaft Dermographia rubra. Es besteht immer noch eine qualitative Veränderung der Sensibilität auf der rechten Seite, indessen ohne die sehr starken Fluchtreflexe. Bei genauerer Prüfung ergibt sich, daß es sich um psychogene Residuen handelt: von der vorhergegangenen Hyperpathie. Als er sich überzeugt hat, daß ihm wirklich kein ernsthafter Schaden passiert,

fühlt er durchaus keine Seitendifferenz mehr, und auch keine Alteration mehr. Die Reflexe sind immer noch bei verringertem lokomotorischem Effekt gesteigert, rechts eine Spur stärker als links. Beiderseits findet sich Fußklonus, der rechts leichter anspricht. Patellarklonus ist dagegen beiderseits nicht vorhanden. Die krampfartige Spannung der Bauchdecken bei Berührung ist zurückgegangen, aber immer noch vorhanden. Sehr starkes Gegenhalten. Der Klonus zeigt sich bei wiederholter und zwar schon bei dreimaliger Prüfung als erschöpfbar. Der optimale Auslösungsmodus ist bei ganz leichter Beugung im Knie. Der rechte Fuß zeigt eine Andeutung von equino-varus-Stellung. Fluchtreflexe zeigen sich nicht mehr. Es handelt sich in erster Linie um Enthemmungen im Pyramidensystem. Immer noch Haltungsverharren und Andeutung von Bejahungsbereitschaft noch auf der rechten Seite. Insofern bestehen noch ganz geringe subcorticale Enthemmungsphänomene. *Mayerscher Grundphalangenreflex* beiderseits positiv. Mitbewegung rechts beim Gehen gestört. Der Arm wird in der Schulter kaum mitbewegt, dagegen in übertriebenem Maße und entgegen dem Rhythmus im Ellenbogengelenk gebeugt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 27. 5. 42: Pat. erholt sich nicht recht. Die Polyphagie ist in Anorexie übergegangen. Psychisch ist das Bild von Antriebslosigkeit beherrscht. Zuweilen erscheint der Pat. als ganz apathisch. Es finden leichte unregelmäßige Temperaturbewegungen statt. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 3. 6. 42: Gestern hat Pat. einen Fieberanstieg auf 39,1 gehabt. Die interne Untersuchung blieb ergebnislos. Es ist ein Rachenabstrich gemacht worden, dessen Resultat noch aussteht. Pat. sieht verfallen aus. Die Sprache ist aphonisch, mit bulbärem Einschlag. Leichte *Flexibilitas cerea*. Keine Pyramidensymptome. Blase extrem gefüllt. Weitestgehende Erschwerung im Ablauf der psychischen Vorgänge. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 24. 10. 20 geborene Gefreite kam am 11. 5. 42 auf die Fleckfieberstation. Seit dem 2. 4. hatte er Fieberkurven bis zu 40,5 gehabt. Über der Lunge fand man bei der Aufnahme reichlich Giemen und Brummen. Ein Exanthem war nicht vorhanden. Die Milz war nicht tastbar. Im Laufe des Tages und der darauffolgenden Nacht machte Patient sich dadurch auffällig, daß er aufstand, bei allen seinen Kameraden Schokolade und Zigaretten „stahl“ und später angab, „er hätte das im Traum getan.“

Am 12. 5. 42 wurde der Patient mir vorgestellt. Zu vermerken ist zunächst eine Fieberkurve, welche mit dem 7. 4. begann und zwar mit einer Erhebung bis auf 39,5; vom 9. 4. an fiel sie allmählich lytisch zur Norm ab. Die Pulscurve, welche zu Anfang Frequenzen bis zu 135 pro Minute erreicht hatte, sank ebenfalls bis zum Persistieren von Beschleunigungen zwischen 80 und 90 pro Minute. Vom 15. bis 17. 4. erhob sich die Temperatur noch einmal auf 37,4, um dann innerhalb der Norm zu bleiben. Der Patient lag völlig abgekehrt auf der rechten Seite, hatte sich die Decke über den Kopf gezogen, wendete sich aber auf Anruf wie ein Automat zu und erstarrte nun in einer entsprechenden Dauerhaltung. Es ginge ihm gut. Überhaupt tat er, als wäre nie etwas gewesen. Ob er schlafen könnte: dazu lachte Patient euphorisch und fügte der Bejahung mit besonderem Nachdruck hinzu: „Und viel essen!“ Weshalb er den Kameraden immer alles weggenommen hätte: „Das habe ich im Traum und Fieber getan. Das war nachts.“ Ein Mitkranker, Arzt,

berichtete, der Patient wäre gestern auf sein Zimmer gekommen, ein 17 Bettenzimmer, und hätte dort um Schokolade und Zigaretten gebeten. Als er nichts bekommen hatte, wäre er an die Betten anderer Kameraden gegangen und hätte sich einfach welche genommen. Dies hätte sich noch mehrere Male wiederholt. Er wäre dann jedesmal sogleich wieder in sein Bett gegangen, hätte sich die Decke über den Kopf gezogen und die Sachen darunter versteckt. Mehr und mehr wäre der Eindruck entstanden, daß es sich dabei um das Vorgehen eines „ganz gerissenen Burschen“ handelte und nicht etwa um einen drangartigen Zustand, worauf der Referent aufmerksam machte. Als Patient wegen seiner Handlungsweise zur Rede gestellt worden wäre, hätte er bloß zu erwidern gehabt, daß er das alles im „Traum“ getan hätte. Dabei wäre „einwandfrei festgestellt“ worden, daß er „sehr wohl bei Sinnen“ und „seiner selbst mächtig“ gewesen wäre: er hätte sich nicht in einem „Dämmerzustand bewegt“. Wenn er von seinen Kameraden ausgeschimpft worden wäre, hätte er jedesmal die Decke über den Kopf gezogen und so getan, als ob er schliefe. Am Tage darauf fand ich den Patienten gespannt, mit angezogenem Kopf vom Bett aus umherspähend, vor. Das ganze Verhalten wies auf eine krankhafte Bewußtseinseingung hin. Es wurden dauernd nestelnde und wischende Bewegungen auf der Bettdecke ausgeführt. Ab und zu griff er nach seinem Bettnachbar, um sofort zurückzuzucken, wenn dieser aufmerksam wurde. Die Mimik war vollkommen leer. Eine Ablenkung durch äußere Eindrücke fand nur hin und wieder statt. Patient bewegte sich offenbar ganz von innen heraus, wie ein Somnambuler. Die mit dem Herantreten des Referenten an sein Bett gegebene Situation beeindruckte ihn nicht im geringsten. Dabei war Ostentatives keineswegs vorhanden, auch nicht, als er dann, während des ihn betreffenden Diktats, nach seinem soeben hingestellten Eßnapf griff und wie im Heißhunger, jedoch mit durchaus mechanisch sich ausnehmenden Bewegungen, den Inhalt herunterzuschlang. Er lehnte sich auch ganz rücksichtslos, als ob der Bettnachbar ein lebloser Gegenstand wäre, zu ihm herüber und stellte ihm nachher einfach seinen Eßnapf aufs Kopfkissen. Die anderen Patienten versicherten mit bedeutsamer Miene: etwas hätten sie ihm aber doch schon „Anstand beigebracht.“

Neurologisch ergab sich: Die rechte Großzehe stand angedeutet in Dauerbabinskistellung. Bei Lageveränderungen erfolgte eine Dorsalflexion auch der übrigen, dabei gespreizten Zehen. Die Sehnenreflexe waren dabei nur ganz schwach zu bekommen, rechts noch schlechter als links. Fluchtreflexe waren indessen in sehr gesteigertem Maße vorhanden. Bei Vermeidung der auf stärkere Reize eintretenden Fluchtreflexe war beiderseits positiver Babinski zu bekommen. Am rechten Bein trat, nicht nur auf Berührung, sondern auch im Verlaufe psychischer Reize, bei der bloßen Exploration schon eine Tendenz, es immer wieder anzuziehen, hervor. Rechts bestand ausgesprochene Hyperpathie, welche

wie sie schon aus der geradezu hyperkinetischen Abwehr zu ersehen war, eine Bestätigung auch durch die Äußerung des Patienten fand, daß es sehr stark „kitzelte.“ Rechtsseitig war außerdem eine lebhaftes Dermo-graphia alba festzustellen. Alle Bewegungen waren durch zahlreiche Synergismen beeinträchtigt.

Hin und wieder wurden allopsychische Ratlosigkeit sowie Apraxie, bei Hantieren mit dem Objekt zumal, vorgetäuscht. Als Patient sich aufrichten wollte, rollte er ein paarmal auf dem Gesäß herum, weil er zugleich die Beine anzog und sie in zwangshafter Steifhaltung beließ. Es ließ sich abnorme Nachgiebigkeit nachweisen: schon mit dem Finger konnte man den ganzen Menschen in eine andere Haltung bringen. Die Motorik war abrupt und eckig. Er kratzte sich überall und zwar in einer durch die Gewohnheitsmäßigkeit anthropoid wirkenden Weise. Ab und zu setzte er sich auf, guckte stier vor sich hin, um dann auf irgendein Geräusch flüchtig zusammenzufahren, sicher ohne weitere Verarbeitung des Sinneseindrucks. Wenn Patient scharf angesehen wurde, zog er die Augenbrauen flüchtig mit Stirnrunzeln hoch, wie im krampfhaften Versuch, die Gedanken zusammenzunehmen. Im übrigen zeigte sich ein Gemisch von Bejahungsbereitschaft und Absperrung. Suggestibilität bzw. Negativismus, wie bei Katatonen, ließ sich das aber nicht nennen, da offenbar nur ganz primitive Reflexmechanismen im Spiele waren. Wahnhaftes produzierte der Patient nicht. Zum Registrieren der Zeit war es nicht gekommen. Über seine Personalien wußte er genau, über die Örtlichkeit nur einigermaßen Bescheid. Im Mittelpunkt des psychischen Bildes standen die Kontaktstörungen. Die vorbeigehende Schwester wurde stereotyp, wie auf ein Signal angehalten: Man sollte ihm doch endlich etwas zu essen bringen, er hätte doch noch gar nichts bekommen. Ebenso wie er immer wieder drangartig, ohne sich die Einteilung der Mahlzeiten gegenwärtig zu halten, von seiner Polyphagie befallen wurde, verfolgte er in keiner Weise den Füllungszustand seiner Blase, konnte sie, nachdem sie schon beinahe zum Platzen gefüllt war, eben noch rechtzeitig, offenbar auf einen sich regenden Automatismus hin, auf dem Nachtgeschirr neben sich am Bett entleeren. Dabei bestanden nicht die mindesten unmittelbaren Störungen beim Wasserlassen. Als er wieder ins Bett wollte, wurde deutlich, wie er die Beine, welche von allen möglichen, als Mitbewegung wohl in der Hauptsache, in Gang gebrachten Mechanismen zwischenhinein erfaßt wurden, nicht sogleich zu lassen wußte. Auf die Frage zum Schluß, wie es ihm ginge, antwortete er: „Die Nacht, die langen Nächte!“

Auch am 15. und 17. 5. 42 war Patient noch ganz ohne persönlichen Kontakt mit seiner Umgebung und in seinem Bewußtsein jeweils absorbiert von allem, was mit seiner pathologischen Eßlust in Verbindung stand. Zu Dranghandlungen von hier aus, also mit rücksichtslosem Eindringen in fremde Bereiche und seinem ebenso hemmungslosem

Sichbemächtigen der Portionen anderer, kam es nicht mehr. Indessen, war nur die Intensität der motorischen Auswirkungen geringer geworden: eine sensorielle Aufhellung lag keineswegs vor. Die Bemühungen, den Rapport mit ihm herzustellen, führten zunächst immer zu einem Vorbeiblicken, als ob der Betreffende ein toter Gegenstand wäre, welcher die Sicht versperrte, aber in zunehmendem Maße auch zu einer emotionalen Regung wenigstens insoweit, als der Patient mit ostentativer Unbekümmertheit anfang zu pfeifen. Bei längerer Beschäftigung mit ihm trat auch hier und da schon ein im Gegenteil affektklebriges und distanzloses Gebaren hervor. Die zeitliche und örtliche Orientierung waren ungenau. Über die früheren Daten seiner persönlichen Existenz indessen war er sich wohl klar.

Am 15. 5. 42 war mit Umschlag über Nacht eine Rückkehr der Besonnenheit da. Die Aufmerksamkeit war ungezwungener, die Zuwendung fast unbefangen; die Mimik und Gestik wirkten kaum noch gekünstelt. Es bestand weitgehende Amnesie und zwar sowohl für seine Anwandlungen als auch für seine Verhaltensweise. Auf die Frage, ob er nicht gewußt habe, daß es nicht sein Zimmer gewesen sei, in das er gegangen sei, erwiderte er: „Davon habe ich gar nichts gewußt . . . Als der Arzt mich angerufen hat, war ich ein paar Minuten bei Verstand, aber von der eigentlichen Sache habe ich gar nichts gewußt.“ Beim Umkleiden zeigte sich noch eine gewisse Pedanterie und Umständlichkeit. Die Fluchtreflexe waren noch mehr gesteigert und zwar bis zu unsinnigen Angstattituden beim Versuch, die Hyperpathie zu kontrollieren. Bei der Prüfung der Bauchdeckenreflexe zeigte er einen Bewegungssturm wie bei der Chorea electrica. Auch sonst zeigten sich Mitbewegungen schleudernder Art. Der Tonus war extrem herabgesetzt. Am 21. 5. 42 war ganz allgemein eine Besserung eingetreten, indessen traten jetzt Haltungsverharren und Gegenhalten ind en Vordergrund, während vordem nach dieser Richtung Bejahungsbereitschaft und Neigung zum Mitmachen das Bild beherrschten. Die Mitbewegungen beim Gehen waren eingeschränkt, besonders rechts.

Am 27. 5. 42 ging die Polyphagie in Anorexie über. Der Patient wollte sich nicht mehr recht erholen. Er war auch ganz antriebslos. Zuweilen erschien er ganz apathisch. Es fanden auch leichte unregelmäßige Temperatursteigerungen statt. Am 3. 6. 42 stieg die Temperatur auf 39,1. Flexibilitas cerea trat hervor. Von seiten der langen Bahnen waren keine Störungen mehr festzustellen. Dafür waren aber bulbäre Störungen unverkennbar. Der Patient wurde einige Tage später, weil auch delirante Unruhe, welche hier und da sich zu furibunden Ausmaßen steigerte, hinzukam, in eine rückwärtige geschlossene Abteilung abtransportiert. Der Allgemeinzustand war sehr schlecht. Die Prognose mußte als dubiös gelten.

Hier lag ein Thalamussyndrom in der Hauptsache vor, natürlich neben einer Fülle anderweitiger, zumal diencephaler Zeichen. Klinisch

ist in diesem Sinne der Wechsel zwischen Drangzuständen und Stupor hervorzuheben.

Gefr. K. Sch., geb. 10. 6. 23 (Fall 15). 16. 4. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese: Noch nie ernstlich krank gewesen. Jetzige Beschwerden: Krank seit etwa 8 Tagen. Beginn mit Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Gliederschmerzen. Befund: 18jähriger Pat. in einem ausreichendem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute ausreichend durchblutet. Gesicht gerötet, etwas gedunsen. Kopf: Frei beweglich. Keine Druck- und Klopf-schmerz. Nervenaustrittsstellen frei. Augen o. B. Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Zunge feucht, wenig weißlich belegt. Tonsillen und Rachen o. B. Thorax: Gute Atemexkursionen, Lungengrenzen an normaler Stelle, gut verschieblich. Überall normaler Klopfeschall. Keine Rasselgeräusche. Herz: Grenzen nicht verbreitert. Töne rein, Aktion regelmäßig, beschleunigt. Abdomen: weich, nicht gespannt. Leber und Milz nicht tastbar. Übrige Bauchorgane o. B. Extremitäten o. B. Hallux valgus links. ZNS.: Reflexe seitengleich auslösbar, keine pathologischen Reflexe. Haut: roseolenverdächtige Stellen an den Flanken. Psychisch frei. Vorläufige Diagnose Fleckfieber. 19. 4. 42: Typhus 1:100, Parat. B.: 0, Weil-Felix 1:1600 positiv.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: 23. 4. 42: Pat. ist seit vorgestern in einer fast kritischen Entfieberung. Vor 5 Tagen, also noch im hohen Fieber, ist er mit Andeutungen hervorgetreten, daß er 4000 RM. bekommen habe durch eine Stiftung an die Truppe, wo er dann der Glückliche gewesen sei. Auch gestern bei einer flüchtigen Besprechung mit dem Pat. hielt er daran fest, gab bei Erkundigungen nach Einzelheiten ausweichende Antworten, zeigte wenig Stellungnahme vom Realitätsstandpunkt aus, lächelte still vor sich hin und ließ es sich an dem einfachen subjektivem Faktum genug sein. Heute hat er Temperatur von 37,5, ist apathisch. Das Gesicht ist kongestiv gerötet. Er verfolgt die Vorgänge um sich herum zwangsmäßig mit den Blicken, ohne daß aber Anhaltspunkte für irgendeine Resonanz bestehen. Als der Referent an sein Bett tritt, erkennt er ihn sofort wieder. (Wo sind Sie denn hier?) „In Neiße.“ (Ich meine: hier an Ort und Stelle?) „Im Lazarett.“ (Wo liegt das Lazarett?) „Ich weiß nicht, wie die Kaserne heißt.“ (Wo ist das hier?) „In Schlesien.“ (Sind Ihre Angehörigen schon zu Besuch hier gewesen?) „Nein.“ (Werden Sie bald kommen?) „Nein, meine Eltern wissen nicht Bescheid, daß ich in Neiße bin. Ich kann ja kaum schreiben.“ (Warum nicht?) „Ich zappele so.“ Jetzt macht Pat. eine andeutende Bewegung mit der rechten Hand. Im Laufe der Beschäftigung mit ihm stellt sich auch eine periorale Unruhe ein. Die Stimme ist leicht belegt und tremolierend. (Haben Sie wieder etwas von den 4000 RM. gehört?) „Nein, das habe ich nach Hause zu meiner Mutter geschickt. 2000 RM. habe ich meiner Mutter geschickt, weil vor kurzem das Haus kaputt geschossen worden ist.“ (Wann haben Sie denn das gemacht?) „Ich weiß gar nicht, wann ich das bekam.“ Pat. macht die Miene angestrengten Nachdenkens und zögert. (Haben Sie sich sehr gefreut, als Sie das hörten?) „Und wie.“ (War denn das Geld für Sie so nötig?) „Nein, das nicht.“ (Wodurch kam es, daß Sie gerade der Empfänger waren?) „Ich bekam gerade das Päckchen, wo es drin war.“ (Vielleicht waren Sie gar nicht berechtigt?) „Doch, sonst hätten sie es mir wieder abgenommen.“ (Woran denken Sie?) „Daß unser Haus zerschossen worden ist.“ (Wann ist denn das passiert?) „2 Tage vorher, bevor ich das Geld bekam.“ (Waren Sie vorher sehr in Angst und Nöten, als Sie die Nachricht bekamen?) „Ich hatte Angst um meine Mutter und um meine Geschwister. Alles sind noch jüngere Geschwister.“ (Waren Sie nicht krank?) „Ja.“ Objektiv steht fest, daß beiderlei Nachrichten nicht den Tatsachen entsprechen. Pat. hat in dieser Zeit überhaupt gar keine Post bekommen. (Weiß Ihre Mutter schon von den 4000 RM.?) „Ja, ich habe ihr gleich 2000 RM. geschickt. Die Denkbewegungen beim Pat.

haben dauernd seine wahnhaften Vorstellungsinhalte zum Gegenstand; diese sind offenbar eingebungsmäßig zustandegekommen. Eine Kritik läßt sich bei ihm nicht anregen. Pat. befindet sich überhaupt in einem Zustand fieberhafter Schwäche. (Haben Sie Appetit?) „Nein.“ (Mögen Sie trinken?) „Ja.“ (Viel?) „Ja.“ (Haben Sie Kopfschmerzen?) „Jetzt habe ich momentan keine.“ (Können Sie alle Glieder richtig bewegen?) „Ja.“ (Haben Sie Herzklopfen?) „Nein.“ (Denken Sie, Sie wären wirklich in Neißة?) „Jawohl.“ (Welches Datum?) „Das weiß ich nicht.“ Pat. sucht sich zu besinnen, gelangt aber zu keinem Resultat. (Welche Jahreszahl schreiben wir jetzt?) „42.“ (Welchen Monat?) „April.“ (Was sind Sie von Beruf?) „Lagerhalter.“ (Wofür interessieren Sie sich?) „Ich lese mitunter auch gute Bücher.“ (Lesen Sie keine Kriminalromane?) Das wird vom Pat. entrüstet abgelehnt. Er liest z. B. Gustav Freytag. Im ganzen macht der Pat. einen kindlich zarten, sensitiven Eindruck, mit einer ausgesprochenen Note von Treuherzigkeit. (Was wollten Sie einmal werden?) „Ich wollte einmal Ingenieur werden.“ (Können Sie schlafen?) „Tagsüber schlafe ich nicht.“ Neurologische Untersuchung: Sehnenreflexe leicht gesteigert, rechts Spur mehr als links. Rechts Babinskineigung. Keine pathologischen Reflexe. Fußklonus beiderseits. Kein Patellarklonus. Abnorme Vagusstellung der Füße. Rechts Tremorbereitschaft. Mayerscher Grundphalangenreflex rechts deutlich abgeschwächt. Bauchdecken- und Cremasterreflexe leicht abgeschwächt, ohne Seitendifferenz. Tonus: vereinzelte Spasmen, rechts wie links. Pupillen übermittelweit, links erheblich weiter als rechts. Die herausgestreckte Zunge zeigt zitternde und wühlende Bewegungen. Mechanisch festgelegte Rechenexempel gelingen glatt, dagegen ist Subtraktion mit mehrstelligen Zahlen unmöglich. (gez. Prof. Betzendahl.) 24. 4. 42: (Wie steht es mit dem Haus Ihrer Mutter?) „Ich habe noch keine Nachricht erhalten.“ (Ist es von einer Bombe getroffen worden?) „Ja.“ (Wo sind Sie hier?) „In Neißة.“ (Wie ist es mit den 4000 RM.?) „2000 habe ich meiner Mutter geschickt und 2000 meiner Schwester.“ (gez. Prof. Betzendahl.) 25. 4. 42: (Wie geht es heute?) „Es geht mir besser.“ Die Temperatur bewegt sich weiter um 37 herum. Gestern abend ist noch ein Anstieg auf 37,3 erfolgt, während sie am Morgen schon auf 36,5 gefallen war. Heute bleibt sie überhaupt unter 37 auch am Abend. Das Aussehen ist etwas frischer. (Was macht Ihre Mutter?) „Die wird wohl bei der Tante untergekommen sein.“ (Ob sie schon das Geld bekommen hat?) „Gewiß.“ (Hat sie Sie noch gar nicht besucht?) „Nein, ich habe noch gar nicht geschrieben, daß ich in Neißة bin.“ (Wo lebt denn Ihre Mutter?) „Katscher, das ist hier irgendwo an der polnischen Grenze.“ (Sind Sie eigentlich einmal in S... gewesen?) „Ja, ehe wir hierher kamen.“ (Dann sind Sie mit einem Transport in die Heimat gekommen?) „Ja.“ (War noch kein Bekannter da?) „Ich habe noch keinen getroffen.“ (Wundern Sie sich nicht darüber?) „Wenn ich schreiben kann, werde ich schreiben, daß sie mich besuchen sollen. Im Augenblick hätte ich auch gar kein Verlangen.“ (Sind Sie denn schwer krank?) „Ich kann ja nicht einmal stehen. Ich habe ja Fleckfieber; bloß müde und matt bin ich.“ (gez. Prof. Betzendahl.) 26. 4. 42: (Wo sind Sie hier?) „Im Lazarett.“ (Wie geht es Ihnen?) „Fieber habe ich keins mehr.“ Seit gestern ist Pat. entfiebert. (Wo liegt das Lazarett?) „In Neißة.“ (Haben Sie etwas von Ihrer Mutter gehört?) „Auch nichts.“ (Was machen die 4000 RM.?) „Ich habe sie abgeschickt.“ (Was haben Sie über die Zerstörungen des Hauses gehört?) „Ich habe noch keine weiteren Nachrichten.“ (Wie haben Sie überhaupt etwas davon gehört?) „Ich weiß es nun gar nicht einmal.“ (Was denn eigentlich?) Pat. sinnt lange nach, anscheinend ist ihm die Sache fern gerückt. In seinem Gesichtsausdruck liegt vages Grübeln. (Sind Sie vergnügt oder bekümmert?) „Bekümmert.“ (Weshalb?) „Weil das Haus kaputt ist.“ (Wenn Sie doch soviel Geld bekommen haben, dann kann es doch wieder repariert werden.) „Ja, das wird wohl sein.“ Man hat den Eindruck, als sei der Pat. selbst nicht ganz von seinem Glück überzeugt. Vorherrschend ist ein mürrischer verdrießlicher Affekt, welcher

ihn auch gar nicht dazu kommen läßt, sich genauere Vorstellungen zu machen. Er redet daher, was ihm gerade in den Sinn kommt. (Waren Sie eigentlich krank?) „Ja.“ (Geistig auch nicht ganz klar?) „An manchen Tagen wußte ich nicht recht, was los war.“ (Wie kam denn das?) „Vielleicht durch hohes Fieber.“ Charakteristisch für die Stimmungslage ist das gleichgültige Zucken mit den Achseln. (Es ist Ihnen alles so ein bißchen egal?) „Nein, im Gegenteil.“ (Sie meinen: es geht alles ein bißchen schief?) „Wie? Es geht alles schief? Ich weiß nicht, was Sie meinen?“ In der Reaktionsweise prägt sich ein starker Unwille aus. Er zeigt auch gar keine Tendenz zu kommunizieren. (Welches Datum haben wir heute?) „24.“ Objektiv den 26. (gez. Prof. *Betzendahl*). 28. 4. 42: Pat. sieht sehr viel freier aus. Das Fieber ist auf 36,3 heruntergegangen. Es besteht aber etwas Pulsverlangsamung, er bewegt sich um 62 herum. (Wie geht es Ihnen denn?) „Ganz gut, etwas müde.“ (Wo sind Sie hier?) „In einem Lazarett in der Nähe von S . . .“ Nach Bericht des Stationsarztes ist heute morgen die Orientierung zurückgekehrt. (Wie ist es mit dem Haus Ihrer Mutter?) „Das weiß ich nicht, ich habe noch keine Nachricht.“ (Was ist denn passiert?) „Das soll von einer Granate getroffen worden sein.“ (Wann haben Sie das gehört?) „Ich habe das gehört, als ich im hohen Fieber lag.“ (Haben Sie es wirklich gehört?) „Das kann ich nicht behaupten.“ (Dann sprachen Sie von einer Stiftung?) „Das weiß ich auch nicht mehr; denn jetzt sieht man es mit ganz anderen Augen.“ (Wie sind Sie denn überhaupt auf den Gedanken gekommen?) „Das weiß ich auch nicht.“ (Sie haben mir gesagt, daß Sie 2000 RM. an Ihre Mutter und 2000 RM. an Ihre Schwester geschickt haben.) „Das weiß ich nicht, ich war in Gedanken sogar zu Hause in Kascher in O.S. Ich weiß auch nicht, wie ich das gesagt habe.“ Neurologisch: Lebhaft Hyperhidrosis. Beim Prüfen der Reflexe treten sofort mittelschlägige Tremorererscheinungen sowohl beim Patellar- als auch beim Achillessehnenreflex beiderseits auf, ohne Seitendifferenz. Es besteht Fuß- und Patellarklonus beiderseits. Der Klonus ist aber mehr tremorartiger Natur. Gesteigerte Fluchtreflexe. Ab und zu Babinskineigung rechts. Links dagegen überwiegen gegenüber den pyramidalen Zeichen die extrapyramidalen Symptome. Irradiation der Reflexe auf die gesamte Beinmuskulatur beiderseits. Rossolimo, Mendel, Oppenheim negativ. Gordon rechts deutlich positiv, links nur angedeutet. Mayerscher Grundphalangenreflex beiderseits in normaler Stärke auslösbar. Armreflexe beiderseits leicht gesteigert. Von seiten der Hirnnerven nichts besonderes. Bauchdecken- und Cremasterreflexe in normaler Stärke auslösbar. Von den Ansatzpunkten des Rectus abdominis aus war der Reflex gesteigert. Fasciculäre Zuckungen. Mechanische Muskeleerregbarkeit gesteigert. Idiomuskuläre Wülste. Tonus rechts meist spastisch erhöht, links nicht deutlich. Beiderseits Einschießen des Tonus mit Tremorererscheinungen, rechts mehr wie links. Beiderseits Intentionstremor, links mehr wie rechts. Ataxie der Beine beim Knie-Hackenversuch. Auch bei der aktiven Bewegung Auftreten von Tremorererscheinungen. Leichter Meningismus. Kernig und Lasègue positiv. Bauchdecken leicht gespannt. Etwas Kahnbauch. Puls labil. (gez. Prof. *Betzendahl*). 3. 5. 42: (Wie geht es denn?) „Prima, ich habe kein Fieber mehr. Es geht tadellos.“ (Was macht das Haus Ihrer Mutter?) „Da ist nichts dran, das habe ich so im Fieber aufgeschnappt. Genau so mit dem Geld, da ist auch nichts dran. Ich weiß auch nicht, wie ich darauf kam.“ (Wie war Ihnen denn, als Ihnen auf einmal klar wurde, daß alles nicht stimmte?) „Ich habe mir überlegt, daß ich doch gar keine Nachricht bekommen habe.“ (War das mehr eine Enttäuschung oder mehr eine Freude?) „Eine Freude, daß das mit dem Haus nicht stimmte.“ (Aber mit den 4000 RM. waren Sie doch ganz glücklich?) „Da war nichts dran.“ (Lieber so?) „Jawohl.“ (Was hatten Sie denn für ein Gefühl, als Ihnen in den Sinn kam, daß Sie 4000 RM. bekommen hatten?) „Ich weiß auch nicht, wie es damals war, ich war damals froh, daß ich die Stiftung bekommen hatte. Es war ein glückliches Gefühl.“ (Durchrieselte es Sie am ganzen Körper?) „Ich habe es gefühlt, daß ich das Geld

bekam.“ (Haben Sie es irgendwo am Körper gespürt?) Das habe ich nicht empfunden. — Offenbar ist beim Pat. der Zusammenhang umgekehrt, daß zunächst in ihm die Idee auftauchte und sich dann mehr oder weniger in natürlichem Reaktionsverlauf Gefühle der Erleichterung dann anschlossen. Über irgendwelche abnormen Sensationen weiß er nichts zu berichten. Er sagt auch, daß ihm die Sache einfach so in den Sinn gekommen sei, ohne daß pathologische Eingebungserlebnisse vorlagen. (Sie wären doch immer ein bißchen böse, als wenn Ihnen alles lästig wäre?) „Das weiß ich nicht.“ Pat. macht jetzt einen ganz ausgeglichenen Eindruck. Er ist Textilangestellter. Seine Neigungen liegen vor allem auf sportlichem Gebiet. Besondere Krankheiten hat er nach seiner Angabe nicht durchgemacht. Er ist von proportioniertem und kräftigem Körperbau. Der Ernährungszustand ist ausreichend. Die Gesichtsfarbe hat noch einen leichten cyanotischen Anflug. Die Aufmerksamkeit ist leicht gestört. Rechnen mit mehrstelligen Zahlen bereitet große Schwierigkeiten. Die Kritik dabei ist jetzt vorhanden. (Haben Sie manchmal auch das Gefühl, als ob Sie die Gedanken nicht sammeln können?) „Ja, Schwindelgefühl.“ (Hören Sie schlecht?) „Auf beiden Ohren habe ich Ohrensausen. Das ist aber nur zeitweise.“ Schlaf und Appetit sind gut. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 10. 6. 23 geborene Gefreite war am 16. 4. 42 auf die Fleckfieberstation gekommen. 8 Tage vorher hatte er bei der Truppe Schüttelfrost mit Kopfschmerzen bekommen und über Appetitlosigkeit und Gliederschmerzen zu klagen gehabt. Bei der Aufnahme wurde eigens erwähnt, daß der Ernährungs- und Kräftezustand genügend, Haut und Schleimhäute gut durchblutet seien. Das Gesicht war gerötet, etwas gedunsen. Die Zunge war weißlich belegt. Die Herztätigkeit war beschleunigt. In den Flanken fanden sich roseolenverdächtige Stellen. Als vorläufige Diagnose wurde Fleckfieber notiert. Am 19. 4. fand sich: Typhus 1:100, Paratyphus B. σ , Weil-Felix 1:1600 positiv.

Am 22. 4. 42 wurde der Patient mir gezeigt. Er hatte eine typische Kontinua durchgemacht und befand sich seit 2 Tagen in einer fast kritisch zu nennenden Entfieberung. Vor 5 Tagen schon, also während des hohen Fiebers, war er mit Andeutungen hervorgetreten, daß er 4000 RM. bekommen hätte, und zwar durch „eine Stiftung an die Truppe“. Man hatte das zunächst nicht weiter beachtet. Anfangs hatte er überhaupt, wie ja die meisten Kranken in diesem Stadium, in tiefer Benommenheit dagelegen, ohne etwas zu äußern. Es war zunächst nicht viel aus ihm herauszubekommen. Auf die in verwundertem Tone gestellte Frage, ob das mit dem Geld stimmte, sagte er ärgerlich: „ja“; verfiel darauf in ein dumpfes Vorsichhinbrüten. Als nun freundlich auf seine Ideen eingegangen wurde, freilich unter Bezugnahme auf die in einem solchen Fall in Betracht kommenden Einzelheiten, gab er ausweichende Antworten, zeigte keinerlei Neigung, sich mit der Realität auseinanderzusetzen. Er verstummte immer sogleich wieder und lächelte still vor sich hin, ließ es sich an dem subjektiven Faktum genug sein. Das Gesicht war kongestioniert. Im ganzen machte er einen apathischen Eindruck. Am Tage darauf war er schon aufgeschlossener, vor allem aber zeigte er eine zwangsmäßig wirkende Aufmerksamkeit: er verfolgte jede

Bewegung um ihn her mit den Blicken, wobei die Miene völlig leer blieb. Mich erkannte er sofort wieder, war aber zeitlich sehr ungenau, örtlich überhaupt nicht orientiert: er dachte, im Lazarett einer Kaserne in Neisse zu sein. Die Eltern wären nur deswegen noch nicht bei ihm gewesen, weil das Schreiben noch nicht ginge, und er darum noch keinen Bescheid hätte geben können. Dazu machte er eine bedeutsame Bewegung mit der rechten Hand, welche auch tatsächlich eine grobe Koordinationsstörung erkennen ließ. Die Stimme wurde schon nach wenigen Sätzen tremolierend; es trat periorale Unruhe ein. Über die Wahnhalte sprach er mit der größten Selbstverständlichkeit: 2000 RM. hätte er seiner Mutter geschickt, weil durch ein Bombentreffer ihr Haus zerstört worden wäre, und den Rest seiner Schwester. Als er angeben sollte, wann er das gemacht hätte, bot er den Ausdruck angestrengten Nachdenkens und wußte schließlich nichts zu erwidern. Im übrigen erfuhr man noch, daß er weiter gar nicht bedürftig gewesen wäre, vielmehr bloß seine Mutter. Überhaupt wäre er in Angst um seine Angehörigen gewesen. 2 Tage, bevor er das Geld bekommen hätte, hätte er die Nachricht von dem häuslichen Unglück erhalten. Dann aber wäre das Päckchen gekommen, mit dessen Inhalt der Schaden nun wieder gut zu machen wäre; seitdem wäre er sehr froh. Patient war leicht euphorisch, körperlich recht schwach. Die Sehnenreflexe waren leicht gesteigert, rechts eine Spur mehr als links. Rechts bestand angedeuteter Babinski. Beiderseits ließen sich zuweilen Fußklonus, aber kein Patellar-klonus auslösen. Die Füße wiesen Vagusstellung auf. Rechts fand sich Tremorbereitschaft. Der *Mayersche* Reflex war rechts abgeschwächt. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe waren herabgesetzt, ohne deutliche Seitendifferenz. Der Tonus war im Sinne vereinzelter Spasmen beiderseits etwas erhöht. Die Pupillen waren übermittelweit, links erheblich weiter als rechts. Die herausgestreckte Zunge zeigte zitternde und wühlende Bewegungen. Die Intelligenzprüfung ergab Gelingen mechanisch festgelegter Rechenexempel, aber Versagen besonders bei Subtraktion mit mehrstelligen Zahlen.

Auch am 24. 4. 42 hielt er ohne Ansatz einer Kritik oder auch weiteren Nachdenkens darüber an seiner Idee fest. Am 25. 4. 42 ging es ihm besser, objektiv und auch insofern, als er nun anfang, seinen Zustand zu verfolgen, während er vordem ohne adäquates Krankheitsgefühl gewesen war. Er sagte auch selbst, es ginge ihm besser. Seine Einbildungen hatte er aber weiter ausgesponnen: die Mutter sollte bei einer Tante untergekommen sein. Er selbst wäre seinerzeit mit einem Transport in die Heimat gekommen. Besuch hätte er noch nicht bekommen. Wenn er erst wieder zu schreiben imstande wäre, würde er es tun. Einstweilen hätte er auch kein Verlangen, jemanden zu empfangen. Er hätte Fleckfieber, wäre aber bloß müde und matt zur Zeit. Am 26. 4. war eine völlige Entfieberung eingetreten, nachdem vordem immer noch leichte

Temperaturbewegungen bis 37,5 vorhanden gewesen waren. Es bestand indessen eine Pulsverlangsamung, auf 62 pro Minute. Patient wußte seit diesem Morgen wieder, daß er in einem Lazarett in der Nähe von S war. Er sagte aber, auf die Frage, ob zu Hause etwas passiert sei, daß das Haus von einer Granate getroffen sein sollte, und zwar hätte er es gehört, als er im hohen Fieber gelegen hätte. Er wäre überhaupt in Gedanken ständig zu Hause gewesen. Über die 4000 RM. wollte er sich nicht mehr so recht äußern; er bemerkte leichthin dazu, er wüßte das auch nicht, „man sähe das jetzt mit anderen Augen an.“ Körperlich fand sich lebhaft Hyperhidrosis. Die Prüfung der Sehnenreflexe löste sofort mittelschlägigen Tremor aus. Es fand sich auch beiderseits Patellar- und Fußklonus, indessen mit Übergang zu tremorhaftem Gepräge. Die Fluchtreflexe traten sehr erheblich hervor. Ab und zu trat rechts Babinskineigung hervor. Der Gordon war rechts positiv, links angedeutet. Links überwogen gegenüber den Pyramidenzeichen die extrapyramidalen Symptome. Die Reflexe irradiierten. Die Bauchdecken- und Cremasterreflexe waren wieder in normaler Stärke vorhanden. Die Reflexe von den Ansätzen des Rectus abdominis aus waren gesteigert. Die Muskulatur zeigte fasciculäre Zuckungen. Die mechanische Muskelregbarkeit war erhöht. Es waren idiomuskuläre Wülste zu erzeugen. Der Tonus war rechts meist spastisch vermehrt. Besonders fand sich beiderseits Einschießen des Tonus mit Tremorerscheinungen nach vorheriger Hypotonie. Die Ataxie war zumal in den Beinen hochgradig. Auch aktive Bewegungen hatten Zittern im Gefolge. Es ließ sich noch etwas Meningismus feststellen. Der Puls war labil.

Am 3. 5. war völlige Krankheitseinsicht erreicht. Das mit dem Haus der Mutter „hätte er so im Fieber aufgeschnappt,“ da wäre „nichts dran,“ genau so wie mit dem Geld. Er hätte sich überlegt, daß er doch gar keine Nachricht bekommen hätte. Jetzt wäre er froh, daß das mit dem Haus nicht stimmte. Damals habe er ein glückliches Gefühl gehabt, als er die Stiftung bekommen hätte. Während er bei sich anbahnender Kritik noch peinlich berührt war von jeder Nachfrage und sich von der Umwelt mürrisch abwendete, allerdings auch nicht mehr die Hyperprosexie des kurzvorhergehenden Stadiums darbot, war er nun vollends ausgeglichen. Das Rechnen bereitete aber noch große Schwierigkeiten. Es wurde dabei über auftretenden Schwindel geklagt. Zeitweise hätte er auch beiderseits Ohrensausen. Nach seiner Persönlichkeit erschien er als ein körperlich und seelisch wohl veranlagter, sehr familiengebundener Junge, von ernstem beruflichen Streben. Er liest „nur gute Bücher“ und möchte einmal gern „Ingenieur“ werden.

Man kann hier eine cyclothyme Komponente vermuten. Ein depressives Stadium ist von einem, wenigstens nach Wahn und Stimmung, manischen abgelöst worden. Die eigene Person stand ganz hinter der

Sorge um die Angehörigen zurück. Der Prozeß scheint sich vor allem in der Thalamusregion, aber auch in die für die vitalen Rhythmen bedeutsamen diencephalen Partien zur Geltung gebracht zu haben.

Gefr. G. B., geb. 22. 11. 11. (Fall 16). 26. 3. 42: Familienanamnese o. B. Eigenanamnese o. B. Jetzige Beschwerden: Krank seit 4 Tagen. Beginn mit Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Gliederschmerzen und Erbrechen. Befund: Kopf: Starke Hypertrophie der Tonsillen beiderseits. Lunge und Herz o. B. Milz schwach vergrößert. Extremitäten o. B. ZNS. o. B. Haut: kein Exanthem. Vorläufige Diagnose: Fleckfieber. 28. 3.: Kontinua. Benommenheit. Wegen Erbrechen Acidolpepsingaben. 30. 3.: Kontinua. Erbrechen hat sich gebessert. Noch Benommenheit. Kreislauf mäßig in Ordnung. 4. 4.: Weil-Felix 1:1600. Benommenheit. 8. 4.: Kontinua. Benommenheit. Kreislauf mäßig. 11. 4.: Entfieberung. Pat. fühlt sich müde, aber sehr wohl. 15. 4.: Keine Besonderheiten.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: 18. 4.: Pat. ist beim Aufstehen etwas klapperig, empfindet das auch selbst und meint, der erste Gang sei immer etwas schlecht. Er ist früher Maschinist und immer gesund gewesen. — Er sei damals in so einem kleinen Nest gewesen, als sich plötzlich sein Wachtmeister krank gefühlt und gegen das Übelsein an die 10 Liter Schnaps vertilgt habe. Nach 4 Tagen sei dann der Kamerad ins Lazarett geschafft worden, wo er nach 3 Tagen zur großen Armee abberufen worden sei. Etwa 2 oder 3 Tage später sei auch er krank geworden. Er habe Fieber gehabt und habe sich ganz schlapp gefühlt. Es habe dann geheißt, daß er unbedingt fort müsse; denn er habe Fleckfieber. Man habe dann auch nicht lange gezögert, sondern ihn gleich in einen San.Ka. gesteckt, mit noch einem anderen Kameraden der auch so behaftet gewesen sein sollte. Sein Kamerad und er haben dann auf der Krankensammelstelle rumgemurkt und dann seien sie hierher gekommen. Pat. erzählt nun ganz genau, was man diagnostisch und therapeutisch mit ihm gemacht habe. Ganz genau, so meint er, könne er das aber doch nicht schildern. Jedenfalls sei er in den nächsten Tagen nicht ganz bei sich gewesen. Er habe 39—40 Fieber gehabt. Was um ihn herum vorgegangen sei, habe er nicht genau beobachtet. Immer seien es nur Spritzen gewesen, die er bekommen habe. Ist aber wie alle Kameraden auch davon stark beeindruckt. Kopfschmerzen habe er nur in der ersten Zeit gehabt, vielleicht nur 2 Tage, dann habe er immer geschlafen. Jetzt aber sei er soweit, daß er sagen könne, er sei über den Berg. Objektiv ist er seit 7 Tagen fieberfrei. (In der letzten Zeit ist allerlei passiert? Sie sind befördert worden?) „Ich selbst war erstaunt darüber, wie die Sache so kommen konnte. Ich wußte ja davon gar nichts.“ (Was sind Sie denn geworden?) „Major.“ (Bekommen sie ein Bataillon?) „Ich habe hier eine Staffel bekommen.“ (Was waren Sie denn vorher?) „Kraftfahrer beim Panzernachrichtenregiment Nr. . . . Habe mich aber in der Zwischenzeit mit der Fliegerei beschäftigt: Krankentransporte mit der Ju. Anfangs wollten sie mich nicht hinlassen.“ (Haben Sie auch einen Orden bekommen?) „Ja, ich kriegte das Eichenlaub und habe die silberne und goldene Abschußspange und wurde auch von Göring empfangen, der mich fragte, was ich für einen Wunsch hätte, worauf ich antwortete, daß ich gerne dahin möchte, wo etwas los sei. Göring hat mir dann ein Schreiben mitgegeben, das ich erst öffnen durfte, wenn ich Berlin verlassen hätte, und darin hat es geheißt, daß ich erst gesund werden müßte.“ (Konnten Sie das mit Ihrem Fieber machen?) „Ja.“ (Hat man Sie denn weggelassen?) „Ja, ich habe nicht gefragt, bin einfach fortgegangen.“ (Dann kriegten Sie das Eichenlaub und 14 Tage Kasten?!) „Das ist mir gleich. Es kommt doch etwas hinter dran. Jetzt habe ich schon über 100 Abschuße, und dann kommt noch etwas.“ (Dann kriegten Sie wohl die Brillanten?) „Das weiß ich nicht, ob es so kommt. Wick hat es ja auch bekommen.“ (Ist Ihnen selbst nichts dabei passiert?) „Bis jetzt ja noch nichts. Ein paar mal

mußte ich runter, hatte aber immer Glück, daß ich in die deutschen Linien gekommen in. Heute hat es geheißen, daß ein neuer Jäger da ist, und nun muß ich raus und mir die neue Maschine ansehen und sie ausprobieren.“ (Fühlen Sie sich schon kräftig genug?) „Ja, in der frischen Luft ist es etwas ganz anderes, und in der Maschine hat man einen Halt; es ist etwas ganz anderes, als wenn man selbst geht.“ (Fühlen Sie sich nicht müde?) „Nein, im Gegenteil: die Nerven sind doch angespannt, man ist doch nicht so träge wie jetzt, daß man die Gedanken nicht konzentrieren kann.“ (Sie meinen, das sei die beste Behandlung für Sie?) „Ich möchte raus aus der Bude, einmal im Freien umhergehen, das wäre für mich die beste Medizin. Es ist doch ganz andere Witterung, man kann es doch kaum aushalten, wenn man rausschaut.“ (Sie haben ein nettes Kettchen um das linke Handgelenk?) „Das ist von Frankreich.“ (Verheiratet?) „Zufälliger Weise nicht.“ (Sind Sie ein wenig für Vergnügungen zu haben?) „Das schon.“ (Sie haben nichts anbrennen lassen?) „Das weiß ich nicht so recht.“ (Gern getanzt?) „Ganz wenig, ich hatte wenig Freude dran. Ich habe lieber getankt und mich dann mit Bekannten über die Tanzenden amüsiert. Bei uns auf dem Lande ist der Tanzboden nicht so besonders wie in der Stadt.“ (Damit sind aber die Mädchen nicht zufrieden?) „Soviele sind bei uns auf dem Lande nicht, und dann kommt es zu Raufereien, denn bei uns sind schon die Wilden.“ (Sind Sie aus Oberbayern?) „Jawohl.“ (Eine urwüchsige Bevölkerung bei Ihnen?) „Ganz interessant.“ (Bergsteiger?) „Früher einmal; aber ich habe es aufgegeben, da ich immer hübsch getankt habe und dann hat es keinen Zweck; es war viel besser für mich.“ (Dicken Bauch bekommen?) „Das nicht; aber es wäre soweit gekommen. Als ich wegkam, war es ein harter Kampf für mich; denn anderswo gab es nur das kleine Bier; ich habe mich aber schon daran gewöhnt.“ (Haben sie viel gelesen?) „Anfangs schon, jetzt aber nicht mehr. Es kam dann die Zeit, wo ich etwas anderes im Kopf hatte.“ (Was haben Sie als Maschinist gemacht?) „Vor allen Dingen Bücher über Maschinenbau, keine Liebesromane, die ja doch keinen Sinn für mich hatten.“ (Wie werden Sie es jetzt machen? Es ist doch ein großer Sprung bis zum Major?) „Das weiß ich nicht, ich muß mich erst eingewöhnen.“ (Vielleicht müssen Sie auch noch ein Buch lesen?) „Ich glaube, dazu brauche ich kein Buch zu lesen; denn was meine Aufgabe ist, das weiß ich, und die steht auch nicht drin.“ (Haben Sie vor Ihrer Krankheit auch schon geflogen?) „Ich habe die Ju geflogen, und gar so oft lassen sie einen nicht aufsteigen.“ (Wie oft?) „Das kommt auf die Zahl der Piloten an, die in der Staffel sind, und ein gewisser Neid ist auch da, denn jeder möchte doch gern einen Abschluß haben.“ (Die meisten Abschlüsse haben Sie während Ihrer Krankheit gemacht?) „Ja, das habe ich und dann war ich immer restlos erledigt und ich habe es immer so sang- und klanglos gemacht, so daß keiner etwas von der Sache wußte.“ (Die anderen Kameraden haben nichts geahnt?) „Mein Bettkamerad wußte Bescheid und sagte schon immer: jetzt ist etwas in der Luft, und weg war ich dann auch schon. Ein paarmal wäre es auch schief gegangen, drum freue ich mich, wenn ich heute rausgehen kann und die neue Maschine betrachten kann, die neue, die ganz fabelhaft sein soll.“ (Haben Sie keine Angst gehabt?) „Bis jetzt noch nicht.“ (Waren Sie aufgeregt?) „Alle Tage ist es ja nicht gleich, dann ist man aufgeregt.“ (Wo ist die Maschine denn?) „Die ist immer bereit, ich soll doch das Lazarett beschützen.“ (Wann haben Sie es übernommen?) „Ja, ich habe die Staffel bekommen, und wie es weitergehen soll, weiß ich noch nicht. Ich will meinem Vorgänger doch keine Schande machen.“ (Wie heißt er denn?) „Major Wick. Er hat 101 Abschlüsse.“ (Was ist mit ihm passiert?) „Er ist abgeschossen worden, er ist zur großen Armee abberufen worden, das kann jedem passieren.“ (Kannten Sie ihn?) „Ja, vom Bild her, persönlich nicht, wo sollte ich ihn denn kennenlernen!“ (Wo haben Sie die Fliegerei gelernt?) „So nebenher, ich war ja Kraftfahrer beim Panzerregiment. Die anderen Piloten haben ja Spezialausbildung.“ (Wieviele Abschlüsse vor Ihrer Krankheit?) „So 33 Stück.“ (Die

übrigen während Ihrer Krankheit?) „Ja! Dann ich stillschweigend raus und zur Maschine!“ (Ist es nicht ungewöhnlich?) „Mir selbst kommt es komisch vor, ich kann es noch gar nicht fassen. Es war ein Schlag auf einmal, und dann kann man es ja verstehen, wie einem zumute ist. Ich bringe es noch nicht richtig in mein Hirn hinein, daß es so sein soll und alles auf einmal.“ (Von wem ging es aus?) „Wenn ich das wüßte, wer mich vorgeschlagen hat! Aber auf einmal hat es geheißen: Kesselring kommt, und ich bekam das Eichenlaub. Es ging alles so schnell, und ich kam nicht ganz mit. Zuerst sagte ich mir, es ist alles Bluff, doch nachher stimmte die Sache.“ (Woraus schlossen Sie denn, daß alles stimmte?) „Ich mußte mich doch vorstellen bei der Staffel. Ehrlich gesagt, ich kam nicht ganz mit, was alles gespielt wurde, und dann dümmerte mir alles.“ (Hörten Sie Stimmen?) „Stimmen?“ (Hörten Sie Gespräche?) „Man hat immer etwas munkeln hören; aber ich habe mich nicht darüber aufgehalten.“ (Wie war es in Berlin?) „Ganz interessant. Ich kannte Berlin ja nur vom Flug und jetzt kam ich dorthin und wurde dem Führer vorgestellt. Zuvor hatte ich einen anderen Eindruck von ihm gehabt: einen herrischen; aber man muß staunen: einen sehr zuvorkommenden. Man bekommt ein ganz anderes Bild.“ (Was sagte denn Kesselring?) „Er hat mir das Eichenlaub überreicht und sagte mir, ich sollte ein tapferer Flieger werden, und klopfte mir dabei auf die Schulter, und ich dann weg.“ (Haben Sie Geräusche gehört?) „Nein, es war alles so stillschweigend, nur mein Bettnachbar wußte es, er hat immer gehorcht.“ (Die anderen wußten nichts, auch die Schwestern nicht. Ich habe nicht gewollt, daß alles an die große Glocke käme. Es wird noch alles früh genug bekannt werden.“ (Wollten Sie früher gerne Flieger werden?) „Ja, es war ja damals mein einziger Wunsch, doch es war mit Geld verbunden, und dann ging es nicht.“ (Dann mußte erst die Krankheit kommen?) „Die Krankheit hat es geschafft, sie war ganz gut.“ (Aber daß die Krankheit Sie gerade dazu gemacht hat?) „Ja, das weiß ich nicht!“ (Da hat man direkt auf Sie gewartet?) „Das glaube ich nicht, weshalb greift man sonst gerade auf mich zurück!“ (Wer mag denn den Vorschlag gemacht haben?) „Irgend jemand muß etwas gemacht haben; denn ich glaube nicht, daß sie es aus sich heraus gemacht hätten. Vielleicht später einmal, daß ich erfahre, daß der oder jener mir zu dieser Laufbahn verholfen hat.“ (Haben Sie einen hochgestellten Gönner?) „In meiner Heimat der Sohn einer Mühlenfirma, der muß jetzt Oberleutnant sein bei den Fliegern. Er hat zuerst die Segelfliegerei gehabt, um dann überzugehen zur Motorfliegerei. Ich habe die ganze Zeit nichts von ihm gehört, so daß ich nicht glaube, daß es von ihm kommt. So kann ich nicht glauben, daß er ihnen einen Vorschlag gemacht hat.“ (Können Sie wieder gut schlafen?) „Schlafen kann ich immer.“ (Empfindlich gegen Geräusche?) „Wenn ich etwas höre, bin ich sofort wach.“ (Durst?) „Ja, man gewöhnt sich dran.“ (Sind Sie von der Krankheit oder von der Fliegerei so schlapp?) „Jetzt von der Krankheit, ich kann doch nicht allein hineingehen.“ (An Ihre Fliegerei denken Sie nicht so viel?) „Mir kommt die Sache vor, als wenn sie alltäglich wäre. Es ist ein Beruf und damit fertig. Dann hat man seine Ruhe. Das kann mal schief gehen; aber man hofft das Beste.“ (Möchten Sie nicht lieber wieder Kraftfahrer werden?) „Nein, ich möchte da bleiben, wo ich bin. Ist doch etwas anderes als der billige Kraftfahrer. Was ist er denn? . . . Wie es immer so heißt: der billige Kraftfahrer.“ (Dann werden sie zu Hause staunen!) „Ich schreibe es ihnen nicht, wenn ich nach Hause komme, dann sehen sie es schon früh genug. Ich will nicht, daß Guirlanden aufgezogen sind, alles mit einem großen Pomp. Es gibt dann doch nur eine Sauferei.“ (Ich denke, Sie trinken ganz gerne?) „Ja, das ist jetzt vorbei.“ (Als Flieger müssen Sie solide sein?) „Ja, man muß immer die Gedanken zusammen haben. Dann steigt man mit einem schweren Kopf auf, dann hat man plötzlich einen auf der Hutschachtel, und bevor sie mir einen auf den Karton hauen, möchte ich lieber einem anderen drauf hauen.“ (Ja, dann sind Sie wieder da, wo Sie als Bergsteiger waren!) „Das mußte ich aufgeben, weil

ich soviel trank. Es ging nicht mehr.“ (Wollen Sie heiraten?) „Das ist ein Problem, ich möchte doch erst ein Mädchen kennenlernen. Die eine kann wirtschaften, die andere nicht. Zum Heiraten hat man immer noch Zeit. Die Gedanken kann man sich aus dem Kopf schlagen. Wenn man nachher nach Hause kommt und hat eine, der man sein ganzes Geld geschickt hat und die hat es ausgegeben, dann will man doch nicht gleich streiten.“ (Wie fühlen Sie sich denn jetzt?) „Sie meinen: in der neuen Sache? Für mich eine Freude. Ich bin auch richtig froh, daß ich so eine Staffel bekommen habe. Ich möchte selbst eine Maschine haben, mit der ich machen kann, was ich will.“ (Sie haben doch eine?) „Ja, ich möchte nur, daß ich eine Maschine ganz für mich allein habe, so daß ich sagen kann; ich steige auf und hole den Kerl runter.“ (Sie sind während Ihrer Krankheit schwindelig gewesen?) „Nein, ich war so vogelmunter. Es war selbst ein Wunder, daß ich mich so wohl gefühlt habe. Wir haben immer Zitronen gehabt, die wir „gefressen“ haben. Ich war immer prima im Schuß.“ (Sind Sie nie aus dem Bett gefallen?) „Nein, das wäre das Letzte . . das Allerletzte“. Hier fängt Pat. an zu lachen. „Das wäre auch so ein Abschuß gewesen.“ (Ich verstehe nicht, wie Sie das Metier so heimlich betreiben?) „Das wird dann nicht mehr so heimlich betrieben.“ (Das waren so Probeflüge?) „Man kann es annehmen; aber es weiß doch jeder. Nur das eine; ich sollte zu den Offizieren ziehen; aber ich liege hier ganz gut.“ (Zum Major ist es aber ein ziemlich großer Sprung!) „Ja, das war es.“ (Dann gehen Sie wieder ins Bett und ruhen Sie auf Ihren Lorbeeren aus!) „Ja.“ — Pat. ist zeitlich und örtlich orientiert. Im Vordergrund steht das euphorische Verhalten. Manchmal erscheint er sogar pffiffig, kichert in sich hinein. Wenn er auf irgendeinen Gedanken-gang gestoßen wird, welcher sich aus seinen Darlegungen naturgemäß ergeben muß, zu dem er aber noch nicht gelangt, improvisiert er etwas. Überhaupt zeigt er eine sehr lebhaft konfabulatorische Note. Auf der einen Seite hält er immer den Erklärungsgrund bereit, daß sich die Sache durch seine fixe Art habe geheim halten lassen, auf der anderen weist er darauf hin, in einem etwas großsprecherischen Ton, daß ja mittlerweile die Sache publik geworden sei. Man solle sich mit anderen Worten ruhig bei anderen erkundigen; für ihn sei das Ganze schon eine Sache schlichter Berufsausübung. Mit gespielter Gleichmütigkeit meint er auch, daß er für äußere Ehrungen nicht sonderlich eingenommen sei, knüpft überhaupt viel weniger an die Begleitumstände seiner letzten Erhöhung an als vielmehr einerseits an seine Jugendträume und andererseits an das überraschende Geschehen der ersten wahnhaften Eingebungen. Die anfängliche Ratlosigkeit, auch der Affekt des Überraschtseins, ist zurückgetreten. Er läßt jetzt alles weitere an sich herankommen. Aktuell sind für ihn eigentlich nur aus seinem wohl empfundenen Körperzustand sich ergebende Wünsche, sich draußen an der freien Luft etwas ergehen zu können. Nur, wenn von der neuen Maschine die Rede ist, die draußen stehen soll, regt sich in ihm ein wenig von sozialen Präntionen geleitetes Begehren als vielmehr eine Betätigungslust nach Art jungenhafter Basteleien. Seine ganze Haltung hat etwas kindlich Unbekümmertes. Neurologischer Befund: Hypotonie der Gliedmaßen, rechts noch etwas ausgesprochener als links. Rechtes Bein liegt in Pes-equinovarus-Stellung da. Rechts Ausbreitung der Reflexe bei Bestreichen der Fußsohle bis zur Hüftbeugemuskulatur, Andeutung von Fluchtreflex. Keine pathologischen Zehenreflexe. Sehnenreflexe rechts vermehrt ansprechbar, aber mit verringertem lokomotorischem Effekt. Bauchdecken- und Cremasterreflexe etwas herabgesetzt, dabei rechts gleich links. Beim Gehen pendelt der rechte Arm kaum mit. Grobe Ataxie beim Zeigefinger-Nasenversuch und noch mehr beim Knie-Hackenversuch, rechts mehr als links. Andeutung von Meningismus. Pat. ist körperlich sehr reduziert, das Aussehen ist fahlgelb. Das Fettpolster ist fast gänzlich geschwunden. Die Haut ist trocken und schilferig, die Augen zeigen etwas gläsernen Glanz. Die Mimik ist leicht grimassierend, besonders um den Mund herum. Vorwiegend sind manische Affekte angedeutet, das ganze Wesen ist linksisch und unbeholfen,

dabei vermehrte Bejahungsbereitschaft und Neigung zu Iterationen, besonders bei der Tonusprüfung, wo Tretbewegungen angeregt werden. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 19. 4. 42: Die Kameraden haben dem Pat. unter Eingehen auf seine Äußerungen ein Schreiben überreicht, nach dem er zum Inspekteur der Fliegertruppen mittlerweile ernannt worden ist. Pat. macht sich das gleich zu eigen, zieht aber sonst keine praktischen Folgerungen daraus. Als jetzt gefragt wird, was denn nun werden sollte, sagt er sofort, daß die Hauptsache für ihn sei, erst einmal raus zu kommen ins Freie, um sich körperlich zu kräftigen. Neben diesen ganz natürlichen Regungen bahnt sich jetzt wieder eine Reflektion auf den eigenen Zustand bei ihm an, insofern er mit einem Lachen meint, er käme sich wie besoffen vor. Er bemerkt dazu: „Man ist ja ganz zimperlich, wenn man raus kommt, die Glieder gehen ja nicht ordentlich mit.“ (Muß ich nun zu Ihnen „Herr General“ sagen?) „Ich bin nicht so zimperlich in dieser Beziehung.“ (Was sein muß, muß sein!) „Das verstehe ich ganz gut, doch so lange man nicht im Dienst ist, hoffe ich, daß das weggelassen werden kann.“ (Das meine ich auch!) „Jawohl.“ Pat ist zwar noch sehr suggestibel in der Richtung seiner Selbsterhöhungsideen, indessen ist es deutlich, daß diesen im wesentlichen keine reproduktive Kraft und noch viel weniger eine Bereitschaft zu praktischer Auswirkung zukommt. Es ist in diesem Sinne bezeichnend, daß er gerade, nachdem dies alles in seiner Gegenwart diktiert worden ist, keineswegs auf diese Komplexe zu sprechen kommt, sondern noch einmal an seinen Wunsch ins Freie zu kommen anknüpft. Er bringt das durchaus angemessen und bescheiden vor. Meint: das werde man wohl verstehen, wenn man das Bedürfnis habe, sich nach dem Mittagessen zu ergehen. (Ich will Ihnen einmal etwas sagen: heute gefallen Sie mir bedeutend besser als gestern!) „Vielleicht habe ich ein wenig besser geschlafen.“ (Haben Sie keinen abgeschossen?) „Ja, einen.“ (Dann haben Sie jetzt wieviele?) „117. Die Flak ballerte heute nacht ja aus allen Rohren; aber es war ein feiger Mensch bei der Mannschaft, der gab mit der 0,8 ein paar Schüsse ab, und die Schwester hat ihn selbst raus geholt. Er wollte auch seinen Anteil haben und war neidisch. Wurde aber zum Bodenpersonal kommandiert und bekam das Verbot, seine Waffe zu tragen.“ Der Fliegerangriff in dieser Nacht war durchaus real und zwar sehr erheblich. Wenn man den Pat. wieder auf sein altes Thema bringt, verliert sich seine Kritik wieder, und er kommt in eine Art Bramarbasieren hinein. Bemerkenswert aber ist, daß dabei die eigene Person schon etwas in den Hintergrund tritt, dafür irgendwelche Erlebnisse, welche andere fiktive Persönlichkeiten gehabt haben sollen, den Gegenstand seiner Einbildung ausmachen. (Ich finde Sie sehr viel gelassener! Diese geschwollenen Geschichten haben doch gar keinen Zweck, so sagt man doch in Bayern!) „Ja, das schon.“ (Ich sehe Sie schon wieder auf dem Kraftwagen sitzen.) Darauf lacht Pat. ganz belustigt und meint, das könne schon möglich sein. Das täte mir nichts ausmachen, den billigen Kraftfahrer zu spielen. Er würde noch ein wenig wankelmütig sein; aber das ginge schon in Ordnung. (Sie meinen, Sie wären mit dem Eichenlaub davon gekommen; ich sage: mit dem blauen Auge!) Dies amüsiert den Pat., und er meint, so schlimm sei das doch nicht gewesen. Volle Krankheitseinsicht besteht noch nicht. Das rein körperliche Befinden wird dabei bagatellisiert. Wenn man sich mit dem Pat. über andere Dinge unterhält, finden sich kaum Assoziationseinschläge in bezug auf die Wahnkomplexe. Nur, wenn man diese in ihrem Kern berührt, versteift er sich noch, und zwar gründet die pathologische Gewißheit sich auf sein Gespräch mit Göring selbst, welches offenbar ganz im Zentrum der akuten Psychose gestanden hat, besonders was die Vorstellung von der eigenen Person dabei angeht. Von irgendwelchen besonderen Taten weiß er nichts zu erzählen. Das Wahngeschehen ist so zu rekonstruieren, daß er zunächst aus seiner Schreckhaftigkeit heraus an irgendwelche Geräusche und Vorkommnisse angeknüpft, diese krankhaft verarbeitet hat und zwar zunächst in irgendwelcher einfachen Gegenwehr oder auch komplizierten Abwehrhandlungen, wie sie mit seiner Fliegerei gegeben sind. Mehr

und mehr sind dann seine Auszeichnungen und Beförderungen zum Gegenstand seiner psychischen Veränderung geworden, bis jetzt schließlich vorwiegend von anderen Personen in seinem Umkreis die Rede ist. Der eigentliche Akzent ist für ihn aber in zunehmendem Maße auf der Regung einfacher, natürlicher Bedürfnisse gelegen. Es bereitet sich bei ihm, wenn auch nicht eine Korrektur, so doch ein Abrücken von den psychotischen Inhalten vor, damit geht eine deutliche Beruhigung und Kräftigung einher. Pat. sieht sehr viel wohler aus. Zum Abschied sagt ihm der Referent, er solle doch an alles gar nicht mehr denken, und die Sache behandeln wie einen Traum, der einem noch anhängt. Pat. hat dazu wohl ein höfliches Lächeln. Es ist das aber offenbar nicht der richtige Weg, die Kritik in ihm zu befördern; denn er sperrt sich, indem sein Blick starr und abweisend wird. Plötzlich sagt er, ein Traum könne das wohl nicht gewesen sein. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 20. 4. 42: „Ich habe prima geschlafen, wie lange nicht.“ (War etwas los in der Luft?) „Ich weiß jetzt nichts, ich habe nicht einmal die Flak schießen hören.“ (Dann ist augenblicklich wohl für Sie Kampfpause?) „Scheinbar.“ Pat. lacht dazu mit einem Ausdruck von Verlegenheit. Er ist heute morgen nicht von selbst aufgewacht, sondern er ist erst von dem Sanitäter, der Fieber hat messen wollen, aufgeweckt worden. (Was ist eigentlich in diesen Tagen passiert?) „Blödsinn.“ (Was sagen Sie, Herr General?) (Was sind Sie denn?) „Obergefreiter bei dem Panzernachrichtenregiment . . .“. (Haben Sie etwas mit der Fliegerei zu tun?) „Das ist eine Frage der Zeit.“ (Doch nicht von einem Tag zum andern!) „Nein.“ (Was machen die Orden? Wie kamen Sie eigentlich dazu?) „Wenn einer Wahnideen hat, dann kann man sich das einreden.“ (Was war das Entscheidende: die Ideen oder der Traum?) „Das weiß ich nicht. Heute habe ich mir die Sache ganz anders überlegt, was das für Hirngespinnste waren.“ (Haben Sie Gesichte gehabt oder haben Sie sich hineingedacht?) „Ich habe mich so hineingedacht, bis ich jetzt gemerkt habe, daß alles Blödsinn ist.“ (Sie haben auch nachgedacht, wie das wohl sein könnte, oder mußten Sie sich noch immer vergegenwärtigen, was da ursprünglich gewesen ist?) „Wenn ich mich so richtig hineingedacht habe, so bin ich mir erst heute klar geworden, was das alles für Blödsinn ist. Ich meinte zwar, daß alles Wirklichkeit sei.“ (Was hat Sie mehr beschäftigt: das Erlebnis oder das Nachdenken?) „Das war immer ich.“ (Wodurch sind Sie von der Sache befreit worden?) „Mein Nachbar hat die ganze Zeit in mich hineingeredet, und so kam ich erst richtig zu mir. Denn allein, so glaube ich, wäre ich nicht so schnell zu mir gekommen.“ (Sind Sie zugänglich dem, was man Ihnen sagt?) „Jetzt weiß ich wieder, was los ist, und ich kann mir denken, wo ich hier bin.“ (Gestern waren Sie das aber noch nicht!) „Ja, das stimmt, da habe ich auf meinem Bett gesessen und darüber nachgedacht, und mein Kamerad fragte mich, was los sei, und der hat mir den Kopf gewaschen.“ (Sind Sie traurig darüber, daß alles so ganz anders gekommen ist?) „Nein, ich bin froh, daß ich die Krisis überwunden habe, und daß ich jetzt mein natürliches Leben führen kann.“ (Sind Sie überhaupt so veranlagt, daß Sie sich gerne in etwas hineindenken und nachher mittun?) „Das wüßte ich nicht.“ (Wann hat die Sache angefangen? Während des Fiebers?) „Fieberfrei war ich noch nicht.“ Es wird von ärztlicher Seite versichert, daß Pat. bereits fieberfrei gewesen ist, wie das auch den Beobachtungen bei anderen Fällen entspricht. (Waren Sie sehr schwach?) „Das schon, ich habe da ja überhaupt nichts gegessen, immer nur getrunken.“ (Haben Sie jetzt wieder Appetit?) „Ja ich könnte jetzt 3—4 Portionen essen.“ (Stimmung?) „Auch die kommt allmählich wieder zurück.“ — Pupillen zeigen eine erhebliche Anisokorie; die rechte ist etwas übermittelweit und größer als die linke. Pat. macht, trotzdem er wieder leidlich geordnet ist, das Bett naß. Die Mimik ist immer noch etwas leer und grimassierend. Das Hautkolorit ist fahl, die Conjunctiven sind leicht injiziert. Die Zunge ist auffallend rot. Die rechte Lidspalte ist etwas weiter als die linke. Es besteht auch Andeutung von Exophthalmus rechts. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

22. 4. 42: Pat. ist weniger euphorisch als noch vor 2 Tagen; dementsprechend wird er in höherem Maße auf seinen körperlichen Zustand aufmerksam. Er klagt über Schwerhörigkeit, seit gestern besonders, auf dem linken Ohr. Entotische Geräusche liegen nach seinen Angaben nicht vor. Die Krankheitseinsicht in Bezug auf die durchgemachte Psychose ist jetzt vollständig. Dabei zeigen sich auch jetzt keine Regungen von Verlegenheit mehr, sondern er sagt in ganz natürlicher Stellungnahme: er hätte eben gesponnen, und weist dabei auf einen anderen Kameraden im 2. Bett links seitwärts von ihm, dem es ähnlich gehe und der, wie sich ergibt, auch tatsächlich wahnhaftige Wunschideen und zwar in Gestalt einer an ihn gefallenen Stiftung von 4000 RM. erlebt. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 22. 11. 11 geborene Kraftfahrer bei einem Panzernachrichten-Regiment wurde am 20. 3. 42 auf der Fleckfieberstation aufgenommen, nachdem er 4 Tage vorher Kopfweh, Schüttelfrost, Erbrechen und Gliederschmerzen bekommen hatte. Bei der Aufnahme war die Milz schwach vergrößert. Ein Exanthem fand sich nicht. Es war nur eine Hypertrophie der Tonsillen beiderseits zu vermerken. Am 28. 3. ergab sich eine Kontinua bei Benommenheit, vor allem aber dauerndes Erbrechen. Am 30. 3. hielt die psychische Beeinträchtigung noch an. Bloß mit dem Erbrechen war es besser geworden. Am 4. 4. wurde der Weil-Felix mit 1:1600 eingetragen. Den Kreislauf fand man am 8. 4. „mäßig.“ Am 11. 4. trat im Verlauf von 2 Tagen Absinken der Kontinua zur Norm ein. Während er bis dahin ständig benommen gewesen war, fühlte sich Patient jetzt müde, aber sehr wohl. Am 15. 4. wurde eigens notiert, daß Patient keine Besonderheiten böte; am 18. 4. wurde er mir gezeigt, weil er am Tage vorher einige eigentümliche Äußerungen hatte fallen lassen.

Er wurde im Bett liegend angetroffen, konnte aber schon aufstehen, bemerkte zu seinen tatsächlich etwas klapperigen Bewegungen jovial: der erste Gang wäre immer etwas schlecht. Dazu erzählte er in flottem Ton; da hätte er in einem kleinen Nest gelegen, als plötzlich sein Wachmeister sich krank gefühlt und auch gleich an die 10 Liter Schnaps dagegen vertilgt hätte. Nach 4 Tagen wäre er ins Lazarett geschafft worden, wo er dann nach weiteren 3 Tagen zur großen Armee abberufen worden sei. Etwa 2 oder 3 Tage danach hätte er aber sich auch ganz schlapp gefühlt und gefiebert. Man hätte dann nicht lange gefackelt und ihn fortgeschafft, zusammen mit einem anderen Kameraden, der auch mit Fleckfieber behaftet sein sollte. Sie hätten dann noch auf der Krankensammelstelle rumgemurkst, und dann wären sie hierher gekommen. Patient wollte nun noch erzählen, was man alles therapeutisch mit ihm aufgestellt hätte, kam damit aber nicht ganz zurecht und meinte schließlich: in den nächsten Tagen wäre er nicht ganz bei sich gewesen. Er hätte auch nicht genau beobachtet, was um ihn herum vorgegangen wäre; nur daß er ständig Spritzen bekommen hätte, hätte er gemerkt. Kopfschmerzen hätte er nur die ersten Tage noch gehabt, dann hätte er dauernd geschlafen. Jetzt aber wäre er soweit, daß er sagen könnte, er wäre aus der Krisis. Tatsächlich war er auch schon seit 2 Tagen entfiebert.

Spontan sagte er von seinen Wahninhalten nichts, außer daß eine gewisse Kordialität, nicht gerade Distanzlosigkeit, in der Art sich zu geben, hervortrat. Auf Befragen meinte er dann, sich mit non-chalance zurücklehnend: Gewiß, er wäre Major gewesen, ihm selbst überraschend. Er wäre vorher zwar Kraftfahrer bei einem Panzernachrichtenregiment gewesen, hätte sich aber in der Zwischenzeit mit der Fliegerei beschäftigt: Krankentransporte mit der Ju. Anfangs hätte man ihn ja nicht zulassen wollen. Nun aber hätte er das Eichenlaub und die silberne und goldene Abschußspange, wäre von Göring empfangen worden, dem er auf die Frage, ob er einen Wunsch hätte, geantwortet hätte, daß er gern dahin möchte, wo etwas los wäre. Er hätte dann ein Schreiben mitbekommen mit dem Vermerk: erst nach Verlassen von Berlin zu öffnen. Darin hätte gestanden, daß er erst gesund werden müßte. Auf die Folgen solcher eigenmächtigen Entfernung aus dem Lazarett aufmerksam gemacht, bemerkte er wegwerfend, das wäre ihm gleich: er hätte schon über 100 Abschüsse. Ein paarmal hätte er freilich herunter gemußt, aber innerhalb der deutschen Linien, und es käme auch noch etwas hinzu. Möglich, daß er noch die Brillanten bekäme. Wick hätte sie ja auch. Heute wäre übrigens eine ganz neue Maschine angekommen, da müßte er jetzt aber raus, um sie sich anzuschauen und auszuprobieren. Auf die Frage, ob er sich schon kräftig genug fühlte, erwiderte er leicht hin, in der frischen Luft wäre das schon etwas ganz anderes, und in der Maschine hätte man einen Halt, ganz anders, als wenn man selbst ginge: er fühlte sich dann auch nicht mehr müde. Die Nerven wären dann im Gegenteil angespannt, nicht so träge wie jetzt, wo er die Gedanken nicht zusammennehmen könnte.

Bei der genaueren Exploration bot Patient ein durchaus konfabulatorisches Verhalten. Was er im einzelnen noch an besonderen Erlebnissen vorbrachte, hielt sich dabei ganz an den Inhalt von Filmwochenschau und Heeresbericht, nur daß er selbst in die Reihe der gezeigten und genannten Persönlichkeiten rückte. Wick, der vor kurzem den Fliegertod gestorben war, schien eine zentrale Rolle für ihn zu spielen, als Vorbild und auch als Vorgänger, dem er keine Schande machen durfte, jetzt nachdem er — wie ja übrigens auch sein forscher Feldwebel, der das Fleckfieber mit 10 Liter Schnaps zu bekämpfen gesucht hatte — zur großen Armee abberufen worden sei. Seine eigenen fliegerischen Ruhmes-taten datierten im wesentlichen von seiner Krankheit ab. Vorher war es nur das Transportflugzeug, welches er ab und zu glaubte, gesteuert zu haben, höchstens daß mit Inanspruchnahme seiner Suggestibilität doch noch einige 35 Abschüsse herauskamen. Aber dann des Nachts im Lazarett war in der Luft etwas los, und schon saß er in der Maschine und wehrte den feinlichen Angriff ab! Nur der Bettnachbar wußte um sein Doppelleben: als braver Patient am Tage und als nächtlicher Fliegerheld. Auf akustischem Gebiet spielte sich nur wenig Halluzinatorisches

ab: es ging alles heimlich und ganz geräuschlos. Willentlich hat sich Patient nicht in die Vorgänge hineingeträumt, sondern mit einem Mal fand er sich, zu seinem eigenen Erstaunen, in diese Lage versetzt: „Es war ein Schlag auf einmal, und dann kann man verstehen, wie einem zumute ist.“ Er war versucht, alles zunächst für Bluff zu halten. Auch nach außen hin spielte er einfach den Wissenden, tat nicht weiter überheblich, nur etwas leutselig: Er bemerkte: „Es ist ein Beruf und damit fertig!“ Beim Urlaub zu Hause wollte er auch keine Guirlanden und zwar mit der für ihn charakteristischen Begründung, daß das dann mit einer großen Sauferei endete. Bei der Fliegerei mußte man seine Gedanken zusammenhalten, sonst hätte man droben „plötzlich einen auf der Hutschachtel.“ Früher wäre er Bergsteiger gewesen; aber dann hätte er immer „hübsch getankt,“ und so wäre es vorbei damit gewesen! Für die dünnen Biere ist er nie gewesen. Der Hang zur Fliegerei geht nach seinen Angaben zurück auf die Jugendzeit, wo ein Mühlenbesitzerssohn in seinem Dorf, im Gegensatz leider zu ihm, eine solche Ausbildung sich leisten konnte. Er selbst hat dann gebastelt und sich später intensiv mit Maschinenbau beschäftigt. In seiner freien Zeit las er Bücher darüber, keine Liebesromane. Eine Frau meinte er immer noch bekommen zu können. Er trug aber aus Frankreich ein kokettes Kettchen um das Handgelenk.

Neurologisch fand sich: Pesequinovarus-Stellung rechts, Hypotonie der Gliedmaßen, rechts noch etwas ausgesprochener als links, Ausbreitung der Reflexe bei Bestreichen der Fußsohle bis zur Hüftbeugemuskulatur, auch Andeutung von Fluchtreflexen, Sehnenreflexe rechts erleichtert ansprechbar bei verringertem lokomotorischem Effekt, Bauchdecken- und Cremasterreflexe etwas herabgesetzt ohne Seitendifferenz. Fast fehlende Mitbewegung des rechten Armes beim Gehen, grobe Ataxie, rechts noch mehr als links. Leichter Meningismus. Glasiger Glanz der Augen. Leichtes Grimassieren. Bejahungsbereitschaft und Neigung zu Iterationen. Auslösung von Tretbewegungen bei der Prüfung der passiven Beweglichkeit. Reduzierter Ernährungszustand, trockene und sich abschilfernde Haut.

Am 20. 4. hatte Patient zum erstenmal die Nacht ganz fest geschlafen, wachte mit völliger Krankheitseinsicht auf, bezeichnete die geschilderten Vorkommnisse und seine bisherigen Einbildungen kurzweg als „Blödsinn,“ von dem er auflachend, aber auch mit dem Ausdruck der Verlegenheit abrückte. Am Tage vorher glaubte er noch im Anschluß an einen Scherz, den sich Kameraden durch Überreichen einer entsprechenden Mitteilung mit ihm erlaubt hatten, Inspekteur der Flieger geworden zu sein. Sein Bettnachbar hatte aber am Abend „auf ihn eingeredet“ und „ihm den Kopf gewaschen.“ Er sagte abschließend: „Ich bin froh, die Krisis überwunden zu haben, und daß ich jetzt mein natürliches Leben führen kann.“ Patient konnte nun wieder 3—4 Portionen essen, während ihm

vordem jede Speise widerstanden hätte, bei krankhaftem Durst indessen. Körperlich war noch die Anisokorie hervorzuheben: rechte Pupille weiter als die linke, auch übermittelweit, es bestand zudem rechts leichter Exophthalmus und Lidspaltenerweiterung. Die Mimik wirkte auch etwas leer und grimassierend. Am 22. 4. war Patient weniger euphorisch als vordem; er beobachtete seine körperliche Schwäche mehr, klagte nun auch über Schwerhörigkeit, besonders links, seit dem Vortage. Die Rekonvaleszenz machte dann schnelle Fortschritte.

Man wird bei diesem expansiv-konfabulatorischen Syndrom besonders dem Alkoholismus in der Vorgeschichte Rechnung tragen müssen, nicht zuletzt im Sinne der Stigmatisierung einer bei aller Begabung doch labilen Persönlichkeit. Eine, wenn auch leichte, Schilddrüsenbetontheit ist gleichfalls in diesem Sinne zu vermerken. Die psychologischen Ingredientien sind teils von bloß pathoplastischer Bedeutung, teils aber auch von dynamischer, insofern prämorbid Konflikte: häusliche Enge — Fliegerausbildung, Bergsteigerehrgeiz — Vorliebe für bayrisches Bier, sich in den Fieberphantasien ausgeglichen haben. Dazu kommt der schon in der Jugend vorhandene Sinn für Basteln, welcher späterhin in dem Beruf als Mechaniker seine Betätigung gefunden hat, im Fieberwahn aber über die Aufgaben eines Kraftfahrers im Militärdienst hinaus sich im Ausprobieren von neuen Flugzeugtypen auslebte. Die neurologischen Störungen waren vor allem subcorticaler Art.

O. Gefr. L. K., geb. 11. 5. 20 (Fall 17) aus Alsdorf bei Schwäbisch-Gmünd, in einem Artillerieregiment. 2. 4. 42: Vorgeschichte: Seit 6 Tagen Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden, Heiserkeit, starker Husten, etwas Auswurf. Seit 4 Tagen Fieber bis zu 39,8. Stuhlgang angehalten. Befund: Kränkliches Aussehen. Mandeln und Rachen o. B. Deutliche Heiserkeit. Druckempfindlichkeit am Kehlkopf, besonders auf der rechten Seite. Kehlkopfspiegeluntersuchung: Das rechte Stimmband ist im hinteren Drittel verdickt und unscharf begrenzt, das rechte Taschenband geschwollen. Das linke Stimmband weist im hinteren Drittel eine zackige Verdickung auf. Die Hinterwand ist unscharf begrenzt, die Aryknorpelgegend entzündlich gerötet und geschwollen. Keine Beläge. Lungen: Klopfeschall überall regelmäßig. Gute Verschieblichkeit der Grenzen. Über beiden Lungen normales Atemgeräusch. Herz beschleunigte Tätigkeit, sonst o. B. Diagnose: Geschwürige Kehlkopfentzündung (Grundkrankheit?). Behandlung: Halswickel, Inhalation, Targasin. 3. 4.: Temperatur heute morgen 39,8. Klagt über starke Kopfschmerzen. An der Brust und an der Schulter einige hellrote Fleckchen. Über der Lunge spärliche bronchitische Geräusche. Keine Milzvergrößerung. 4. 4. Kriegslazarett Durchgangsstation. Kleinfleckiges Exanthem, Conjunctivitis, Kopfschmerzen, hohes Fieber sprechen für Fleckfieber, deshalb Verlegung nach dem Kriegslazarett... 5. 4.: Lunge: Giemen und Brummen. Beiderseits klingende Rasselgeräusche. Herz o. B. Milz vergrößert tastbar. Haut: Roseolen und Blutungsflecke. ZNS.: o. B. Benommen. 8. 4.: Nasenabstrich auf Di. positiv. Rachenabstrich negativ. Weil-Felix 1:1600 stark positiv.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung: 22. 4. 42: Wegen zunehmender psychischer Auffälligkeit, insbesondere eines unverständlichen Verhaltens bezüglich seiner Fieberkurve, die er immer forthaben will, wird Pat. dem beratenden Psychiater, Prof. Betzendahl vorgestellt. Pat. sieht sehr mitgenommen aus. Er ist

hohlwangig. Das Gesicht zeigt livide Rötung. Kein Turgor, die Haut ist trocken. Die Atmung ist oberflächlich und beschleunigt, auf etwa 28 pro Minute. Es besteht eine allgemeine Herabsetzung der motorischen Kraft, rechts erheblich mehr als links. Rechts ist er infolgedessen nicht imstande, das Bein zum Knie-Hackenversuch anzuheben. Beim Zeigefinger-Nasenversuch zeigt sich rechts grobschlägiger Tremor. Die Sehnenreflexe sind im allgemeinen gesteigert, rechts mehr als links. Beim Achillessehnenreflex finden sich klonische Nachzuckungen, rechts wie links. Auch sonst lassen sich Patellar- wie Fußklonus auslösen. Beiderseits positiver Babinski, rechts noch ausgesprochener. Rossolimo, Mendel, Gordon, Oppenheim beiderseits negativ. Der *Mayersche* Grundphalangenreflex ist beiderseits herabgesetzt, rechts noch etwas mehr. Bauchdeckenreflexe etwas abgeschwächt ohne deutliche Seitendifferenz, ebenso Cremasterreflexe. Sonst neurologisch o. B. Sprache etwas heiser und aphonisch, verlangsam. Mimik starr, deutet aber auf konstante depressive Stimmung mit ängstlicher Erwartung hin. Zuwendung zum Arzte prompt, dabei vertrauend. Er legt Verwahrung dagegen ein, daß man ihn mit seinem Namen anredet. Er heiße nicht Käfer sondern Eichbaum. Allerdings habe vor ihm einer, der Käfer geheißen habe, in seinem Bett gelegen. Dieser sei aber mit dem Lazarettzug in die Heimat gekommen. Er selbst habe kein Fleckfieber. Er sei überhaupt nicht krank, außer, daß sein rechter Fuß nicht in Ordnung sei. Seit 3—4 Tagen könne er seinen Fuß nicht mehr anziehen. Er könne auch nicht mehr gehen. Am Fuß habe der Käfer auch etwas gehabt. Seitlich tue es auch weh. Dabei zeigt Pat. auf die Hüfte. Zu sehen ist aber äußerlich nichts. Es handelt sich wohl um die Auswirkung der Parese, der Tonus ist dabei herabgesetzt. Auch krampfartige Erscheinungen treten weder objektiv noch nach seinen Angaben auf. (Wo sind Sie hier?) „Das ist ein deutsches Revier, wo die fleckfieberkranken deutschen Soldaten liegen. . Ich kann hier aber nicht bleiben, ich muß herunter, da ich sonst keine Krankheit habe.“ (Was ist da unten los?) „Kann ich sofort runter gehen oder morgen?“ (Wissen Sie nicht Bescheid?) „Ich weiß nur, daß der Arzt hoch schickt und Leute runter holt.“ (Was ist da los?) „Da unten sind sie alle zusammengekommen: Litauer, Lettländer, auch Russen sind dabei. Es dreht sich vor allen Dingen darum: ich möchte keinem zur Last fallen.“ (Sie sind doch kein Litauer?) „Doch, ich bin ein Litauer; deshalb stimmt ja auch der Nachname. Ich wurde immer Käfer gerufen, und ich habe ihn verweigert, weil ich dachte, ich käme herunter.“ Bei dieser Namensfrage tritt ein weinerlicher Affekt auf. (Was sind Sie von Beruf?) „Ich bin Installateur.“ (Was bin ich?) „Sie sind Oberarzt.“ (Sehen Sie einmal genauer hin?) „Sie haben 2 Sterne.“ Pat. weiß aber nicht, was das bedeutet. (Hat der Käfer irgendwie etwas verbrochen?) „Nein. Der Käfer hat seinen Mantel hier gelassen, und die blonde Schwester hat ihn in Verwahrung genommen. Er hat ihn aber wiedergeholt. Er ist jetzt in Schwäbisch-Gmünd, wo er im Reserve-Lazarett ist, weil er nicht mehr ordentlich mit seinem Fuß gehen kann. Als er seinen Mantel holte, sagte er zu mir, ich sollte meinen Namen sagen, das wäre doch nicht so schlimm, ich käme ja doch nicht raus. Er ist ein anständiger Mensch. . . Weil ich immer gedrückt wurde.“ (Nach Ihrem Dialekt sind Sie auch ein Schwabe?) „Ich war früher ein paar Jahre in Schwaben. Ich bin dann aber zurück zu meiner Mutter nach Marienburg gezogen, und von da sind wir dann nach hier gezogen. . . Ja, so kann es einem gehen. . . Lieber sterben, als solche Sachen mitmachen.“ (Was haben Sie mitgemacht?) „Ja, alles das hier und das schon ein halbes Jahr und bloß wegen eines blöden Namens.“ (Haben Sie irgendetwas verbrochen?) „Ich habe noch niemals etwas verbrochen in meinem jungen Leben und werde auch nichts verbrechen, lieber gehe ich wieder an die Front.“ (Wer steckt da eigentlich hinter?) „Vor mir lagen schon 2 hier, und ich bin als einziger hier geblieben, weil ich Deutscher sei, und habe dadurch die Leute gekränkt, bis ich zuletzt nicht anders konnte, und da habe ich meinen Namen gesagt. Die Hauptsache ist nur, daß ich heute oder morgen runter komme.“

(Weshalb ist denn das die Hauptsache?) „Weil ich dann nicht immer den Namen hören muß, weil ich sonst den Namen kränke.“ Hierbei erfolgt ein heftiger Tränenausbruch, die Stimme wird durch Schluchzen unterbrochen. (Aber Eichbaum ist auch ein guter deutscher Name?) „Stammt ja auch aus Marienburg. Er ist nach Marienburg gezogen, und mein Vater starb dort vor 7 Jahren.“ (Waren Sie zusammen mit dem Käfer in einer Kompagnie?) „Nein, ich war in Riga zur Kurzausbildung, habe mich dann aber zur Arbeit verpflichtet, nämlich Wasserleitungen zu bauen. Ich habe schön verdient. Jetzt muß ich immer an den Käfer denken, daß ich ihn kennen muß, womöglich komme ich dadurch in eine noch viel größere Schwierigkeit. Da stecken vielleicht noch 5 oder 6 andere dahinter, die sich auch hinter diesem Namen verborgen haben und die dann abgehauen sind . . . So haben sie dem Käfer eine Hose geklaut, so daß er sich eine neue hat machen lassen müssen, damit er wegfahren konnte.“ (Der einzig wirklich Kranke ist dann der Käfer?) „So scheint die Sache bald vollends. Der Käfer hatte dieses russische Fleckfieber und kam dann raus nach Deutschland und wurde dort ausgeheilt und kam dann wieder zurück, um seinen Mantel zu holen, und dann hat er ein paar Worte mit mir gesprochen. Ich soll mich recht wohl fühlen und bald wieder gesund werden. Dann hat er sich verabschiedet, und so liege ich hier.“ (Vor wie viel Tagen war das?) „Fragen Sie diese Schwester; die weiß Bescheid! Es war nach meiner Ansicht vor 4—5 Tagen, als dieser Lazarettzug hier war.“ (Auf den Namen Käfer reisen jetzt alle Drückeberger?) „Das weiß ich nicht, wo sich diese Drückeberger aufhalten, ob sie reisen oder ob sie sich noch in S . . . aufhalten. Sie haben ja keinen Paß. Käfer hatte seinen Paß, hatte alles, was er brauchte. Die anderen hatten nichts von ihm, genau so wie ich. Ich habe doch auch nichts von ihm, kein Soldbuch. Ich will ja, daß mein Name richtig eingesetzt wird.“ (Haben Sie ein Soldbuch?) „Nein.“ (Wie können Sie es glaubhaft machen, daß Sie Eichbaum sind?) „Das kann ich von meiner Mutter verlangen, die einen Stammbaum hat.“ (Was ist Ihre Mutter für eine geborene?) „Ziegler.“ (Sie liegen dann jetzt hier so als Hochstapler?) „Nein, wenn ich ein Hochstapler wäre, könnten Sie mich sofort erschießen. Ich kann runter gehen und den Stammbaum holen.“ (Ist Ihre Mutter unten?) „Meine Mutter ist noch unten, Unterweg 3.“ (Sie meinen unten im Tal?) „Ja.“ (Wie kommt Ihre Mutter nach S . . .?) „Weil ich hier gearbeitet habe, da ist meine Mutter mitgekommen, und wenn ich genügend verdient habe, dann gehen wir wieder fort.“ (Es ist doch ein wenig seltsam, daß ein Soldat seine Mutter mitnimmt?) „Es hat geheißen, daß wenn in S . . . der Krieg vorbei ist, ich hier arbeiten könnte. Da hat es denn geheißen, daß diejenigen, die noch eine Mutter haben, sie mitbringen könnten.“ (Ich denke, Sie wären Gefreiter bei der kämpfenden Truppe?) „Ich habe das nie angegeben. Der Käfer war Obergefreiter; er hat nur immer von der schweren Artillerie gesprochen. Er hatte nie gesagt, wo er wäre, und gar nichts.“ (Wo haben Sie ihn eigentlich getroffen?) „Ich habe ihn zum erstenmal gesehen.“ (Hat er Ähnlichkeit mit Ihnen?) „Ja, das weiß ich nicht. Es haben schon verschiedene Käfer zu mir gesagt. Entweder hat er 3 oder 4 verschiedene Gesichter oder er kann anderen sein Gesicht aufsetzen. Das weiß ich nicht. Aber es muß ja eingetragen sein, als er wegging.“ (Sie möchten Ihren Namen in Ihr Soldbuch eingetragen haben?) „Ich habe keins, ich kann mich auf Grund meiner Mutter ausweisen.“ (Haben Sie keinen Leberfleck oder irgendein anderes Zeichen an Ihrem Körper?) „Das müßte ganz neu sein.“ (Sie liegen hier als unbekannter Soldat?) „Das glaube ich, daß man als Hochstapler erkannt wird. Das mit dem Hochstapler ist mir noch nie passiert. So jung: 21 Jahre! Lieber sterben!“ (Haben Sie denn alle Ihre Sachen?) „Ich habe gar nichts, deshalb habe ich von vorneherein gesagt, der Arzt solle die Hose raufschieken.“ (Der Käfer hatte auch nichts?) „Doch, er hatte nur seinen Mantel hier hängen lassen, mit noch einigen anderen Kleinigkeiten. Mit was, weiß ich nicht. Das weiß aber die blonde Schwester.“ (Wielange liegen Sie schon in diesem Zimmer?) „7 Tage.“ (Welches

Datum haben wir?) „Das weiß ich nicht.“ (Ungefähr?) „Ich nehme an, daß wir Mai schreiben.“ (Welches Jahr?) „42.“ (Und der Ort?) „Das ist S . . . Obertal.“ (Waren Sie in Schwäbisch-Gmünd?) „Nur ganz kurz.“ (Ja, da ist der Käfer auch her?) „Nein, da ist er nur tätig.“ „Ich bin nur auf der Fahrt von Würzburg über Moskau nach Riga und von da nach Marienburg gekommen. Das war $\frac{3}{4}$ Jahr vor dem Krieg, weil ich meine Mutter nicht allein lassen wollte.“ (3×3?) „9.“ (718—29?) Sehr langes Nachdenken; schließlich hat er die Frage vergessen. Er kommt zu keinem Resultat. Nach einiger Zeit ist die Aufgabe auf einmal wieder da; er bringt sie aber nicht zustande. (gez. Prof. Betzendahl.) 23. 4. 42: Nach dem Bericht des Stationsaufsehers hat er heute morgen in Anknüpfung an die gestrige Frage des Referenten, ob es sich da nicht um einen Hochstapler bei ihm handele, gleich beim Betreten des Zimmers durch ihn gefragt, ob er verhaftet werden solle; denn gestern hätte es doch von seiten des Referenten geheißen, er hätte sich in dieser Weise strafbar gemacht. Außerdem erzählt die Schwester, daß er sie sehr dringlich gebeten habe, nun doch endlich auf der Fieberkurve über seinem Bett statt Käfer Eichbaum zu schreiben. Pat. machte heute einen etwas gekräftigten Eindruck und erscheint auch psychisch freier. Die Zuwendung ist prompter, die Fragen werden leichter und schneller aufgefaßt. (Hat der Käfer nichts von sich hören lassen?) „Nein, ich stehe ja nicht in brieflicher Verbindung mit ihm, und ich weiß ja nicht, was ich ihm schreiben soll. Ich nehme ja an, daß Sie die Sache in die Hand genommen haben und erledigen. Vielleicht gibt es etwas Gerichtliches. Er war, soviel ich weiß, doch schon bei Ihnen.“ (Nein, ich nehme das nicht in die Hand! Ich nehme an, daß Sie den Käfer auf die Sachlage aufmerksam machen!) „Wie soll ich das machen?“ „Ich weiß seine Adresse nicht genau.“ (Aber doch so ungefähr?) „Ich weiß, daß er von Altdorf ist, in der Nähe von Schwäbisch-Gmünd.“ (Vielleicht kann man seine Angehörigen verständigen?) „Wenn Sie die Heimatadresse wissen. Die muß doch feststellbar sein.“ (Frau Käfer ist doch Ihre Mutter?) „Meine nicht, meine ist Frau Eichbaum.“ (Ihre Mutter ist Frau Käfer, wenn ich es Ihnen sage!) „Nein, das ist unmöglich.“ (Wie sieht die Frau Käfer aus?) „Ich weiß es nicht, ich habe sie nie gesehen. Ja, damals nur auf der Durchreise durch Schwäbisch-Gmünd. Aber da habe ich den Käfer noch nicht gekannt. Ich kenne ihn ja erst seit hier, und zwar kurz bevor er wegkam.“ (Sie sind doch kein Litauer? Sie sind doch Schwabe?) „Ich bin kein Schwabe, das meinen Sie nur. Wenn man 1 Jahr in Schwaben gewesen ist, dann nimmt man sehr schnell die Sprache an. Und hier unten liegt noch ein Kamerad von mir, auch ein Litauer, vielleicht können Sie bei ihm Auskunft holen.“ (Haben Sie Kopfschmerzen?) „Nein.“ (Beschwerden irgendwelcher Art?) „Nein, gar nicht . . . mit meinem Fuß . . . Das macht nur, weil ich meine Haare geschnitten habe, das wollte mein Vater. Alle 6 Wochen: dann mußten sie runter, und deshalb denken Sie vielleicht, daß ich Käfer bin.“ (Vater Eichbaum und Vater Käfer sehen sich sehr ähnlich?) „Da fragen Sie mich zuviel, der Eichbaum hat den Käfer nicht gekannt. Ob sie sich untereinander geglichen haben, das weiß ich nicht.“ (Wo ist der Eichbaum zur Schule gegangen?) „Ich in Marienburg mit meinem Kameraden da unten zusammen, der da unten im Glashauss liegt. Den können Sie auch fragen.“ (Objektiv ist weder solch ein Kamerad noch ein Glasraum vorhanden. — (Vielleicht werden Sie mit diesem Kameraden verwechselt?) „Das glaube ich nicht.“ (Was haben Sie sonst so für Interessen?) „Jetzt vor allen Dingen: wieder zurück nach Marienburg. Früher war es mein Beruf: Installateur.“ (War der Käfer auch Installateur?) „Das weiß ich nicht, da müssen Sie ihn selbst fragen . . . durch die Gewerbeschule sozusagen durch die Fortbildungsschule.“ (In Schwäbisch-Gmünd?) „Nein, es kam damals raus, daß jemand nach Deutschland fahren könnte, mein Kamerad sollte hin, er erkrankte aber, und ich sollte dafür fahren.“ (Was hat der Mann im Glashauss?) „Das weiß ich nicht, ich habe noch nicht mit ihm gesprochen.“ (Trotzdem wissen Sie so genau über ihn Bescheid?)

„Das ist alles von Marienburg her. Der da unten liegt, das ist derselbe Kamerad.“ (Dann haben Sie ja alles nur durch den Arzt erfahren?) „Ich habe viel durch Sie gehört, z. B. daß ich ein Hochstapler bin. Ich habe weiter ein leises Weinen bekommen, vielleicht werde ich bestraft oder eingesperrt.“ (Aber Sie meinen doch einen anderen Arzt?) „Der Arzt hat gesagt, daß da unten ein Kamerad von mir liegt.“ (Sie wissen doch eine ganze Menge von ihm?) „Ich weiß, daß wir zusammen zur Schule gegangen sind und allerlei Streiche ausgeführt haben.“ (Trotzdem haben Sie nicht mit ihm gesprochen?) „Er war nicht mein rechter Freund, ich habe nur des Sonntags mit ihm zusammengesessen.“ (Hat die Landschaft von Marienburg Ähnlichkeit mit der von Schwäbisch-Gmünd?) „Nein, die Landschaft nicht.“ (Als Sie nach Rußland kamen, sind Sie durch Marienburg gekommen?) „Ich kam ja schon lange vor dem Krieg nach Marienburg und von da kam ein Schwung Arbeiter nach S . . .“ (Dann sind Sie ja kein Soldat gewesen?) „Nur 14 Tage. Ich habe eine Kurzausbildung mitgemacht.“ (Käfer! Kommen Sie doch einmal zu sich!) „Ich heiße nicht Käfer!“ (Sie sind doch ein braver deutscher Soldat!) „Nein!“ (Mit welchem Gewehr sind Sie ausgebildet worden?) „Mit so einem litauischen Gewehr.“ (Das scheinen Sie gar nicht so genau zu kennen?) „Das will ich auch nicht.“ (Was hat denn der Käfer von der schweren Artillerie erzählt?) „Er hat nur gesagt, daß er bei der Artillerie sei.“ (Sie sind doch gewiß Richtkanonier?) „Wo soll ich denn das gewesen sein? Der Käfer hat nie etwas erzählt und ich wollte dann auch nichts wissen.“ (Wie schlafen Sie nachts?) „Schlecht. So gegen Morgen schlafe ich erst ein.“ (Haben Sie viel Träume?) „Nein.“ (Wann wurde es Ihnen dann klar, daß Sie mit einem anderen verwechselt wurden?) „Vor 6—7 Tagen.“ (Haben Sie das mit einem Schlag gemerkt?) „Ich habe die Kurve runter genommen von diesem Käfer.“ (Haben Sie viel Durst?) „Ja, trinken kann ich immer viel.“ — Pat. trinkt auch mit einer gewissen Gier. — (Wie heißt der Eichbaum mit Vornamen?) „Karl.“ (Und der Käfer?) „Ludwig.“ (Für uns sind Sie Käfer Ludwig!) „Das ist nicht wahr!“ Pat. ist jetzt ganz euphorisch und aufgeräumt. „Wenn er kommt, dann können Sie sich überzeugen; denn er hat seine Papiere.“ (Sie sind ja dann Prinz Vogelfrei!) „Meine Mutter hat ja meine Papiere.“ (gez. Prof. *Betzendahl*.) 25. 4. 42: (Wie heißen Sie denn?) Pat. antwortet mit einem Lächeln: „Käfer.“ (Wie sind Sie eigentlich auf den Namen Eichbaum gekommen?) „Das weiß ich selbst nicht, wie ich auf diesen Namen gekommen bin.“ (Kennen Sie irgendeinen dieses Namens?) „Mir ist keiner bekannt.“ (Haben Sie früher schon einmal solche Zustände gehabt, wo Sie sich ganz fremd vorgekommen sind?) „Nein, ich war früher nie krank . . . In der Schule habe ich einmal eine kleine Aufführung mitgemacht. Diese Sache hat mir aber nicht richtig imponiert.“ (Sind Sie im Umgang so, daß Sie Leute aufziehen?) „Das habe ich öfters gern getan. Das ist dann aber auch schnell zurückgegangen. Ich habe die anderen Kameraden, wie man es so allgemein tut, gerne über Mädchen aufgezo-gen; aber die Sache war dann wieder hinfällig. Meistens hatte man bei dieser Gelegenheit ein bißchen Bier getrunken und zwar schon so ein bißchen drüber weg. Aber das kommt jetzt ja nicht vor, daß man 10 Glas hat, obwohl ich sie auch jetzt trinken würde, wenn ich sie hätte.“ (Haben Sie gerne ein bißchen getrunken?) „Zu Hause hatten wir eine Wirtschaft, und wenn ich abends zu Hause war, dann habe ich immer ein paar Glas getrunken, eigentlich richtig getrunken habe ich nicht, da ich ja Motorrad fuhr.“ (Wie wird Ihnen denn nach Alkohol?) „Er ist mir immer gut bekommen, doch zu Ausschweifungen ist es nie gekommen, daß ich z. B. Streit angefangen habe. Ich bin meistens mit Mädchen zusammen gewesen. Viel unter Kameraden mochte ich nicht sein, denn das wird mir zu teuer.“ (Haben Sie schon eine Braut?) „Ja, ich habe schon eine, bin aber nicht verlobt. Ich habe so ein Mädchen, das man sich für später raus-gesucht hat.“ — Pat. ist heiter und bemerkt schließlich: „Ja, es ist ganz kolossal mit mir gewesen!“ (Was fällt Ihnen jetzt noch auf?) „Momentan fällt mir gar

nichts auf, nur das eine, daß ich nachts nicht schlafen kann, dann fängt der Fuß wieder an, aber sonst kann ich nicht klagen. Heute Nacht war wieder alles in Ordnung, und auch gestern nacht. Ich kann oft 1 Stunde schlafen.“ (Sind Sie sehr schreckhaft?) „Schreckhaft bin ich nicht.“ (Fühlen Sie sich matt?) „Ja.“ (Empfindlich gegenüber Licht und Geräuschen?) „Nein, das sind wir hier an der Front gewohnt geworden.“ — Die Temperatur bewegt sich beim Pat. kontinuierlich auf etwas über 37, ohne wesentliche Tagesschwankungen. (Können Sie gut atmen?) „Prima“! (gez. Prof. *Betzendahl*.) 26. 4. 42: Pat. hat immer noch leichte Temperaturbewegungen zwischen 37 und 38. Der Puls ist dabei frequent und um 110 pro Minute. Schläft nach seiner Angabe nur sehr kurz und oberflächlich. Jeweilige Geräusche um ihn herum stören ihn sehr, so z. B. der Neuzugang einiger Patienten. Er versichert, daß er an die vorigen Geschichten gar nicht mehr denke. Nur dann, wenn er sich geradezu in die Sache vertieft, weiß er noch etwas, aber das hat er in der letzten Zeit nicht mehr getan. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 28. 4. 42: Die heutige Prüfung der Krankheitserinnerung ergibt, daß er nur noch einige allgemeine Eindrücke zurückbehalten hat. Dagegen hat er nur ein ungläubiges Lächeln, als man ihm erzählt, daß er damals nichts von Kanonen habe wissen wollen. Jetzt kennt er die Kanonen wieder, auch die Haubitzen, und sagt dazu: „Ich bin ja doch bei der Artillerie.“ (Sie haben ja gesagt: wie sollten sie als Arbeiter zu einem Soldbuch kommen, man sollte Sie ins Untertal hinunterlassen, wo ihre Mutter wohnte, die hätte einen Stammbaum.) „Daran kann ich mich nicht erinnern.“ (Der Eichbaum hatte doch einen Fraß an der linken Seite. Wie steht es mit ihm?) „Das weiß ich nicht. Aber sonst geht es mir gut.“ — Als eigentliches Kriterium, daß er nicht der Eichbaum sondern der Käfer ist, stellt er hin, daß er sich beim Vespere ja einmal in den Finger geschnitten hatte und ihn dabei so verletzt habe, daß er krumm geblieben sei, und weiter, daß er nach einem Motorradunfall eine Versteifung des rechten kleinen Fingers davon getragen habe. Hier schildert er noch einmal mit aller Eindringlichkeit, wie damals morgens sein Blick auf die Hände gefallen sei, und er nun sich gesagt habe, daß er danach nicht der Eichbaum sein könne, denn wie könne der Eichbaum dieselben Merkmale tragen wie der Käfer! — Pat. hat zur Zeit in der rechten Trochantergegend einen Spritzenabsceß, der heute morgen gespalten worden ist. Die Temperaturbewegungen zeigen noch leichte Erhöhungen, die aber nicht über 38 hinausgehen. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der Obergefreite von der schweren Artillerie, geboren am 11. 5. 20 in Schwäbisch Gemünd, wurde am 2. 4. 42 im Lazarett aufgenommen, nachdem er seit 6 Tagen Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden, Heiserkeit, starken Husten mit Auswurf und seit 4 Tagen Fieber bis zu 39,8 gehabt hatte. Der Stuhlgang war angehalten. Er sah krank aus. Mit Spiegel war bei dem besonders rechts druckschmerzhaften Kehlkopf eine Verdickung und unscharfe Begrenzung des rechten Stimmbandes im hinteren Drittel mit Schwellung auch des Taschenbandes sichtbar. Das linke Stimmband wies im hinteren Drittel eine zackige Verdickung auf, unter unscharfer Begrenzung der Hinterwand; ferner fand sich eine entzündliche Rötung und Schwellung der Aryknorpelgegend. Die Herztätigkeit war beschleunigt. Am 3. 4. war die Temperatur wieder 39,8. Patient klagte über starke Kopfschmerzen. An der Brust und an der Schulter zeigten sich einige hellrote Flecken. Es waren spärliche bronchitische Geräusche zu hören. Am 4. 4. wurde bei der Verlegung in ein Kriegslazarett ein kleinfleckiges Exanthem bei Conjunctivitis und Kopfschmerzen, sowie hohem Fieber konstatiert und

nun mit der Diagnose: Fleckfieber die Einweisung in eine Spezialstation veranlaßt. Hier war nun auch die Milz als vergrößert tastbar. Die Haut bot Roseolen und Blutungsflecke. Über der Lunge wurden Giemen und Brummen, aber auch vereinzelte klingende Rasselgeräusche festgestellt. Patient war benommen. Am 8. 4. war der Nasenabstrich auf Di. positiv, der Rachenabstrich negativ, der Weil-Felix mit 1:1600 positiv.

Am 22. 4. 42 wurde der Patient mir gezeigt, weil er seit einigen Tagen psychisch auffällig geworden war. Insbesondere verstand man nicht, was er gegen seine über seinem Bett angebrachte Fieberkurve hatte, die er immer beseitigt haben und schließlich selbst vernichten wollte. Er hatte immer noch etwas Fieber, nachdem das typisch akute Stadium des Fleckfiebers und auch längst die Di. vorbei waren. Die Temperaturen bewegten sich in ganz regelmäßiger, jeweils nicht zu erklärender Folge um 37,5 und 38 herum. Zunächst fiel eine rechtsseitige spastische Hemiparese auf, welche nach Angaben des Patienten schon 3 oder 4 Tage bestehen sollte. Dazu kamen Tonusstörungen auch im Sinne von Tremor bei Bewegungen sowie tetanoiden Versteifungen für 1—2 Min. jeweils, zumal im Bereich der Hüftmuskulatur. Die Sprache war heiser und aphonisch; vor allem aber war sie verlangsamt. Die Mimik war starr, aber nicht leblos, trug ängstlich-gespanntes Gepräge. Dabei war die Zuwendung nicht nur ausreichend, sondern sie schloß darüber hinaus eine verzweiflungsvolle Bereitschaft, sich anzuvertrauen und geradezu anzuklammern, in sich. Er bat, ihn doch nicht mehr mit „Käfer“ anzureden; er hieße doch nicht so, sondern „Eichbaum.“ Allerdings hätte vor ihm ein Soldat dieses Namens in diesem Bett hier gelegen, sogar auch mit einem kranken rechten Fuß; aber der wäre ja fleckfieberkrank gewesen, er jedoch nicht. Im übrigen gehörte er als litauischer Arbeiter hier nicht her, da es sich doch um ein deutsches Fleckfieberrevier handelte. Er wollte „in keinem Fall jemandem zur Last fallen“ und vor allem nicht „den Namen Käfer kränken.“ Käfer wäre „ein Mann von der kämpfenden Truppe“, den er einmal in seinem Leben gesehen hätte und zwar, als er vor einigen Tagen nach seiner Rückkehr von Schwäbisch Gemünd, wo er ausgeheilt worden wäre, noch einmal vorbeigekommen wäre, um sich bei der „blonden Schwester seinen Mantel abzuholen.“ Als er seinerzeit mit dem Lazarettzug weggekommen sei, hätten ihm „andere seine Hose geklaut“ und wären danach — 5 oder 6 Mann steckten dahinter — „auf seinen Namen als Drückeberger auch noch abgehauen.“ Der Käfer aber hätte sich noch eine neue Hose machen lassen müssen, um nur fortzukommen. Über alles das wüßte die blonde Schwester Bescheid, die aber nur den Mantel Käfers und noch einige andere Kleinigkeiten bis zu seinem Wiedervorsprechen hier gehabt hätte. Er für seinen Teil hätte immer wieder, indessen vergeblich, vom Arzt verlangt, er solle ihm seine — „Eichbaums“ — Hose heraufschicken. Während bezüglich „Käfers“ die blonde Schwester — übrigens eine hübsche Laborantin —

im Mittelpunkt stand, berief er sich zum Nachweis seines Wohnortes und seiner Herkunft als „Eichbaum“ immer wieder auf seine Mutter. Sie hätte er von Marienburg nach S . . . , wohin er wegen der Verdienstmöglichkeit als Installateur für die Dauer des Krieges sich verpflichtet hätte, nachkommen lassen. Sie hätte den Stammbaum. Ein Soldbuch existierte aber natürlich nicht.

Am folgenden Tage war das Bild schon durchaus nicht mehr das gleiche. Er sah weniger hohlwangig aus und erschien auch als etwas freier. Man merkte, daß er sich schon etwas mit der ihm selbst als fragwürdig erscheinenden Situation kritisch auseinanderzusetzen vermochte. Indessen waren es doch mehr oder weniger fertige Gedankengebilde, mit denen Daten seiner persönlichen Vergangenheit ihm zu Bewußtsein kamen, dabei sich aber auch wieder auf einen anderen, „den Mann im Glaskasten unten,“ bezogen. Ließ er schon auf den Käfer, den am russischen Fleckfieber erkrankten Obergefreiten von der schweren Artillerie aus Altdorf bei Schwäbisch-Gmünd, nichts kommen, außer daß er die Vermutung aussprach, daß er wohl „mehrere Gesichter habe“ oder diese auch anderen, wie auch ihm, aufsetzen könnte, so war dieser sogar sein Freund. Er war ein Schulkamerad von ihm, und Sonntags hatten sie gemeinsam ihre Streiche verübt. In der Gewerbeschule späterhin sollte vor dem Kriege Einer zur weiteren Ausbildung nach Württemberg geschickt werden. Eigentlich war der andere ausersehen. Da dieser aber erkrankte, kam er an die Reihe. So kam es, daß er sich ein wenig dort hatte umsehen können und so auch etwas die schwäbische Mundart angenommen hatte. Wieso der Landsmann jetzt auch auf einmal wieder da war, nahm er als ziemlich selbstverständlich hin: er war wohl mit dem ganzen Schwung von „litauischen Arbeitern“ gekommen und „unten“ untergebracht, wo es, *re vera*, übrigens nichts weiter gab, außer daß ringsum einige arbeitende Gefangene zu sehen waren. Von militärischen Dingen wußte Patient angeblich so gut wie nichts, da er ja auch nur zu einer „Kurzausbildung“ von 14 Tagen mit so „einem litauischen Gewehr“ einmal eingezogen worden wäre. Nur der „Käfer“ hätte mal etwas von der schweren Artillerie gesagt. Vom Käfer wurde im übrigen einstweilen nur, zur Erklärung des Irrtums der Umgebung, bemerkt, daß vielleicht durch das kurze Abschneiden der Haare jetzt, wie es bei ihm früher als Junge der Vater alle 6 Wochen gewollt hätte, die Gefahr einer Verwechslung herbeigeführt worden wäre.

Am 25. 4. war Patient wieder örtlich, zeitlich und auch persönlich genau orientiert. Es kam heraus, daß er niemals einen Mann namens Eichbaum gekannt hatte und daß er in Marienburg, überhaupt in der dortigen Gegend, nur von der Truppe aus im Kriege gewesen war. Die eigentümliche scheinbare Besonnenheit vordem hatte Ärzte und Sanitätspersonal allmählich doch schwankend gemacht und zu einer wiederholten Prüfung der Papiere und der Umstände der Lazarettaufnahme geführt.

Patient schilderte sich auf Befragen als einen von Haus aus etwas eigenwilligen Menschen, der keine Lust hatte, sein Geld mit öden Saufereien im Kreise von Altersgenossen wegzuworfen, der lieber Motorrad fuhr und vor allem sein Glück bei den Mädchen versuchte. Gegen Theater-spiele hatte er eine ausgesprochene Abneigung. Es bestanden vorerst noch, nicht weiter typische, Schlafstörungen bei leichter Temperatur-bewegungen. Beschwerden machten ihm im wesentlichen die auf Tonus-störungen hinweisenden Krämpfe und die Tremoranfälle im rechten Bein, besonders im Bereich der Hüftmuskulatur. Die aktive Beweglich-keit zeigte, wenn auch nur langsam fortschreitende, Restitutionstendenz im Verlauf der folgenden Tage. An die Erlebnisse der autopsychischen Desorientiertheit hatte er zunächst noch eine vage Erinnerung, ohne besonderes Revisionsbedürfnis indessen. Über eine gesteigerte Geräusch-überempfindlichkeit hatte er am 26. 4. zu klagen. Am 28. 4. rückte er nicht nur mit einem halb belustigten, halb aber auch betretenem Lächeln von den Wahnvorgängen ab, sondern machte von sich aus das Wieder-zusichkommen zum Gegenstand einer ganz genauen Analyse. Zufällig beim Händewaschen morgens war sein Blick auf die Verkrümmung zweier Finger rechts gefallen. Damit mußte er auch wieder an die beiden Unfälle denken, die dazu geführt hatten. So war in seinem Äußeren eine Marke für seine Identität gegeben, innerlich zugleich etwas Erlebnis-mäßiges, woran er sich — eben als der Käfer — halten konnte. Er rief emphatisch: „Wie kann der Eichbaum die gleichen Merkmale tragen wie der Käfer!“

Die Erscheinungen waren klinisch als amentuell zu bezeichnen. Lokali-satorisch erschien zunächst der Hirnstamm als betroffen. Außer in der Nucleus ruber-Gegend mußten auch Herde in den Corpora mammillaria (nach *Gamper*) sein. Dazu kam eine vorwiegend als Antriebsstörung, also als stammganglienbedingt, zu bezeichnende Dysphasie. Damit einher ging eine Depersonalisation, welche, neben der Auswirkung in zu all-gemeiner Desorientiertheit führenden diencephalen Störungen, speziell auf die Sphäre des propriozeptiven Erlebens (im Sinne *Kleists*) im Gyrus cinguli hinweisen. Die anatomische Grundlage ist nach alledem als ziemlich ausgebreitet zu denken. Mehr betroffen war die linke Hirn-hälfte, womit durch deren allgemein führenden Charakter (*Liepmann*) die Sprachstörung ihre besondere Komponente erhält.

Gefr. W. v. L., geb. 9. 4. 20 (Fall 18). 18. 1. 42: Aufnahmebefund: Bei der ersten Besichtigung des Pat. fällt er in einen Unruhezustand, schmatzt, wackelt mit dem Kopf. Die Augen sind geöffnet. Er spricht einige unverständliche Worte, bei denen unter anderen „Deutschland“ vorkommt. Zuerst reagiert er auf Auf-forderungen überhaupt nicht und scheint bewußtlos. Auf energischen Zuspruch kommt er dann den Befehlen, den Mund zu öffnen und die Zunge herauszustrecken, nach. Herz und Lunge, perkutorisch und auskultatorisch o. B. Milz nicht ver-größert fühlbar. Es besteht auf Brust und Rücken eine Acne necroticans. Von einem Exanthem ist sonst nichts zu sehen. Der Kneifreflex der Haut gibt keine Blutungsstellen. Kopf: Passiv frei beweglich. Es besteht keine Nackensteifigkeit.

Die Augenbewegungen sind frei. Kein Augenzittern. Die Pupillen sind seitengleich, mittelweit und reagieren prompt auf Lichteinfall. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Das Zähnezeigen zeigt keinerlei Zurückbleiben eines Mundwinkels. Der Rachen ist rechts stärker als links gerötet. Es finden sich auf beiden Seiten, links weniger als rechts, stecknadel- bis erbsengroße Ulcera, die zum Teil auf den harten und weichen Gaumen übergehen. Wahrscheinlich Aphthen. Arme: Die passive Beweglichkeit ist gut. Keine Tonusänderung. Der Finger-Nasenversuch ist regelrecht. Biceps- und Tricepssehnenreflex seitengleich auslösbar. Die Grundgelenkreflexe sind seitengleich positiv. Knips- und Schlagreflex an den Fingern seitengleich negativ. Bauchdecken- und Cremasterreflexe seitengleich gut auslösbar. Beine: Die passive Beweglichkeit ist gut. Keine Tonusänderung. Patellar- und Achillessehnenreflex seitengleich gut auslösbar. Babinski, Gordon, Oppenheim seitengleich negativ. Während der Untersuchung äußert Pat. verständlich und zusammenhängend: „Wenn die glauben, daß ich Simulant sei!“ Daraufhin wird er im Einzelzimmer vorgenommen. Auf energischen Zuspruch bringt man ihn dahin, selbständig aufzustehen. Er steht ohne Schwanken. Der vorher Bewußtloserscheinende geht plötzlich am Arm geführt allein in sein Bett zurück. Urteil: Es dürfte sich wohl um eine psychogene Reaktion handeln. Ob die Grundkrankheit lediglich in der Stomatitis aphthosa besteht, muß die weitere klinische Beobachtung ergeben. 19. 1.: Die Nacht und den Tag war der Pat. sehr unruhig, so daß Scopolamin gespritzt wurde. Temperatur abends 40. Blutsenkung 10/21 mm. Blutbild: Hb 81 %, Ery. 4,8, F. I. 0,83, Leuko. 5300, Eos. 2 %, Stabk. 1 %, Segm. 73 %, Lympho. 2 %, Mono. 1 %. Der Zustand ist unverändert, ebenso die psychogene Reaktion. 20. 1.: Pat. ist heute besser ansprechbar, er kommt Aufforderungen unmittelbar nach. Der Rachenbefund hat sich gebessert. Temperatur abends 38,5. Puls 104, regelmäßig. 21. 1.: Pat. ist in der letzten Nacht sehr unruhig. Er mußte verschiedentlich ins Bett zurückgebracht werden, ist ansprechbar. Zeigt aber im übrigen die gleichen psychogenen Reaktionen. Die Milzgegend ist druckempfindlich. Eine sichere Vergrößerung ist nicht feststellbar. Auf dem Bauch zeigt sich ein fleckfieberverdächtiges Exanthem, das am 4. Tage der Lazarettbehandlung auftritt. Pat. wird deshalb auf die Fleckfieber-Spezialstation überwiesen. Hier heißt es: Eine Anamnese kann nicht erhoben werden. Herz und Lunge o. B. Kneifphänomen negativ. Ein sicheres Exanthem ist nicht sichtbar. Der Kreislauf ist schlecht. 31. 1.: Lumbalpunktion: Liquor kommt tropfenweise. Makroskopisch leicht getrübt. 15,00 Uhr erfolgt Venesection wegen zunehmender Kreislaufschwäche. Der inzwischen eingegangene Weil-Felix ist 1:800 positiv. Ein sicheres Exanthem ist auch jetzt nicht zu sehen. Der Krankheitstag kann nicht bestimmt werden. Die Liquoruntersuchung ergab lediglich den Befund eines gering durchbluteten Liquors. Wenn bis zur Überweisung in die Flecktyphusstation der Pat. mehr ein eigenartig hysterieformales Bild bot, so fielen auf der hiesigen Station mehr eine starke Unruhe und Verwirrtheit auf. Die Kreislaufverhältnisse wurden hier laufend schlechter. Am heutigen Morgen änderte sich das Bild grundlegend. Der Puls wurde klein, frequent, kaum fühlbar. Die Atmung wurde sehr selten. Es trat eine starke Cyanose auf. Die schwere Kreislaufschwäche war nicht zu beheben. Der Kranke bot das Bild einer zentralen Atemlähmung. Neurologisch konnten Reflexe nicht nachgewiesen werden. Es bestand eine starke Hypotonie. Er ließ unter sich. An den Gliedmaßen zeigten sich Einzelzuckungen. Im Mundgebiet trat eine rhythmische Rüsselbewegung auf. All diese Symptome wiesen auf eine starke Mitbeteiligung der Hirnbasis hin. Ein Weil-Felix wurde noch einmal entnommen. Der Exitus erfolgte um 18,15 Uhr. Weil-Felix 1:6400 positiv. (gez. Oberarzt Dr. Meschede.)

Zusammenfassung. Der am 9. 4. 20 geborene Gefreite wurde am 18. 1. 42 auf der inneren Abteilung eines Kriegslazaretts aufgenommen. Bei der ersten Besichtigung, so heißt es dort, wäre er in einen Unruhe-

zustand verfallen, wozu er „geschmatzt“ und mit dem „Kopf gewackelt“ hatte. Ferner hatte er „einiges Unverständliches gesprochen. Zu verstehen war nur das Wort „Deutschland“ gewesen. Zuerst hatte er auf Aufforderung gar nicht reagiert, dann aber, auf „energischen Zuspruch“, aufforderungsgemäß den Mund öffnen und die Zunge herausstrecken können. Während der Untersuchung durch den Stationsarzt, wobei auch das Nervensystem berücksichtigt wurde, äußerte Patient, verständlich und zusammenhängend: „Wenn die glauben, daß ich ein Simulant sei!“ Es wurde nun weiter notiert: „Daraufhin wird er im Einzelzimmer vorgenommen. Auf energischem Zuspruch bringt man ihn dahin, selbständig aufzustehen: er steht ohne Schwanken! Der vorher Bewußtloserscheinende geht plötzlich am Arm geführt allein in sein Bett zurück.“ Sonst war nur zu konstatieren: „Eine Acne necroticans auf Brust und Rücken,“ sowie, daß der Rachen, rechts stärker als links, gerötet wäre und auf beiden Seiten, auch besonders rechts, sich stecknadel- bis erbsengroße Ulcera fänden, welche zum Teil auf den harten und weichen Gaumen übergingen. Die Temperatur war über 39. Das Urteil lautete zunächst: „Es dürfte sich wohl um eine psychogene Reaktion handeln. Ob die Grundkrankheit lediglich in der Stomatitis aphthosa besteht, muß die weitere klinische Beobachtung ergeben.“ Am Tage darauf wurde eingetragen: „Die Nacht und den Tag über war der Patient sehr unruhig, so daß Scopolamin gespritzt werden mußte. Temperaturen abends 40. Blutsenkung 10/21. Blutbild: Hb 81%, Ery. 4,8, F. I. 0,85, Leuko. 5300, Eos. 2%, Stabk. 1%, Segment. 73%, Lympho. 23%, Mono. 1%. Der Zustand ist unverändert, ebenso die psychogene Reaktion.“ Am 20. I. schien der Patient besser ansprechbar. Er kam Aufforderungen nun unmittelbar nach. Der Rachenbefund hatte sich gebessert. Die Temperatur war abends 38,5. Die Pulszahl betrug 104 bei regelmäßiger Folge. Am 21. I. war Patient auch ansprechbar, war aber in der vorausgehenden Nacht sehr unruhig gewesen, hatte verschiedentlich ins Bett zurückgebracht werden müssen. Im übrigen sollte er die gleichen psychogenen Reaktionen zeigen. Die Milzgegend erwies sich jetzt aber als druckempfindlich. Auf dem Bauch war ein Exanthem erschienen, welches als fleckfieberverdächtig angesprochen wurde. Deshalb wurde Pat. auch auf die Fleckfieberstation verlegt. Hier fand man den Kreislauf schlecht. Am 23. I. wurde der Patient punktiert. Liquor kommt tropfenweise; makroskopisch leicht getrübt. Zellen 6/3, Leuko. 1430/3, Ery. + + +, Pandy (+). Das Wahrscheinlichste war wohl, daß ein Gefäß beim Punktieren verletzt worden war. Inzwischen war der Weil-Felix eingetroffen: 1:800 positiv. In der Krankengeschichte steht nun: „Wenn bis zur Überweisung in die Fleckfieberstation der Patient mehr ein eigenartiges hysterieformes Zustandsbild gezeigt hat, so fiel auf der hiesigen Station mehr eine Unruhe und Verwirrtheit auf.“

Ich sah den Patienten moribund. Die Temperatur war am Abend des 19. 1. auf 40,3 gestiegen, bei Puls von 110. Am 20. 1. sank sie dagegen gegen Abend wieder auf 38,5 ab, um von diesem Niveau ab am Morgen des 21. 1. wieder zu steigen und am Morgen des 22. 1. erneut 40,3 zu erreichen. Dann erfolgte wieder ein jäher Abfall auf 38,5 zum Morgen des 23. 1. hin. Terminal erhob sie sich noch einmal auf 39,4. Die Pulsbewegung war zunächst entsprechend; zuletzt sank auch die Pulszahl auf 86 pro Minute. Der Puls war, als ich nachsah, schon kaum noch fühlbar. Im Vordergrund stand die *Cheyne-Stokessche* Atmung mit Vorböten von Schnappatmung. Es bestand starke Cyanose. Die Gliedmaßen zuckten fortwährend. Ab und zu erfolgten choreiforme Schleuderbewegungen, auch Paraballismus. Zwischenhinein zeigten sich athetotische Bewegungen und Überstreckungen, zumal der Finger. Wenn der Patient auf der einen Seite fixiert wurde, traten im Sinne von Mitbewegungen Ansätze von elementaren Befreiungsversuchen auf der anderen auf. Immer wieder wurde der Mund rüsselartig vorgestülpt. Der Tonus war fast ganz geschwunden. Die Reflexerregbarkeit war erloschen. Die Pupillen waren extremweit, wobei aber auch, bezüglich der Reaktionslosigkeit, die Scopolaminwirkung in Anschlag zu bringen war. Patient war fast komatös. Es war bis dahin die Summe der therapeutischen Möglichkeiten erschöpft worden. 1 Stunde später starb der Patient.

Bemerkenswert sind hier die, allerdings in den Anfang der Fleckfieber-epidemie fallende, diagnostische Unklarheit und die Verknennung der ohne Zweifel doch organischen Erscheinungen, weil offenbar zu den elementaren Herdsymptomen von seiten der Stammganglien auch komplexe psychische Störungen, insonderheit expressiver Natur, gekommen waren.

Gefr. H. P., geb. 1. 2. 05 (Fall 19). 6. 5. 42: Vorgeschichte: Pat. angeblich früher nie ernstlich krank gewesen. Familienanamnese o. B. Jetzige Beschwerden: Vor 6 Tagen mit Fieber unklarer Ätiologie erkrankt. Er wurde daraufhin eingewiesen. Befund: Pat. in reduziertem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Haut: vereinzelt stecknadelkopfgroße Roseolen, besonders deutlich an Bauch und Brust sichtbar. Kopf: Nervenaustrittsstellen nicht druckempfindlich. Kopf nicht klopfempfindlich. Ohren und Nase o. B. Zähne: Kaufähigkeit ausreichend. Zunge weiß belegt. Rachen und Tonsillen o. B. Thorax: Lunge vereinzelt Giemen und Brummen. Herz o. B. Bauch weich, gut eindrückbar. Keine Resistenz tastbar. Milz und Leber keine Vergrößerungen tastbar. ZNS.: o. B. Vorläufige Diagnose: Typhus exanthematicus-Verdacht. 8. 5. Pat. klagt über Kopfschmerz und Benommensein. Der roseolenartige Ausschlag nahm an Stärke zu, besonders an Bauch, Brust, Rücken. Blut wird eingeschickt. 11. 5. Exanthem etwas zurückgegangen, blaßrote bis bräunliche Flecke, die sich nicht wegdrücken lassen. Pat. leicht benommen. Es besteht Fleckfieberverdacht (Weil-Felix 1:100). Es erfolgt Verlegung ins Fleckfieberlazarett. Dort wird Pat. in benommenem Zustand aufgenommen. Pat. deliriert.

Psychiatrisch-neurologische Untersuchung; 12. 5. 42: Pat. wird bei Betreten des Saales unbeweglich im Bett liegend angetroffen, allerdings in einer abgekehrten,

dabei gespannten Haltung. Es kommt, da Pat. nicht Auskunft geben wollte und sich als unzugänglich erwies, zunächst ein anderer Pat. zur Untersuchung dran. Währenddem läßt er sich aus dem Bett fallen: in einer ganz hysterischen Weise. Man mußte ihm dann wieder hoch helfen, was er mit unflätigen Schimpfworten, in einformiger Wiederholung, begleitete. Er fängt mit ideenflüchtigem Gehabe an, bringt zunächst eine ganze Reihe von rheinischen Redensarten und Witzen an. Spricht von Poppelsdorf, wo er zur Zeit sei. Zum Referenten sagt er: „Abtreten Herr General, die Stellung wird gehalten!“ (Wie geht es Ihnen denn?) „Wollen Sie mich im Arsch lecken? Sie können machen, was Sie wollen! Sie können wir anführen. Die ganze Generation!“ (Bei manchen Dingen sträubt sich ja die Feder, wenn man das hinschreiben soll.) „Sie müßten sie auch noch am Kanthacken kriegen!“ (Weshalb sind Sie so frech?) „Das ist angeboren.“ Darauf verstummt Pat. (Ist der Witz schon alle? Sie können sich also nur aus dem Bett fallen lassen?) „Das schönste Stück Möbel.“ (Weshalb machten Sie eben so einen Krach?) . . . (gez. Prof. Betzendahl.) 13. 5. 42: Pat. ist heute ganz ruhig, die Temperatur bewegt sich wie gestern um 38 herum und hat heute abend wieder 38,6 erreicht. Er wirkt etwas matt. Bei der Frage nach seinem Befinden, wendet er sich zu, hat aber ganz im Gegensatz zu seiner gestrigen Hyperexpressivität Schwierigkeiten, sich zu einer Auskunft aufzuraffen. Die Sprache selbst ist jetzt gestört. Die Äußerungen erfolgen sehr abrupt und erst nach einigem Herumsuchen. Man bekommt nur fragmentarische Antworten. (Was war denn gestern los?) „Unsere Sache. O diese . . .“ Pat. gerät wieder in ein Herumsuchen. (Was denn: diese?) „Diese Sache zur Stärkung.“ (Ist Ihnen denn besser geworden?) „Ja.“ (Weshalb haben Sie gestern so geschimpft?) „Ich?“ Pat. tut so, als ob er der harmloseste Mensch sei. „Wenn ich Ihnen das Stückchen erzählte; ich habe einem die Knochen kaputt geschlagen.“ (Wem?) „Es war eine Sache, auf die man sich setzte.“ (Die kennen wir! Wer hat Ihnen denn etwas getan?) „Ich wollte schlafen, und da hat man mich gestört, und das ist das Schlimmste, was man bei einem Mann machen kann.“ (Das kann ich nun gar nicht sagen! Kennen Sie mich wieder?) „Ja.“ (Wissen Sie, was Sie gestern gesagt haben?) „Nein, bestimmt nicht.“ (Von Poppelsdorf haben wir gesprochen.) „Ja, das weiß ich.“ (Und vom Motorbootfahren.) „Ja.“ (Wo sind Sie mit ihren Gedanken dauernd?) „Ich fange wieder hier und da an . . .!“ (Sonst geht der Geist auf Wanderschaft?) „Ich mag das Zeug . . .!“ Schwierigkeit beim Finden von Konkreta und Substantiva. Er stockt jedesmal und greift schließlich zu Umschreibungen. (Datum?) „28.“ (Monat?) „Juni.“ (Jahr?) „42.“ (Wo sind Sie hier?) „In Troisdorf bei Köln.“ (Können Sie die Uhr ablesen?) „Der sechste Teil . . . Sextant . . .“ Es ist vollkommen unmöglich. Pat. läßt unter sich. Bei der Reflexuntersuchung spannt Pat. sehr. Die Achillessehnenreflexe sind wegen der Anspannung kaum zu bekommen. Der linke Patellarsehnenreflex ist herabgesetzt, rechts ist er gesteigert. Bei Ablenkung durch gleichzeitigen Händedruck ist die Reflexauslösbarkeit erleichtert. Die Seitendifferenz bleibt aber bestehen. Auch bei den Armsehnenreflexen leichte Hyperreflexie rechts. Rechte Großzehe in angedeuteter Babinskistellung, Babinski positiv. Vor allem ein sehr ausgeprägtes Fächerphänomen. Mendel negativ. Rossolimo rechts positiv. Oppenheim und Gordon beiderseits positiv, sehr viel ausgesprochener rechts. Rechter Fuß zeigt Neigung zu Equino-varus-Stellung. Die Klonusprüfung führt vor allem zu Prädilektionsspasmen. Links wird Dauerspasmus ausgelöst, wodurch der Klonus nicht zu bekommen ist. Bauch leicht gespannt. Bauchdeckenreflexe leicht herabgesetzt, ebenso Cremasterreflexe. Sehr starker Meningismus. Lasègue und Kernig positiv. Opisthotonus. Überhaupt wird der Kopf dauernd fixiert gehalten. Pat. liegt, auch ohne irgendwelche Inanspruchnahme, in leicht gespannter Haltung im Bett. Bei Prüfung des Händedrucks keine Herabminderung der Kraft. Rechts tritt dabei eine subcorticale Komponente hinzu mit Greifreflex ziemlich energischer Art. Absolutes Haltungsverharren. Rechts erfolgt dabei sehr lange Zeit keinerlei

Bewegung aus der erteilten Stellung heraus. Links dagegen wird innerhalb der passiv erteilten Position die eigene Aktivität mit Bewegungen innerhalb der einzelnen Gelenke eingeschaltet, so daß dann zunächst der Fuß auf und ab bewegt wird, darauf Exkursionen im Knie erfolgen. (gez. Prof. *Betzendahl*.) 15. 5. 42: Pat. hat vom 6. 5. ab intermittierendes Fieber durchgemacht zwischen 40 und 38,9. Am 11. 5. zeigte sich ein ziemlich steiler Abfall mit Erreichen von 37,5 am Morgen des 12. 5. Am Abend des gleichen Tages erfolgte wieder ein Ansteigen auf 39. Jetzt ist mit einigen Schwankungen die Temperatur zur Norm abgefallen. Die Pulskurve aber hat, nachdem sie heute morgen bis auf 92 abgesunken war, heute abend wieder einen Anstieg auf 110 erfahren. Pat. sieht matt und etwas cyanotisch aus. Der Turgor ist sehr gering. Er fühlt sich sehr schlapp. (Wissen Sie noch etwas über die Zeit?) „Sehr wenig. Ich weiß nur, daß ich nachts aufgestanden bin und umhergelaufen bin.“ (Haben Sie sich nicht krank gefühlt?) „Ja.“ (Wie war es denn auf der Höhe der Krankheit?) „Ich habe nicht gemerkt, daß ich krank war.“ (Haben Sie besondere Beschwerden gehabt?) Pat. weiß auch hier nichts zu sagen. (Wissen Sie noch, als Sie so gereizt waren?) „Ja.“ (Wie kam das? Es kam Ihnen alles so albern vor?) Pat. stimmt hier zu. (Haben Sie sich direkt darüber geärgert?) „Ja, das kann ich sagen.“ (Sonst sind Sie eine heitere Natur?) „Ja.“ (Beruf?) „Studienassessor. Chemie, Physik, Mathematik.“ Auch für wissenschaftliche Fragen will er sich interessiert haben. (Wofür haben Sie mich gehalten?) „Das liegt alles im Dunkeln.“ (718—29?) Auffassung ist noch etwas erschwert. Kleine Rechenaufgaben mit mehrstelligen Zahlen verursachen ihm unverhältnismäßig viel Mühe. Die Merkfähigkeit ist herabgesetzt. Nach langem Bemühen gibt er es auf, das Exempel zu lösen (gez. Prof. *Betzendahl*.) 17. 5. 42: Leichte Hyperreflexie der Beinreflexe mit Mehrbeteiligung der rechten Seite. Rechts steht die Großzehe in Babinskistellung. Es läßt sich beiderseits Babinski auslösen. Rechts besteht auch schon in Ruhestellung angedeutet Spreizphänomen. Links ist es nur bei Reizung angedeutet vorhanden. Oppenheim und Gordon rechts positiv. Links ist beides negativ. Keine Fluchtreflexe. Kein Patellar- und Fußklonus. Dagegen löst jede stärkere Reizung des Beins Prädilektionsspasmus aus; links ist das nur in abgeschwächtem Maße der Fall. *Mayerscher* Grundphalangenreflex rechts herabgesetzt. Bauchdecken- und Cremasterreflexe rechts Spur herabgesetzt. Etwas Kahnbauch. Lasègue und Kernig positiv. Opisthotonus. Direkte Muskel-erregbarkeit erhöht. Idiomuskuläre Wülste. Auch Neigung zu fasciculären Zuckungen, sonst ungestört. Beim Zeigefinger-Nasenversuch grobe Ataxie und zwar nur rechts. Ebenso zeigt sie sich beim Knie-Hackenversuch. Es ist nicht nur ein grobes Wackeln da, sondern auch eine somatopsychische Desorientierung, welche sich in Ratlosigkeit äußert. Links ist das nicht der Fall. Pat. ist schwerhörig. Die Schwerhörigkeit ist nach der Art der Zuwendung rechts stärker als links. Formale Funktionen intakt. Im ganzen: Antriebsschwäche. Gefühl von Müdigkeit. Pat. sieht aber besser aus. Keine wesentlichen Kreislaufstörungen. Die Temperatur hat sich innerhalb der Norm gehalten. Der Puls ist noch etwas beschleunigt, um 80 pro Minute. Augenbewegungen völlig frei. Kein Nystagmus. Pupillen etwas übermittelweit, rechts weiter als links. Die Anisokorie gleicht sich auch bei den Lichtreaktionen nicht aus. Pat. weiß selbst, daß er auf der Höhe seiner Krankheit sehr gereizt gewesen ist. Er war überempfindlich. Alles ist ihm zuviel gewesen. Er hat sich sehr benommen gefühlt. Über Kopfschmerzen hat er wenig zu klagen gehabt. Blase und Mastdarm sind in Ordnung. (gez. Prof. *Betzendahl*.)

Zusammenfassung. Der am 1. 2. 05 in Troisdorf im Rheinland geborene Gefreite, früher Ingenieur, gelangte am 6. 5. 42 zur Lazarett-aufnahme. Er war 6 Tage vorher mit „Fieber unklarer Ätiologie“ erkrankt. Der Ernährungs- und Kräftezustand war reduziert. Die Haut

bot vereinzelte stechnadelkopfgroße Roseolen, besonders am Bauch und auf der Brust. Die Zunge war weiß belegt. Über der Lunge fand sich vereinzelt Giemen und Brummen. Es wurde der Verdacht auf Typhus exanthematicus ausgesprochen. Am 8. 5. klagte Patient über Kopfschmerzen und Benommensein. Der roseolenartige Ausschlag nahm an Stärke zu, am meisten wieder am Rumpf. Am 11. 5. war das Exanthem etwas zurückgegangen. Es fanden sich noch blaßrote bis bräunliche Flecken, die sich nicht wegdrücken ließen. Patient war leicht benommen. Der Weil-Felix war 1:100. Es erfolgte nun Verlegung ins Fleckfieberlazarett. Bei der Aufnahme dort am gleichen Tage war Patient benommen und delirant.

Am 12. 5. 42 wurde ich hinzugezogen. Zunächst lag der Patient unbeweglich in seinem Bett. Allerdings fiel die abgekehrte und gespannte Haltung auf. Da Patient dann keine Antwort geben wollte, und sich als unzugänglich erwies, kam zunächst ein anderer Fall zur Untersuchung dran. Darauf ließ sich Patient in einer durchaus hysterisch anmutenden Weise aus dem Bett fallen, mit großem Getöse. Als man ihn dann wieder hoch half, erging er sich in einer Flut der unflätigsten Schimpfworte. Bemerkenswert dabei war das iterative Moment. Manches erinnerte an das Bild einer verworrenen Manie. Einige Wortfolgen zeigten ideenflüchtige Anknüpfungen, andere das Vorwalten einer mehr oder weniger formlosen Expressivität, bei welcher nur rhythmische Tendenzen den fortlaufenden Impuls gliederten. Irgendwelche Intentionen waren nicht erkennbar, auch nicht eine innere Ausgangsposition, außer daß Patient sich in seinem rheinischen Milieu, als örtlich vollkommen desorientiert, fühlte. Der Note des Gereizten, welche die Manifestationen trugen, entsprach die Aggressivität gegen jede an ihn herantretende Person. Charakteristisch war in diesem Sinne die Äußerung dem Referenten gegenüber: „Abtreten, Herr General! Die Stellung wird gehalten!“ Ferner: wie er auf die ärztlichen Erkundigungen hervorstieß: „Wollen Sie mich im A . . . lecken!“ Sich selbst gegenüber hatte er offenbar eine ironisierende Haltung, wie sich aus der Entgegnung auf die Frage, weshalb er sich aus dem Bett hätte fallen lassen, ergab: „Das schönste Stück Möbel!“ Der Ausbruch, welcher, um die Aufmerksamkeit wieder auf sich zu ziehen, an die Nichtbeachtung sich angeschlossen hatte, sistierte, als er sich bei der erneuten Beschäftigung mit ihm die Herausstellung eines näheren Kontaktes gefallen lassen sollte. Die Temperatur bewegte sich um 38 herum und zwar in sich anbahnendem lytischen Abfall der typischen Fleckfieberkontinua.

Am 13. 5. war der Patient ruhiger. Er hatte geradezu Mühe, sich zu einer Auskunft aufzuraffen. Die Äußerungen unterlagen einer unverkennbaren Antriebsstörung: er bekam nur ganz abrupt jeweils etwas heraus. Dabei mußte er auch jeweils nach den Worten, vor allem nach den Konkreta und Substantiva, suchen. Die Antworten waren fragmentarisch.

Auf die Frage, was denn gestern mit ihm los gewesen sei, erfolgte nur ein: „Unsere Sache . . ., o diese . . .“ und weiter: „Diese Sache zur Stärkung. Wenn ich Ihnen ein Stückchen erzählte: ich habe einem die Knochen kaputt geschlagen . . . Es war eine Sache, auf die man sich setzt . . . Ich wollte schlafen, und da hat man mich gestört, das ist das Schlimmste, was man bei einem Mann machen kann.“ Patient geriet aber schon sichtlich in Verlegenheit bei der Konfrontierung mit seinem Verhalten am Vortage, spielte in Reaktion darauf den harmlosesten Menschen von der Welt. Die Erinnerung war zweifellos nur summarisch, jedenfalls, was sein Benehmen anging. Erst heute fing er an, eine gewisse Selbstkontrolle zu üben. Er erwiderte auch auf die Frage, wo er mit seinen Gedanken dauernd wäre: „Ich fange wieder hier und da an . . . Ich mag das Zeug . . .“ Dabei geriet er ins Suchen nach den passenden Worten und stockte immer wieder, wenn er nicht in Gang gehalten wurde. Auf die Frage, wo er hier wäre, meinte er: „In Troisdorf bei Köln.“ Die Uhr konnte er nicht ablesen: „Der sechste Teil . . . Sextant.“ Er ließ auch fortlaufend unter sich.

Bei der Reflexprüfung spannte Patient sehr. Unter diesen Umständen waren die Achillessehnenreflexe, besonders links, kaum zu bekommen. Der linke Patellarsehnenreflex war herabgesetzt, rechts dagegen war er gesteigert, aber nur bei Ablenkung durch gleichzeitigen Händedruck. Auch bei den Armsehnenreflexen bestand leichte Steigerung, besonders rechts. Rechts befand sich die Großzehe dauernd in Dorsalflexionsstellung. Der Babinski war rechts positiv; dazu trat Fächerphänomen auf. Der Rossolimo war rechts positiv; Oppenheim und Gordon waren es beiderseits, rechts aber viel ausgesprochener. Der rechte Fuß zeigte Neigung zu equino-varus-Stellung. Die Prüfung auf Klonus führte vor allen Dingen zu Prädilektionsspasmen: links fand sich, wenigstens andeutungsweise, Patellarklonus, rechts wurde eine Dauerspannung ausgelöst. Die Bauchdecken waren leicht gespannt, die Reflexe leicht herabgesetzt, ebenso waren es die Cremasterreflexe. Lasègue und Kernig waren positiv. Es bestand Opisthotonus. Der Kopf wurde überhaupt ständig fixiert gehalten. Patient lag auch ohne irgendwelche Inanspruchnahme in leicht gespannter Haltung da. Die Gliedmaßen, besonders rechts, waren leicht paretisch, dagegen täuschte der Greifreflex, zumal auf dieser Seite, ein geradezu gesteigertes Kraftmaß vor. Es fand sich Haltungsverharren. Rechts blieben die Extremitäten beinahe beliebig lange in der erteilten Position. Links war es genau zu verfolgen, wie die pyramidale Motorik sich einschaltete: von dem mit leichter Beugung im Kniegelenk erhobenen Bein wurde zunächst der Fuß dorsal und plantarflektiert, dann auch das Knie mit immer ausgiebiger werdenden Beugungen und Streckungen wieder, offenbar mit Zunahme des Willenseinflusses, in Bewegung gesetzt. Die Temperaturkurve zeigte am Abend 38,6.

Klinisch entsprach das Bild den Bezeichnungen teils einer verworrenen Manie, teils eines impulsiven Irreseins. Wie weit man die demonstrativen Züge bei den Reaktionen hysteriform nennen will, hat keine nosologische sondern lediglich eine descriptive Bedeutung. Die Excitation geht im wesentlichen auf vasomotorisch vermittelte — Defervescenz! — intracerebrale Vorgänge zurück. Als Sitz, mehr noch als Erfolgsorgan bei einer hinzukommenden nutritiven Reizung (im Sinne *Meynerts*) ist der Thalamus opticus in erster Linie in Anspruch zu nehmen. Die gleichzeitig bestehende Orientierungsstörung stellt hier ein Allgemeinsymptom dar. Es handelt sich um einen Schulfall der beim Fleckfieber gegen Ende der Continua besonders häufigen furibunden Delirien.

III. Besprechung der Ergebnisse.

Der Rückblick auf die mitgeteilten Beobachtungen ergibt, daß der zu Beginn angestellte Vergleich mit der Encephalitis lethargica, welche seiner Zeit *v. Economo* zu einem einheitlichen Bild gestaltete, ganz instruktiv ist. Freilich ist beim Fleckfieber die Symptomatologie doch noch sehr viel ausgebreiteter. Gilt das schon für die neurologischen Erscheinungen, so besonders für die psychischen. Vor allem aber bleibt es ein prinzipieller Unterschied, daß die *v. Economosche* Krankheit sich als eine essentielle Entzündung des Zentralnervensystems qualifiziert, wogegen es sich mit der Beteiligung der nervösen Zentralorgane beim Fleckfieber doch nur um einen Prädilektionsort für die Ausbreitung eines an sich universellen Infektes handelt. Andererseits wäre es verfehlt, von bloßen Komplikationen zu sprechen. Wenn auch klinisch in der Mehrzahl der Fälle die organischen Zeichen und vollends die exogenen psychischen Reaktionsformen nicht sehr ausgeprägt sind, manchmal allerdings auch nur nicht die genügende Beachtung finden, so sieht der pathologische Anatom doch regelmäßig Veränderungen, zumal im Hirnstamm. Eine symptomatische Encephalitis stellt also der Typhus exanthematicus allemal dar. Was auffällt, ist ein geringer Prozentsatz, dann gleich sehr schwerer, psychiatrisch-neurologischer Störungen, sowie deren häufig relativ spätes Auftreten. Überraschend muß auch oft das meist rasche Abklingen solcher Symptome sein und zwar, wenigstens in der Regel, ohne Hinterlassung von Dauerschäden. Besonders für die Psychosen gilt das. Damit ergibt sich der Eindruck, daß hier bereitliegende Mechanismen bzw. präformierte seelische Reaktionsweisen in Gang gesetzt werden. Ganz offensichtlich wird in diesen Fällen die Eigengesetzlichkeit des generellen Typus der Krankheit, wie er besonders im fieberhaften Stadium hervortritt, abgelöst von einer Symptomatologie, welche sich vorwiegend nach im Organismus selbst gelegenen Faktoren bestimmt. Hier konkurrieren nun topische mit konstitutionellen Momenten.

Wenn man beim Fleckfieber auch wohl von einem „Typhus“ — exanthematicus — spricht, so ist damit der Benebelung des Sensoriums von

vornherein Rechnung getragen. Die Beschreibungen in der Literatur (*Walther*⁴, *Munk*⁸, *Hirschberg*⁹) fügen noch allerlei Einzelheiten hinzu, wobei dann terminologisch mehr oder weniger auf die Symptomatologie der hier offenbar besonders in Erinnerung kommenden endogenen Psychose: der Schizophrenie, zurückgegriffen wird. Zumal müssen die katatonen Störungen herhalten. Im übrigen werden Anleihen beim Formenkreis der Epilepsie gemacht, einschließlich der tetanoiden Krämpfe. So kann es auch nicht fehlen, daß die Frage auftaucht, ob nicht auf exogenem Wege ein Erbfaktor, welcher nach seiner geringen Penetrationskraft sonst in der Latenz verharrte, mobilisiert wird. Bei genauerer Betrachtung des Krankheitsgeschehens beim Fleckfieber stellt es sich gerade in dieser Richtung als irreführend heraus, die Verdeutlichung der Umrisse auf diese Weise erreichen zu wollen. Die Syndrome beim Fleckfieber haben ihr Spezifisches und zwar nicht nur an sich, sondern — und dies vor allem — nach Art ihrer Synthese. Sie sind wirklich geeignet, das *Hochesche* methodische Postulat: den Symptomenverkopplungen nachzugehen, zu rechtfertigen.

Hoches Einwände seinerzeit gegen die Aufstellung von „Krankheits-einheiten“, wie sie *Kraepelin*, unter Überspannung speziell der Verlaufsbetrachtung — Ausgang in Demenz, zirkuläre Verlaufsform — betrieb, haben ja bereits durch das Experiment der Natur bei der Encephalitis lethargica nach dem vorigen Weltkrieg eine weitgehende Verifikation erfahren. Vordem hatte schon *Wernicke* mit seiner „Sejunktionshypothese“ ein damit sich im Grunde berührendes Prinzip aufgestellt und darüber hinaus auf dieser Basis Krankheits schilderungen von großer Eindringlichkeit geliefert. Nicht andere Gesichtspunkte waren es, von denen aus *Bonhoeffer* zu seiner Aufweisung von „Dissoziationserscheinungen“ als Merkmalen gewisser postencephalitischer Veränderungen gelangte. Innerhalb der elementaren Regulierungen der Tonuserhaltung, wie auch des Schlaf-Wach-Zustandes, fanden sie sich, jedoch auch im großen beim Zusammenspiel von Pallae- und Neencephalon. Zeigte sich im ausgereiften Gehirn mehr das Auseinanderfallen der neurologisch faßbaren Funktionen, zumal von Seiten der subcorticalen Zentren, und hier wieder mit Vorliebe der Kerne des 3. und 4. Ventrikels, so erwies das jugendlichere Individuum eine viel allgemeinere, gerade auch das seelische Leben umfassende Anfälligkeit. Die Infekte führten vielfach zu tiefgreifenden Veränderungen der ganzen Person. Die hervorstechendsten waren innerhalb der charakterlichen Eigenart gelegen, sicher aus keinem anderen Grunde als dem, daß sie in einem noch un-gefestigten, im Werden befindlichem Zustande betroffen wurde. Darüber ist von *Thiele*¹⁰, nachdem *Bonhoeffer* die Kenntnis solcher Fehlentwicklungen mit seinen Krankendemonstrationen 1921 in der Berliner Neurologischen Gesellschaft inaugurirt hatte, in „Zur Kenntnis der psychischen Residuärzustände nach Encephalitis epidemica bei Kindern und

Jugendlichen“ nach dem Material der Berliner Klinik eine Zusammenstellung gemacht worden.

Im ganzen gesehen ähneln die Störungen von seiten des Zentralnervensystems beim Fleckfieber überwiegend dieser jugendlichen Reaktionsform auf die encephalitische Noxe, nur mit dem Unterschied, daß mit ihrer größeren Akuität auch eine fast stets vollständige Restitution einhergeht. Ganz schlüssig ist das indessen in Anbetracht des Ausgangsmaterials nicht. Es sind ja in der Hauptsache gesunde und ausgewachsene Soldaten gewesen, welche hier im Felde befallen waren: nicht Kinder und Jugendliche, noch auch bresthafte oder zugleich mit anderen Krankheiten behaftete Menschen. Es scheidet auch das weibliche Geschlecht aus. Der Einfluß von Lebensjahren, Eigenarten und Mängeln war indessen auch unter diesen Umständen einigermaßen zu ersehen. Was das Fleckfieber bei der Gesamtbevölkerung anrichten würde, insonderheit was nachhaltige Schäden und Spätfolgen angeht, läßt sich aber nicht genauer ermessen. Auch sonst liegen brauchbare Statistiken darüber nicht vor. Es steht aber zu vermuten, wenigstens was die Progressivität angeht, daß sich eine größere Benignität des Fleckfiebers als der *v. Economos*chen Krankheit herausstellen würde. Über einen chronischen, insbesondere schubweisen Verlauf ist, uns jedenfalls, nichts bekannt. Die, allerdings nur kurze, Beobachtungsdauer ist bei dem zur Verfügung stehenden Material — über einige Monate hin — immerhin auch nach dieser Richtung auszuschöpfen gesucht worden. Das ergab sich schon dadurch, daß in einer Reihe von Fällen ganz unerwartet wieder eine Verschlimmerung eintrat, nachdem die Rekonvaleszenz bereits im besten Zuge schien. Über ein „zweites Stadium“ des Fleckfiebers wissen ja auch die Internisten zu berichten, wenn sie häufig 7—12 Tage nach Beendigung der Kontinua eine erneute Temperaturbewegung, sowie ein Wiederauftreten sonstiger Beeinträchtigungen, meist freilich nur über einige Tage, finden. Sie sprechen dann von Allergie u. ä. (*G. Walther*⁴). Die Bösartigkeit der Krankheit erschöpft sich aber in der Regel mit dem Fieberstadium, zumal mit der starken Inanspruchnahme des Kreislaufs, welche dieses mit sich bringt. Es gibt indessen die Fälle, wo noch recht lange eine Affektion des Zentralnervensystems das Bild beherrscht, wo sogar, und zwar vor allem unter Zeichen eines Versagens der lebenswichtigen Zentren, schließlich noch der Tod eintritt. Der ganze Verlauf läßt hierbei erkennen, daß nicht lediglich eine Art von Zwischenfall, etwa in Gestalt einer Apoplexie bei vorzeitiger Beanspruchung, vorliegt, sondern daß von vornherein dem Prozeß etwas exquisit Malignes anhaftete. Vor allem war der Hirnstamm entscheidend in Mitleidenschaft gezogen.

Psychotische Störungen, ganz zu schweigen von Veränderungen der eigentlichen Persönlichkeit, spielen dabei keine große Rolle mehr. Vielfach konnten die Patienten — außer während der durch die meningale Affektion gegebenen Benommenheit des Anfangsstadiums — in einer

geradezu verblüffend weitgehenden Selbstwahrnehmung nicht nur die äußerlich hervortretenden Bewegungsstörungen sondern auch die Veränderungen in der Gefühls- und Willenssphäre registrieren. Man muß also annehmen, daß sich die sonst zum Bewußtsein zwar in den vielfältigsten Beziehungen stehenden, zugleich aber in einem durchgängigen Verhältnis der Unterordnung befindlichen Zentren, zumal die Stammganglien, weitgehend verselbständigt hatten. Die Rindentätigkeit, als Korrelation der höheren seelischen Vorgänge, war unmittelbar nicht weiter beeinträchtigt. Das ist ganz anders bei den encephalitischen psychischen Residuärzuständen des Jugendalters, welche ja das Ergebnis einer totalen Wandlung darstellen. Nicht etwa durch eine psychotische Veränderung akuten Charakters, welche ja auch bei Fleckfieberkranken vorkommt, sondern durch die noch unabgeschlossene psychische Differenzierung fehlt den unausgereiften Individuen von Anfang an die Möglichkeit, in dieser Weise zu sich selbst Stellung zu nehmen und klar Auskunft zu geben. So entgeht auch der Umgebung das Zwanghafte und Drangartige der Störungen, vielmehr kommen ihr die jungen Patienten als unartig, tückisch, ungebärdig, böseartig usw. vor. Nur wenn es sich lediglich um parkinsonistische Zustände, Blickkrämpfe u. dgl. handelt — aber dies sind ja meist die älteren Jahrgänge — läßt sich eine Aussprache über die Innenansicht des Zustandes erzielen.

Was das angeht, so läßt sich wieder eine Parallele ziehen: wie bei diesen Folgen der Encephalitis lethargica, so ist manches an Auffälligkeiten scheinbar auf psychischem Gebiet der späteren Stadien mit dem Vermerk der „Pseudo“ zu versehen, wie man etwas von „Pseudodemenz“ sonst spricht. Dieses Umstandes ist bei der weiteren Durchmusterung der Kasuistik noch eigens zu gedenken. In der letzten Zeit hat *Beringer*¹¹ wieder auf die Wichtigkeit der Selbstschilderung für die Kenntnis der Pathogenese, auch bei organischen Hirnkrankheiten, hingewiesen. Das hatte aber auch schon *Meynert*¹² getan. Seine Auffassungen sind nach der zusammenfassenden Darstellung von *de Crinis*¹³ folgende: „Durch die primäre Form der Bewegung werden von subcorticalen Zentren der Rinde die grundlegenden funktionellen Vorgänge für das Zustandekommen der Innervationsgefühle zugeleitet. Die Rinde wird durch die Verbindung mit den subcorticalen Zentren auf Grund der Entstehung der Innervationsgefühle ein „Zuschauer“ der in denselben ablaufenden Reflexe. Die Verbindung der Rinde mit den subcorticalen Strukturen für die Entstehung der Innervationsgefühle, wie den Sehhügeln, werden das anatomische Zwischenglied für das Entstehen der sekundären Bewegungen.“

Man würde danach Restsymptome vor sich haben, welche, im allgemeinen jedenfalls, nicht „diffusen“ Erkrankungen des Zentralnervensystems entsprechen, insofern nicht Abbauerscheinungen auftreten, welche einen Vergleich mit den Aufbauvorgängen erlauben, vielmehr —

indem wir *de Crinis*¹⁴ bei seiner Charakterisierung des Abbaus der Großhirnleistungen durch „herdförmige“ Erkrankungen folgen: „... erfolgt der Abbau nicht wie der Aufbau stufenweise, sondern ein Hirnherd geht, wie eine Bruchfläche durch geologische Schichten, rißartig durch das aufgebaute Gefüge unseres Intellektes. Die Zusammenhänge werden zerstört, Bruchstücke in verschiedener Ausdehnung bleiben für sich bestehen und lassen an ihrer Bruchfläche oft noch die Höhe der Entwicklung erkennen. Tiefe, Ausdehnung und Verlauf der Bruchfläche werden durch die Art des krankhaften Prozesses und seiner Einwirkung auf die Nachbarschaft bestimmt.“

Es sollte mit diesen grundsätzlichen Überlegungen vor allem die eigentliche Problematik aufgewiesen werden. In dem Schrifttum über die Fleckfieberfälle aus dem vorigen Kriege liegt nichts Eindeutiges darüber vor, ob und welcherlei Nachwirkungen im Bereich der Funktionen des Zentralnervensystems und damit ja auch für die psychischen Lebensvorgänge noch zur Beobachtung gelangt sind. Nach dem Verlauf, wie er an Ort und Stelle zu übersehen war, läßt sich mit einiger Wahrscheinlichkeit annehmen, daß den Fleckfieberveränderungen wohl eine Neigung, noch einmal zu einer Art von Rezidivierung zu führen, aber darüber hinaus im allgemeinen keine progressive Tendenz innewohnt. Das gilt sowohl für die Herdsymptome, als auch für diejenigen Störungen, welche weniger nach einer Lockerung des fertigen Gefüges als nach einem Regreß auf frühere Entwicklungsstufen aussehen. Solch ein Rückfall kann sowohl die Signatur lediglich einer neurotischen Rekapitulation der persönlichen Formung tragen, als auch über den Charakter eines „psychischen Komplexes“ hinaus zu infantil-archaischen Vorstellungs- und Verhaltensweisen führen. In den letzten Jahrzehnten ist ja mehr und mehr eine Betrachtungsweise in Aufnahme gekommen, welche die pathologischen Erscheinungen bei zentralen Störungen auf Analogien zum Primitiven hin, bis ins Phylogenetische hinein, untersucht. *Kräpelin*, in seinen verschiedentlichen Beiträgen zur vergleichenden Psychiatrie, hat wohl die entscheidenden Anregungen dazu gegeben. In meinen „Ausdrucksformen des Wahnsinns“ bin *ich*¹⁵ selbst solchen Vergleichsmöglichkeiten — zumal ethnologischen — nachgegangen. Aber auch auf dem Felde der reinen Neurologie hat die funktionell — komparative Methode in Ergänzung einer bloß anatomisch orientierten Entwicklungsgeschichte Früchte getragen. Hier steht der Name *Förster* ganz im Mittelpunkt. Man kommt auch in der Tat bei einer nur fazettenhaften Aufnahme der Symptomatologie über ein mehr oder weniger verwirrendes Register von Reflexbewegungen bei den organischen Nervenleiden nicht hinaus. Im Grunde ist es auch hier wieder *Meynert* gewesen, welcher Perspektiven zur sinnvollen Zusammenfassung der pathologischen Vorgänge aufgewiesen hat. Der psychologischen Introspektion, welche die Erfassung untergeordneter seelischer Vorgänge durch die eigentliche

Geistestätigkeit im Bewußtsein des Kranken wiedergibt, stellt sich dabei eine Betrachtung von außen, nach Art des „Behaviourismus“, als Psychologie des Verhaltens, an die Seite. Wenn man nun von Lutsch- und Greifreflex und weiterhin von zwangsweise aktivierten Umklammerungs- und Klettermechanismen und anderem mehr spricht, so wird damit ganz offenbar der Weg einer bloßen Beschreibung verlassen. Durch Appell an die jedem geläufige Erfahrung bei Kindern und höherstehenden Tieren werden die betreffenden Vorgänge erst recht verständlich. Solche Parallelen verlieren ihren wissenschaftlichen Wert erst dann, wenn sie in uferlose Analogiebildung ausarten, wie das z. B. mit den doch nur geistreich wirkenden *Aperçus* von „Bewegungsturm der Amöben“ und „Totstellreflex“ — wohl der Käfer in erster Linie — bei gewissen Darstellungen der Hysterie geschieht. Die beiderlei, sich manchmal ergänzenden, Begriffe: von „Aufbau“ und „Abbau“ der Großhirnleistungen, müssen auch immer zugleich mit der Betrachtung sowohl von außen als auch von innen, nach Maßgabe des Eigenberichts des Kranken, bei der psychiatrisch-neurologischen Symptomatologie des Fleckfiebers in Anwendung kommen: nur so läßt sich, besonders in den protrahierten, dem akuten Verlauf gegenüber atypisch werdenden Fällen, das Charakteristische herausarbeiten.

Die Betrachtung der vielen Fälle, welche durch unsere Fleckfieberstation an der Ostfront hindurchgegangen sind, und wovon die ausgewählten ja nur einen kleinen Teil bilden, ergibt, daß eine diffuse Hirnschädigung, jedenfalls *sensu strictiori*, wie man sie besonders bei den *hirnatrophischen* Prozessen findet (*Rüsken*¹⁶) und wahrscheinlich auch eines Tages bei den „funktionellen“ Psychosen finden wird, im allgemeinen nicht vorliegt. Nach der psychischen Seite haben die Patienten im wesentlichen exogene psychische Reaktionstypen nach *Bonhoeffer*¹⁷ dargeboten. Im übrigen ist mit aller Eindringlichkeit darauf aufmerksam zu machen, daß die als Psychosen imponierenden Veränderungen in den späteren Stadien das psychische Leben des Kranken nicht anders berühren, als daß sie ihn selbst befremden und dann auch belästigend und hinderlich sind. Wenn die Kranken beispielsweise eine Polyphagie entwickeln, was besonders oft vorkam, so ist das keineswegs mit einem Darniederliegen der höheren Seelentätigkeit, auch wohl fehlender Zügelung von da aus, in Verbindung zu bringen, sondern es liegen damit diencephale Symptome vor, bis zu denen die bei den Stammganglien-funktionen noch mehr oder weniger mögliche, ja unter krankhaften Bedingungen wohl noch steigerungsfähige, „Zuschauertätigkeit“ der corticalen Psyche nicht mehr reicht. Es kommen ja nicht einmal entsprechende Hungergefühle auf. Die Kranken greifen vielmehr ganz maschinenmäßig nach den Speisen, welche in ihre Reichweite gelangen, empfinden auch keine Sättigung danach, rufen ebenso automatisch die ihnen von der Verpflegungsausteilung wichtig gewordenen Personen an, jedesmal wenn

sie am Bett vorbeikommen, ohne sich Gedanken darüber zu machen, ob sie nicht überhaupt schon etwas gehabt haben. (Zu alledem wäre immer noch die klassische Abhandlung von *Pflüger*¹⁸: „Die sensorischen Funktionen des Rückenmarks der Wirbeltiere“ heranzuziehen).

Im Vordergrund stand durchweg der Delirmechanismus. Damit war zugleich, wenigstens nach den darauf bezüglichen Anschauungen von *Gamper*¹⁹ und *Kleist*²⁰, ein topischer Anhaltspunkt geliefert. Es mag dahingestellt bleiben, ob es gerade die Corpora mammillaria waren, welche hier von Knötchenbildung ergriffen und sonstwie affiziert waren oder nicht doch ausgebreitetere diencephale Partien, wie das ja auch, als Polioencephalitis haemorrhagica superior *Wernicke*, beim *Korsakoffschen* Syndrom der Fall ist (*Bonhoeffer*²¹). Als weiteren Komplex von ins Seelische hineinreichenden Störungen lassen sich solche herausheben, welche auf eine Thalamusaffektion hindeuten. Es sind das die stuporösen Bilder, von zuweilen auch dämmerzustandshaftem Gepräge. Die im Anfang nie fehlenden Störungen des Sensoriums in Form von mehr oder weniger hochgradiger Benommenheit stellen Rindensymptome dar. Die zeitliche Reihenfolge der klinischen Formen entspricht keineswegs den Stufen des Hirnbaues. Ständige Trübung — nicht Herabsetzung, welche auch ihrer Natur nach wechselnd ist — des Bewußtseins findet man in der Zeit des Hirndrucks und des starken Meningismus, also im ersten Fleckfieberstadium. Es bedeutet schon ein zweites Stadium, welches meist in die letzten Tage der Kontinua fällt, wenn eigentliche delirante Episoden das Feld beherrschen. Sie können aber noch späterhin, wohl unter Mitwirkung dispositioneller Momente, hin und wieder auftreten. Die insbesondere auf affektivem Gebiet liegenden Veränderungen vom Sehhügel her bleiben auf der Höhe der obligaten Fleckfiebersymptomatik vielleicht bloß überdeckt, jedenfalls machen sie vor allem das Protrahierte von manchem Krankheitsverlauf aus. Als hyperästhetisch-emotioneller Schwächezustand bilden von daher rührende Symptome, unter Auswirkung allerdings wohl einer vasomotorischen Übererregbarkeit, den eisernen Bestand jeder abklingenden exogenen cerebralen Beeinträchtigung. Das ist eine Art Zwischenstadium bis zur eigentlichen Rekonvaleszenz. So zeigten sich denn stets die Patienten, oft zu ihrer eigenen Verwunderung, noch eine Weile empfindlich und rührselig, auch dann, wenn psychiatrisch und neurologisch bis dahin nicht viel Auffälliges zu verzeichnen gewesen war.

Neben den Fällen, welche mehr das Landläufige illustrieren sollten, erschienen einige Fälle als der Mitteilung wert, weil im Gegenteil die psychischen Störungen da aus dem Rahmen zu fallen schienen. Das läßt sich vor allem von dem amentialen Bild (Fall Nr. 17) sagen. Seine neurologischen Syndrome hatte auch dieser Fall. Es lag in erster Linie eine rechtsseitige spastische Parese vor, mit einer, wenn auch leichten und passageren, Sprachstörung dabei. Die stärkste Ausprägung der Dysphasie

fiel in die Zeit, als von einer Wahnbildung, wohl bloß wegen der Entäußerungsbehinderung, noch nichts bekannt war, nur daß man merkte, daß der Patient irgend etwas gegen seine Fieberkurve hatte, so daß sie deswegen hinreichend hoch angebracht werden mußte. Als er angab, „Eichbaum“ und nicht Käfer zu heißen, waren die formalen oder besser: dynamischen Mängel schon weitgehend wieder ausgeglichen, in den ersten Tagen noch nicht ganz, in den späteren in rasch zunehmendem Maße. Was aber blieb, war die Amnesie für wesentliche Teile des doch wohl in erster Linie als sprachlich festgelegt zu denkenden Bestandes seiner geistigen Person.

Man könnte nun leicht denken, daß es sich hier um einen der Degenerativen mit labilem Persönlichkeitsbewußtsein (*Bonhoeffer*²²) handelte, wo es nun hochstaplerhaft aus irgendwelchen Begehrlichkeiten heraus, also psychogen, zu einem Abreißen oder auch zu einer nicht so ganz unwillkürlichen, mehr oder weniger bewußtseinsnahen Unterdrückung des Kontinuums der bisherigen Identität kam. Wo sollten aber bei diesem Kranken aktuelle Motive dieser Art liegen? Es läßt sich höchstens in Betracht ziehen, daß er es sich früher vielleicht einmal ganz schön vorgestellt hat, so als wohlbezahlter Handwerker, mit seiner Mutter am gleichen Ort, im Aufbaudienst hinter der Front tätig zu sein, an Stelle eines weiteren Einsatzes mit bloßem Wehrsold bei der schweren Artillerie. Wenn er erst einmal genug verdient hätte, wollte er ja wieder zurück. Der Drückebergerkomplex spielte in seinem Wahn jedenfalls eine verächtlich große Rolle. Doch war ja sein nunmehriger Doppelgänger, der Käfer, als Fleckfieberkranker, durchaus rechtmäßig zur Aufnahme gelangt, nur daß er es bereits geschafft haben sollte, mit dem Lazarettzug in die Heimat zu kommen. Er selbst aber, als Eichbaum, welcher irgendwie, trotzdem er doch „litauischer Arbeiter“ war, unter die deutschen Soldaten geraten sein wollte, fürchtete, mit den faulen Köpfen einzurangieren, welche da auf den Namen Käfer, einer nach dem anderen, sich nach Hause durchschmuggelten. In dieser Beziehung hatte es der Patient — bis auf den Transport — gewiß nicht nötig, sich für seine Wunscherfüllung ans Imaginäre zu halten.

Indessen sieht man, wie die allgemeine Orientierungsstörung für derartige Motivationsvorgänge in entscheidendem Maße die Bedingungen, und zwar solche krankhafter Art, in sich schließt. Wie die Störungen innerhalb der sprachlichen Sphäre hier eine Depersonalisation mit sich brachten, so die der raum-zeitlichen Ordnung einen Erfüllungswahn mit Schuldgefühlen. (Zur Gegenüberstellung des Sprachlichen einerseits und des Raumzeitlichen andererseits, s. *Rieger*²³, auch *Betzendahl*²⁴). Die persönliche Metamorphose trägt überwiegend das Gepräge konfabulatorischer Lückenausfüllung. „Das, was er „ist“ und vollends, was er „darstellt“, war dem Patienten auch sonst vielleicht nicht so wichtig als das, was er „hat“ (Schopenhauers Aphorismen zur Lebensweisheit). Eine

vergleichsweise rezenterer Einzelheit aus seinem traumhaft verworrenen Wunschleben während der Psychose bedeutet es, was es für ihn mit der „blonden Schwester“ auf sich hatte: bei ihr, hieß es, hatte der gewisse Käfer seinen Mantel liegen lassen, und er sollte — vielleicht doch nicht nur wegen des Mantels — nach seiner Ausheilung auch noch einmal bei ihr vorgesprochen haben. Bei dieser Gelegenheit waren sich „Käfer“ und „Eichbaum“ wieder begegnet. Festzuhalten ist nur, als von grundlegender klinischer Bedeutung, daß eine gleichzeitig mit einer Sprachstörung, zumal hinsichtlich des Antriebs, auftretende Persönlichkeitspaltung mit Identitätswechsel und Amnesie für wesentliche Bestandteile des alten Ich den Anfang machten. Ob diese Form der persönlichen Desorientiertheit ohne weiteres als organisches Zeichen der auch bestehenden raumzeitlichen gleichzuordnen ist, ist hier mehr wie zweifelhaft. Man wird in Betracht ziehen müssen, daß die Weckung der Sprachimpulse vor allem in den Stammganglien vor sich geht, daß (nach *Kleist*) weiterhin das propriozeptive Erleben auf eine mediale Region darüber, den Gyrus cinguli speziell, verweist, daß dagegen die für die Auslösung der deliranten Zustände bedeutsamen Partien in Diencephalon zu suchen sind. Eine somato- und allopsychische Ratlosigkeit, was in erster Linie auf die Parietalregion hindeuten würde, bestand ja nicht. So wird man selbst bei diesem zu einer psychologisierenden Betrachtungsweise geradezu herausfordernden Fall gleichviel zu einer topischen Einordnung gelangen. Der wahnhaft — amétiell — ausgestaltete Widerstreit an sich begreiflicher Regungen erwuchs auf dem Boden einer auch hirnpathologisch vorstellig zu machenden Lockerung des psychischen Gefüges¹.

Waren es bei diesem an sich wohlveranlagten, höchstens ein wenig hyperthym-phantasievollen Schwaben mehr die Motivationszusammenhänge, auf denen nach der psychischen Seite der Akzent liegt, so bei dem Kranken (Fall Nr. 16), welcher zu einer ganz außerhalb des für ihn überhaupt Erreichbaren liegenden Wahnerfüllung gelangte, die charakterliche Struktur. Gemeinsam ist beiden der im Grunde delirante Typus der Beeinträchtigung des Realitätskontraktes. Dieser Mann, an sich einfacher Kraftfahrer, glaubte ja, im Verlaufe des Fleckfiebers Inspekteur der Fliegertruppen mit dem Eichenlaub zum Ritterkreuz geworden zu sein. Sicher war die Pathogenese dieses Wahns in ihrer Ursächlichkeit von dem Übermächtigwerden versagt gebliebener Jugendwünsche hinsichtlich der Fliegerei mitbestimmt. Die alte Neigung zum Basteln verschmolz darin mit dem wiederaufkommenden neiderfüllten Erlebnis, daß ein Jugendgenosse, der Mühlenbesitzerssohn, sich zum Flieger ausbilden lassen konnte. Weiter taucht der in die ersten Mannesjahre fallende Konflikt zwischen Bergsteigerehrgeiz und Vorliebe für

¹ Vgl. den Fall *Zutts* in den Berichten der Berliner Neurologischen Gesellschaft: *Zbl. Neur.* 75, 240 (1934), wo ein expansives Syndrom bei einem Schädeltrauma auftrat. Dazu auch *Müller-Hegemann*²⁵, *Zillig*²⁶.

kräftiges bayerisches Bier in modifizierter Form darin wieder auf. In entscheidender Weise aber macht sich das in der prämorbidem Persönlichkeit liegende egozentrische Wesen geltend.

Die körperliche Grundlage von alledem wird mit der postencephalitischen ängstlichen Erregung nachts, insbesondere mit den damit einhergehenden, zur inneren Wahrnehmung gelangenden Tonusänderungen geliefert. Wie dieser, also mit cerebralen Störungen gegebene, organische Kern sich im Bewußtsein des Kranken ausnimmt, wie er dann den Gegenstand von Erklärungsvorstellungen abgibt und zugleich von Regungen volitiver Art (*H. Maier*²⁷) im bei alledem herabgedämmerten Bewußtsein aufgegriffen wird: das alles stellt den Ausdruck und die Ausgestaltung im Psychischen eines vom Somatischen herrührenden Krankheitsgeschehens dar. Den pathoplastischen Beimischungen vollends, also der Anknüpfung an den individuellen Erfahrungsbereich, kommt innerhalb des Gesamtgeschehens nur in ganz geringem Maße und auch da nur in Einzelzügen eine kausale Bedeutung zu, in der Hauptsache stellen sie die äußere Gewandung des pathobiologischen Ablaufs dar. Interessant ist es unter allen Umständen, jeweils die persönliche Note bei seelisch Erkrankenden zu verfolgen. Praktisch wichtig wird dieses Moment darüber hinaus, wenn es die psychische Einbuße durch chronische und besonders auch durch diffuse Hirnerkrankungen zu beurteilen gilt. Nicht selten ist der Defekt ja lediglich an solch einer leichten Entstellung zu erkennen. Der „Verfall der Gesittung“ nach *Meynert* gehört schon zu den gröberen Symptomen. Diese psychische Einbuße trägt vielfach Herdcharakter und zwar im Sinne einer darin zum Ausdruck kommenden Läsion der Stirnregion, zumal der zuletzt hinzugekommenen und ausreifenden supraorbitalen Anteile (*Kleist*²⁰, *Spatz*²⁸).

Die Patienten der Fleckfieberstation waren, worauf immer wieder hinzuweisen ist, im wesentlichen ausgesuchtes Menschenmaterial. Die Verbreitung der Epidemie betraf doch wohl in erster Linie die jungen felddienstfähigen Soldaten vorn im Graben, welche gegen die Verlausung, besonders in der Winterszeit, nur wenig tun konnten. Damit ist statistisch betrachtet eine Einengung des Erfahrungsbereiches gegeben, zugleich aber auch die bei jedem Experiment entscheidend wichtige Isolierung der in gesetzmäßige Relationen zu bringenden Faktoren. Die Versuche hat hier die Natur selbst angestellt. Für deren Auswertung zu exakten Folgerungen heißt es aber noch, den genauen Zusammenhang der hervortretenden Momente zu beachten. Mortalität und auch die Zahl der schweren Fälle zunächst waren nach dem, was von Russen über ihre Quoten bei der Gesamtbevölkerung angegeben wird, als verhältnismäßig gering anzusehen. Abgesehen davon, daß sich bei allen nicht mehr ganz jungen Leuten, in schneller Progression eine Tendenz zu malignem Verlauf zeigte, ergab sich ziemlich oft bei den durch irgendwelche tiefergreifenden und nachhaltigeren Störungen ausgezeichneten Fällen nach

Status und Vorgeschichte — soweit sie zu eruieren war — eine entsprechende Pathoklise.

Zu nennen ist hier der Fall (Nr. 8), bei dem die Blickkrämpfe und Schauanfälle im Vordergrund standen, und wo sicher die frühkindliche, zunächst mit einer Entwicklungsstörung abklingende, sodann wohl auch einen circumscribten Schaden hinterlassende Erkrankung des Zentralnervensystems mitgewirkt hat, und zwar in Gestalt eines Hervortretens von Dekompensationserscheinungen dieser Art. Hirnstammsyndrome haben sich auch auf Grund einer verminderten Stabilität in dieser Weise etablieren können. Der trinkfreudige Funkmeister (Fall Nr. 12) mit seiner ohne Zweifel gesteigerten Delirbereitschaft hat sie mit Bestimmtheit nicht zuletzt einer schon bestehenden Schädigung des nach der Seite des Alkoholismus nicht minder als nach der des Fleckfiebers als Prädilektionsart zu bezeichnenden diencephalen Region zu verdanken. Sein Oberst hatte sicher ganz recht, wenn er traurig mit dem Kopfe nickte und meinte: „Ja, ja, der Alkohol!“ Das sind Belege dafür, daß ein Locus minoris resistentiae dieser oder jener Art eine Rolle für die besondere Ausgestaltung der Fleckfiebererkrankung spielen kann.

Der Abiturient (Fall Nr. 13) mit seinem beinahe katatoniform erscheinenden, sehr langanhaltenden Zustandsbild läßt an einen entsprechenden Erbfaktor denken, zumal wenn man auch seine offenkundige schizothyme Eigenart in Betracht zieht. Der vielgenannte Milieuschaden als einziges Kind kann hier beiseite bleiben. Ein Einspänner ist er ab ovo gewesen. Wenn auch die Bemühungen um das anatomische Substrat der schizophrenen Veränderungen einem eindeutigen Resultat noch fern sein mögen (*Fünfgeld*²⁹), so ist doch wenigstens soviel sicher, daß für die Fälle, welche dem „Spannungsirresein“ *Kahlbaums* entsprechen und hier am ehesten zum Vergleich heranzuziehen sind, dem Zustand der Stammganglien eine vorzugsweise große Wichtigkeit zukommt. Andererseits darf freilich nicht außer Betracht bleiben, daß nach den Untersuchungen von *Pohlisch*³⁰ „über den hyperkinetischen Symptomenkomplex“ auch für äußere Noxen das subcorticale System eine besondere Affinität zeigen kann. Vom Exogenen, also von der Seite der Ätiologie her, muß sich die Gruppe der Schizophrenien die größte Einengung gefallen lassen. Ist hier die klinische Entität bedroht, so durch die heredogenerativen Erkrankungen mit ihren in mancher Beziehung analogen Erscheinungen, in Symptomatologie und Substrat, die erbbiologische Sonderstellung. Hinzuweisen ist nur auf die paranoiden Symptome bei der *Huntington'schen Chorea*. Erbbiologie, Klinik und pathologische Anatomie sind also alle aufeinander angewiesen. Um so wichtiger ist, wenn, wie beim Fleckfieber, einmal die Ätiologie mit einem klar erkennbaren pathogenen Agens die Führung übernimmt (*Luxemberger*³¹). Auf jeden Fall wird man eine idiopathische Komponente als besondere Vulnerabilität der beim Fleckfieber elektiv gefährdeten großen Kerne zu vermuten haben.

Die erbbiologische Problemlage berührt auch das Krankheitsbild des strebsamen jungen Textilkaufmanns (Fall Nr. 15) mit seiner Besorgtheit um die Familie, dem im Fieberwahn das Haus seiner Mutter zerstört worden war, um dann aber ein an seine Truppe gefallene Stiftung von 4000 RM. zum Wiederaufbau zugewiesen zu bekommen und dabei noch die Hälfte zur Unterstützung seiner Schwester übrig zu behalten. Er erinnert, sowohl, was die psychotisch noch gesteigerte soziale Bindung angeht, als auch nach dem zirkulär anmutenden Affektumschlag ans Manisch-Depressive. Der Eindruck, den seine präpsychotische Persönlichkeit erweckte, paßte durchaus zu dem, was man an Kranken dieses Formenkreises in gesunden Tagen zu sehen gewohnt ist. Bei den organischen Psychosen machen sich ja vielfach cyclothyme Einschlüsse bemerkbar. *Boström* hat das besonders für die progressive Paralyse dargetan.

Ein einfaches Fieberdelir bot der tüchtige Elektromonteur (Fall Nr. 10). Er glaubte, auf dem ihm vertrauten Wagenhalteplatz zu sein, und meinte, ganz im Bann der ihm zur zweiten Natur gewordenen Berufsausübung, eine lockere Schraube an seinem Zündblock gefunden zu haben, die es anzuziehen gelte. Diese Herübernahme der geläufigen und auch rezenten Eindrücke, sowie Betätigungen in die Desorientiertheit findet sich mehr oder weniger in der gleichen Weise bei allen möglichen exogenen — traumatischen und infektiösen — Schädigungen des Zentralnervensystems. Die Ausbrüche des Studienassessors (Fall Nr. 19) dienten zur Illustration der beim Fleckfieber besonders häufigen, während der Temperaturbewegungen auftretenden furibunden Erregungszustände. Man wird das Hervorstechende solcher Störungen ohne Zweifel mit thalamischen Affektionen, welche nach dem ins Neurologische gehenden, weniger drastischen Zeichen, wie Hyperpathie, besonders oft beim Fleckfieber vorkommen, in Verbindung zu bringen haben. Hier trat aber zugleich eine gewisse Ähnlichkeit mit hysterischen Anfällen hervor und zwar nach der demonstrativen Note, welche die Produktionen an sich trugen. Nach seinen Angaben, wie nach dem Auftreten als Genesender, ist er ein für gewöhnlich etwas verschlossener und präokkupierter Mensch gewesen. Neurotische Wesenszüge machen hier sicher ein pathologisches Ingredienz aus. Im übrigen ist bei der relativen Häufigkeit unter den Fleckfiebersyndromen gerade solcher, manchmal auch wie eine verworrene Manie aussehender Paroxysmen in Erwägung zu ziehen, ob nicht die Hysteriefähigkeit als beinahe ubiquitäre Mitgift in Rechnung zu stellen ist. Was bei den psychogenen Auslösungen die zum Motiv werden den Erregungen und Strebungen bewirken, geschieht hier mit der teils unmittelbar excitierenden, teils die Selbstkontrolle aufhebenden pathologischen Einwirkung. Zu plazieren hat man den Vorgang einer derartigen Entfesselung der „Tiefenperson“ *Kraus*, also das maniforme oder auch hysteriforme Gebaren, vorzugsweise im Thalamus opticus bzw.

dessen Bahnen zum Cortex hin. Es ist Sache der pathophysiologischen Ausdeutung im einzelnen, ob mehr Gewicht auf das statische Moment einer Unterbrechung des hierarchischen Aufbaues der Teile des Zentralnervensystems oder auf das dynamische einer im Wege vasomotorischer Störungen zustande kommenden nutritiven Reizung im Sinne *Meynerts* zu legen ist.

Spielarten leichter psychischer Störungen könnten noch viele angeführt werden. Im Grunde aber ergibt sich jedem, der einige Zeit auf einer Fleckfieberstation gearbeitet hat, eine gewisse Konstanz. Im Vordergrund stehen die „Ritterkreuzträger“, worüber Schwestern und Sanitätsdienstgrade immer schon mit einem Lächeln berichteten: Es liegen da in der Regel nur kurzdauernde expansive Wahnbildungen vor, die meist in den letzten Tagen des hochfieberhaften Stadiums aufkommen. Die andere Kategorie, welche sozusagen zum normalen Bestand einer größeren Abteilung gehört, schließt in einem gewissen Gegensatz dazu, insofern hier eine asthenische, timide Note als persönliches Stigma unverkennbar ist, die Kranken in sich, welche nachts von eingedrungenen Russen phantasieren oder wo etwa, ganz wie bei Kindern, auf einmal eine böse schwarze Kuh in ihrem Zimmer steht (Fall 11). Diese Patienten tragen alle Zeichen der Angst an sich, und man muß ernstlich hinter ihnen her sein, damit sie nicht blindlings weglaufen. Das ist aber alles nur passager.

Es ist im übrigen im Auge zu behalten, daß immer wieder, jedenfalls für den, — auch ärztlichen — Laien in der Psychiatrie, nicht nur schwerer zu erkennende, sondern auch leicht zu verkennende Krankheitsformen vorkommen können. Deshalb wurden noch Fälle mitgeteilt, von denen man den einen (Fall Nr. 18) als „Simulanten“ behandelte, bis er dann unter Übergang der „Astasie-Abasie“ usw. in eindeutige Dyskinese strio-pallidärer Provenienz ad exitum kam. Es soll dem betreffenden Stationsarzt indessen nach dem obigen gern zugegeben werden, daß in das Bild der psychischen Beteiligung beim Fleckfieber auch Mechanismen und vor allem Attitüden einfließen, welche man gemeinhin nur auf dem Boden psychogener Auslösung sieht (*Bonhoeffer*³², *de Crinis*³³, *Kleist*²⁰, *Betzendahl*³⁴). Der andere konnte eben noch vor den, an sich gut gemeinten Maßregelungen durch die Mitpatienten, als vermeintlicher „Kleptomaner“, bewahrt werden. Dieser Mann, von dem auch ein Arzt, welcher als Rekonvaleszent dabei war, meinte, daß es ein „ganz gerissener Bursche“ sei, bot ein dämmerzustandhaftes Gehabe, speziell eine Polyphagie, welche sich drangartig äußerte. Auch sonst noch waren eine Fülle von organischen Krankheitszeichen von seiten des Zentralnervensystems, zumal der Stammganglien, zu erheben. Die „Freßsucht“ wies selbstredend auf eine Regulationsstörung von seiten der Kerne des Höhlengraus hin, ebenso wie auch eine vorhandene, nur nicht so verhängnisvoll sich auswirkende Polydipsie. Bei vielen anderen Patienten war diese viel ausgeprägter.

Ganz allgemein läßt sich sagen, daß die psychischen Syndrome beim Fleckfieber circumscrip't genug bleiben, um lokalisatorische Anhaltspunkte zu belassen. Weit mehr noch gilt das natürlich von den neurologischen Befunden. Bei der Gruppierung der Fälle waren die neurologischen Reiz- und Ausfallserscheinungen und hier wieder die Paresen vorangestellt worden. Damit sollte aber nicht bloß der mehr oder weniger elektive Charakter, als vielmehr das Maß der Häufigkeit des Vorkommens akzentuiert werden. Vorübergehend, jedenfalls im Stadium des Meningismus beim hohen Fieber zu Anfang, findet der Geübte fast immer Pyramidenzeichen, allerdings oft nur leichter Art, meist mit Seitendifferenz. In der Defervescenz, wo die Beteiligung des Subcortex einsetzt, kommt es zu einer Steigerung vor allem der Fluchtreflexe. Es war jeweils aber fast stets zu sehen, wie, offenbar in erster Linie von den enthemmten Vorderhörnern aus, der Kampf um die dem pyramidalen und extrapyramidalen Systeme gemeinsame Endstrecke einsetzte. Bei geeigneter Prüfung ließen sich bald positiver Babinski und andere auf eine Läsion des zum Cortex gehörenden zentralen Neurons hinweisende pathologische Zehenreflexe auslösen, sowie Prädilektionsspasmen u. ä., in denen die Störung der subcorticalen Verbindungen zum Ausdruck kam. Das gilt auch von dem Antagonismus zwischen willentlicher Anspannung und dyskinetischen Erscheinungen strio-pallidärer Provenienz (Fall Nr. 10). Es bedarf kaum einer besonderen Erwähnung, daß die unter den vorwiegend psychischen Syndromen geschilderten thalamusbedingten Störungen, soweit sie zu Expressivphänomen werden, auch ihre motorische Seite haben. Indessen läßt sich wohl, in topischer Abgrenzung, die Symptomatik des efferenten Systems für sich betrachten. Die Kasuistik schließt die genauere klinische Deskription in sich. Die einzelnen Zusammenfassungen sollten der Übersicht dienen. Ein Resumé an dieser Stelle erübrigt sich wohl. Nur das verdient noch einmal besondere Hervorhebung: mit welcher Klarheit, gleichsam herauspräpariert, zuweilen die Primitivreflexe und die archaischen Mechanismen hervortraten, aber auch, wie wesentlich bis in die Details hinein die Ähnlichkeit mit gewissen Störungen war, welche man gemeinhin nur bei der sog. katatonen Form der Schizophrenie zu sehen pflegt. Aus solchen Symptomen, an und für sich, ist also die Diagnose einer selbständigen Krankheitsform nicht zu stellen, sondern gegenüber dem landläufigen Ausgehen von „Kardinalsymptomen“ ist die Gesamtstruktur jedesmal zu berücksichtigen. In übrigen sind Ätiologie und Substrat heranzuziehen.

In diesem Sinne sei vor allem auf den Kunstmaler aufmerksam gemacht (Fall Nr. 6), welcher unverkennbar phylogenetisch weit zurückliegende Entwicklungsstufen nach Bewegungsformen und Verhaltensweise darbot. Bemerkenswert ist auch der andere Kranke (Fall Nr. 5), der sich im wesentlichen wie ein Säugling gebärdete. Der Melker (Fall

Nr. 4), welcher im Grunde auf der Höhe seiner Störungen der natürliche und gefestigte Mensch blieb, der er war, imponierte der Umgebung, auch Ärzten, nach den zwangshaften Impulsen und Reflexen zum Nachahmen bzw. Zugreifen, welche das Bild beherrschten, sodann nach den Erscheinungen von Mitmachen und Haltungsverharren als Geisteskranker. Solche Phänomene spielen bei manchen Hirnverletzten eine große Rolle (*Kleist*²⁰).

Einem Patienten mußte eine besonders eingehende Schilderung zuteil werden (Fall Nr. 9), weil neben den Blick-, Atmungs-, Tonus- und Schlafstörungen, welche wie bei dem schon in anderem Zusammenhang besprochenen Kranken (Fall Nr. 8) vorhanden waren, die Überschneidungen mit Kernsymptomen der Encephalitis lethargica auch einen ausgesprochenen Parkinsonismus betrafen. Bei ihm war eine gewisse, auch in der Anamnese hervortretende Antriebsschwäche und Gewohnheitsliebe möglicherweise als Folge irgendeines Hirnschadens zu deuten. Auffällig war neben seinem so ausgeprägten Ordnungssinn auch die ganz aus seiner Berufsausübung fallende Vorliebe, sich auf Bücher zu konzentrieren. Ganz auszuschließen ist es jedenfalls nicht, daß früher einmal eine mehr oder weniger abortive Encephalitis durchgemacht worden ist, zumal dieser schon ältere Patient die Epidemie seinerzeit erlebt hat. So würde auch hier die Fleckfieberinfektion hinsichtlich des Zentralnervensystems den Effekt gehabt haben, in der Latenz verharrende, weil kompensierte, Schäden, wenigstens vorübergehend, zu wecken.

Von denjenigen Fällen, die vor allem Tonusstörungen darboten: mit tetaniformen schmerzhaften Anspannungen, speziell plötzlich einschließender und wieder nachlassender Tonisierung, aber auch von Tremor verschiedener Ausprägung bis zu Paroxysmen, welche wie Myoklonusepilepsie aussehen, ist einer (Fall 7) ad exitum gelangt. Autoptische Befunde nach dieser Richtung wären wichtig, weil gerade diese Formen in ihrer Häufigkeit typisch sind. Das entspricht auch dem stets starken Betroffensein der Nucleus ruber-Region. Ein Ruhetremor fand sich selten, besonders ausgeprägt aber bei dem schon erwähnten, auf früher durchgemachte Encephalitis lethargica verdächtigen Fall (Fall Nr. 8). Im allgemeinen hingen die Zittererscheinungen von willkürlichen Impulsen und auch von gerade vorausgegangenen, zu Muskeldehnung führenden, Bewegungsexkursionen ab. Rhythmus und Amplitude waren von dem Maß der Aktivität abhängig. Steigende Anspannung ließ zum Auftreten von tetanischen Krämpfen inklinieren. Auch in diesem Fall, wie sonst vielfach, lagen in Koppelung unter sich, aber auch mit den Tonusänderungen Blick- und Einschlafphänomene bzw. hyperventilationsartige Anfälle von vertiefter Atmung vor. Gemeinsam hatten Psychiater und Pathologe dann noch die beiden Fälle mit vorherrschenden Dyskinesen (Fall Nr. 6 und Nr. 5) den einen archaisch-anthropoiden, den anderen infantil-primitiven Gepräge, so daß auch hier

besonders charakteristische Fleckfiebersyndrome die Möglichkeit einer genaueren Zuordnung von Klinik und Substrat finden werden. Von pathologischer Seite soll im übrigen dem Zustand der Corpora mammillaria und deren Umgebung eine besonders eingehende Untersuchung zuteil werden, weil delirante Erscheinungen ja bei allen Kranken mehr oder weniger vorkommen und zwar im eigentlichen Sinne, nicht lediglich als Trübung des Sensoriums durch den Hirndruck, wie er in den schweren Fällen in Tabula schon mit abgeplatteten Windungen sichtbar wird.

Natürlich hätte es fruchtbar gewesen sein können, sich mit einem Internisten zu vereinigen, um den psychiatrisch neurologischen Befunden eine noch breitere Basis zu geben. Wenigstens insofern ist diesem Desiderat entsprochen worden, als das, was an Aufzeichnungen zur Krankengeschichte durch die einzelnen Abteilungsärzte vorlag, auch herangezogen worden ist. Was aber eine wissenschaftliche Bearbeitung des Materials angeht, so konnte sich *Steuer*, den ich als zeitweiligen Leiter einer Fleckfieberabteilung antraf, nur zustimmen, wenn er es nach Maßgabe des an der Front Erreichbaren für geboten hielt, seinen Aufgabenkreis auf nur einige, dafür aber auch mit den vorhandenen Mitteln exakt zu lösende Fragestellungen einengte. Die im Grunde immer den ganzen Menschen betreffenden neurologischen und vor allem psychiatrischen Untersuchungen konnten ja ohne allzu großen Schaden von mancherlei, eben nur mit dem Apparat einer Klinik in der Heimat zu erfassenden Einzelheiten absehen. Die Synthese der beiderlei klinischen Aspekte bleibt eine Aufgabe für sich. Die Möglichkeit einer weiteren Objektivierung des Krankheitsgeschehens beim Fleckfieber ist zu befördern gesucht worden, indem die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Beobachtung darauf zugeschnitten worden sind, dem Pathologen als Direktive für seine autoptischen Nachprüfungen zu dienen. Damit könnte dann, außer zur speziellen Nosologie auch zur Hirnlokalisation und zwar mit einer besonderen Betonung der Korrelationen bei infektiösen Reaktionen ein Beitrag geliefert werden.

Von hier aus mag es denn verständlich erscheinen, wenn manchem an sich bedeutsamen Punkt, selbst wenn er in der Kasuistik anklang, doch nicht weiter nachgegangen ist. Durch die Beibringung von alledem, was unter den obwaltenden Verhältnissen hätte Fragment bleiben müssen, konnte nur die Profilierung der Zusammenschau leiden. Im Mittelpunkt des Interesses stand durchaus die Pathogenese, sowohl in der Richtung einer Beteiligung des Zentralnervensystems nach seinen grundlegenden Funktionen als auch der eines Hervortretens entsprechender Pathoklisen. Dahinter mußte die Symptomatologie als solche zurücktreten. Auch auf die Aufweisung besonderer, doch bloß Laboratoriumsmethoden zugänglicher kausaler Verknüpfungen war Verzicht zu leisten. Der topische Gesichtspunkt mag die Berührung zwischen psychiatrisch-neurologischer und pathologisch-anatomischer Arbeit herstellen. Daß

hinsichtlich der Verfolgung erbbiologischer Zusammenhänge ein empfindlicher Mangel besteht, daß man allein schon die Vorgeschichte, insonderheit zur Eruiierung irgendwelcher psychischen und somatischen Stigmatisierung vielfach eingehender hätte haben mögen, ist von vornherein zuzugeben. So wie die Dinge lagen, waren nun aber einmal objektive Zeugnisse nicht zu erhalten. An Hand einer Sippenkartei, wie sie *Pohlisch*³⁵ geschaffen hat, wäre wohl mancher Aufschluß zu gewinnen. Es wurde also einfach der Hebel da angesetzt, wo sich die Angriffspunkte boten. Fleckfieberfälle in der Heimat, sporadisch, wie sie hoffentlich bleiben werden, wären daher auch mit subtileren Tests zu erfassen. Die Fülle des Materials brachte es mit sich, daß eine Reihe eindrucksvoller Fälle darunter waren, welcher es wert erschienen, in ihrer hauptsächlichen Semiotik festgehalten zu werden. Für den Psychiater lag dabei der eigentliche Schwerpunkt auf den geradezu experimentell durch das Fleckfieber bloßgelegten Störungsmöglichkeiten im Zusammenspiel der cerebralen Funktionen. In diesem Sinne war auch an die *Meynertschen* und *Bonhoefferschen* Auffassungen aufs engste anzuknüpfen.

Die Phänomenologie ist vielleicht etwas zu kurz gekommen. Sicherlich wären dem, der sich die Zeit dazu hätte nehmen können, die aufschlußreichsten Resultate bei der Prüfung der Denkvorgänge, der Gefühlsabläufe usw. zuteil geworden. Es sei im Hinblick darauf nur erwähnt, daß gerade auch die Depersonalisationsphänomene keine geringe Rolle spielten. Es gab speziell viele Kranke, welche ohne rechte Beziehung zu ihren Extremitäten waren, auch wohl ihren ganzen Körper nicht mehr als sich zugehörig fühlten und dann Berührungen bei pflegerischen Maßnahmen als beruhigende, ja beglückende Selbstbestätigung empfanden. Andere waren wieder für das akute Krankheitsstadium amnestisch, und reagierten auf jede Erkundigung nach ihrem Befinden während dieser Erinnerungslücke mit ärgerlicher Abwehr: als sei doch nichts gewesen, offenbar nicht lediglich aus einer habituellen Dysphorie heraus, sondern im peinlichen Gewahrwerden einer Unterbrechung der persönlichen Kontinuität. Es mußte mit der Notierung von Proben auf Delirbereitschaft (*Liepmannsches* Phänomen), *Korsakoffsches* Syndrom, Assoziationsstörungen (Fall Nr. 12 und Fall Nr. 13 vor allem) sein Bewenden haben. Einiges Phänomenologische enthalten auch die Explorationen zur Eigenwahrnehmung der in erster Linie akzentuierten Störungen.

Ein wichtiges Kapitel wäre die Untersuchung der Hautbeteiligung, einschließlich der Ödembereitschaft des Unterhautzellgewebes, welche den Neurologen — im Punkte der vasomotorisch — trophischen Funktionen, sowie des Zustandes des peripheren und auch vegetativen Nervensystems — und den Dermatologen gleicherweise angeht. Von Interesse ist sodann die internistische Untersuchung der Grundlagen der

Veränderungen der direkten Muskeleerregbarkeit, aber auch der Krampfbewegung (*v. Stockert* hat Prostigminbehandlung angeregt, *Steuer* ist unter anderem mit Untersuchungen über den Calciumspiegel beschäftigt).

Schrifttum.

- ¹ *v. Economo*: Die Encephalitis lethargica. Berlin-Wien 1929. — ² *Bremer, F. W.*: Z. Neur. 158, 36 (1937). — ³ *Nonne, M.*: Z. Neur. 161, 221 (1938). — ⁴ *Walther, G.*: Klin. Wschr. 1921, H. 12, 1942 I, 269. — Münch. med. Wschr. 1942 I, 299. — ⁵ *Pette, H.*: Die akut entzündlichen Erkrankungen des Nervensystems. Leipzig: Georg Thieme 1942. — ⁶ *Wernicke, K.*: Gesammelte Aufsätze zur Pathologie des Nervensystems. Jena: Gustav Fischer 1893. — Grundriß der Psychiatrie. Leipzig: Georg Thieme 1906. — ⁷ *Bonhoeffer, K.*: Wien. klin. Wschr. 1928, Nr 28. — ⁸ *Munk, F.*: Z. klin. Med. 82, 415 (1916). — ⁹ *Hirschberg, N.*: Fleckfieber und Nervensystem. Berlin: S. Karger 1932. — ¹⁰ *Thiele, B.*: Mschr. Psychiatr. 1926, Beiheft Nr 36. — ¹¹ *Beringer, K.*: Z. Neur. 171, 451 (1941). — Nervenarzt 15, 225 (1942). — ¹² *Meynert, Th.*: Psychiatrie. Wien: Wilhelm Braumüller 1884. — Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien: Wilhelm Braumüller 1890. — ¹³ *de Crinis, M.*: Z. Neur. 165, 17 (1939). — ¹⁴ *de Crinis, M.*: Mschr. Psychiatr. 1934, Beiheft Nr 71. — ¹⁵ *Betzendahl, W.*: Die Ausdrucksformen des Wahnsinns. Berlin: S. Karger 1934. — Körperlich-seelische Wechselwirkungen bei organischen Psychosen. In: Ergebnisse nezeitlicher Forschung auf dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie. Stuttgart: Ferdinand Enke 1939. — ¹⁶ *Rüsken, W.*: Z. Neur. 169, 637 (1940). — ¹⁷ *Bonhoeffer, K.*: Die symptomatischen Psychosen. Wien: Franz Deuticke 1912. — Arch. f. Psychiatr. 58 (1917). — ¹⁸ *Pflüger, E.*: Die sensorischen Funktionen des Rückenmarks. Berlin: August Hirschwald 1853. — ¹⁹ *Gamper*: Zbl. Neur. 51 (1928). — ²⁰ *Kleist, K.*: Gehirnpathologie. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1934. — ²¹ *Bonhoeffer, K.*: Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke, S. 18ff. Berlin: Springer 1941. — ²² *Bonhoeffer, K.*: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle a. S.: Carl Marhold 1907. — ²³ *Rieger, C.*: Über Apparate in dem Hirn, Arbeiten an der psychiatr. Klinik zu Würzburg, Heft 5. Jena: Gustav Fischer 1909. — ²⁴ *Betzendahl, W.*: Mschr. Psychiatr. 95 (1937). — ²⁵ *Müller-Hegemann, D.*: Diss. Berlin 1937. — ²⁶ *Zillig, G.*: Nervenarzt 14, 146 (1941). — ²⁷ *Maier, H.*: Die Psychologie des emotionalen Denkens. Tübingen: J. C. B. Mohr 1908. — ²⁸ *Spatz, H.*: Z. Neur. 158, 208 (1937). — ²⁹ *Fünfgeld, E.*: Z. Neur. 158, 232 (1937). — ³⁰ *Pohlisch, K.*: Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Mschr. Psychiatr., Beiheft Nr 29. — ³¹ *Luxemburger, H.*: Psychiatrische Erblehre. München-Berlin: J. F. Lehmann 1938. — ³² *Bonhoeffer, K.*: Allgemeines für Psychiatr. 1911. — ³³ *de Crinis*: Z. ärztl. Fortbildg 37, Nr 3 (1940). — ³⁴ *Betzendahl, W.*: Ärztl. Sachverst.ztg 1939. — ³⁵ *Pohlisch, K.*: Erbpflege im dritten Reich. Bonn: Scheur 1941.