

Aus der Nervenklinik der Städt. Krankenanstalten Wismar  
(Leitender Arzt: Chefarzt Dr. LAUBINGER)

## Syndrom nach Forkenstich in die Fissura orbitalis superior\*

Von  
**HANS LEHMANN**

(Eingegangen am 2. Februar 1961)

Am 19. 1. 1959 wurde in die Chir. Abt. der Städtischen Krankenanstalten in Wismar ein 14jähriger Junge in bewußtlosem Zustande eingeliefert. Als einzige äußerlich sichtbare Verletzung fand sich eine etwa 0,5 cm lange querlaufende Wunde mit verhältnismäßig glatten Rändern unterhalb des Unterlides des rechten Auges, fast nasal sitzend. Von den Angehörigen und später von dem Jungen selbst konnten wir den Hergang des Unfallereignisses erfahren. Am Morgen des Tages befand er sich bei Glatt-eis auf dem Wege zur Schule. Ein Bauer, der sich zu seiner Arbeitsstelle begeben wollte, hatte eine Forke bei sich, die er vermutlich wegen des Glatteises mit nach vorn gerichteten Zinken trug. Unser kleiner Patient, Heinz Lutzke (Kr.-Bl. Nr. 379-12/32), wollte ihn überholen und glitt dabei aus. Der Bauer K. blieb daraufhin stehen, und bei dem Versuch, sich aufzurichten, hat sich der Junge einen Forkenzinken unterhalb des rechten Auges hineingestoßen. Als das Kind zu schreien begann, hat er die Forke beiseite gestellt und das Kind dem nächsterreichbaren prakt. Arzt zur ersten Hilfe gebracht, der eine sofortige Krankenhauseinweisung veranlaßte. Der Aufnahmearzt zog sofort einen Nervenarzt hinzu, weil ihm ein Rigor der linksseitigen Extremitäten aufgefallen war.

### Gekürzte Wiedergabe der Krankengeschichte

20. 1. 1959. Neurologische Erstuntersuchung. Ein 14jähriger Junge in gutem EZ, der nur mit reflektorischen Abwehrbewegungen bei starken Schmerzreizen reagiert. Im nasalen Drittel der unteren re. Augenlids findet sich eine etwa 0,5 cm lange querlaufende Einstichwunde mit leicht blutverkrusteten Wundrändern. Der re. Augapfel erscheint etwas vorstehend. Die Pupillen reagieren bds. prompt und ausgiebig auf Lichteinfall. Die li. Gesichtshälfte erscheint schlaff. In den beiden li. Extremitäten zeigt sich eine rigorartige Tonuserhöhung mit Zahnräderphänomen. Die Reflexe sind nicht nachzuweisen. Die Bauchdeckenreflexe fehlen li. völlig, re. sind sie erhalten. Bei starken Schmerzreizen (Nadelstichen) werden das re. Bein und der re. Arm angezogen, während die beiden li. Extremitäten nicht bewegt werden und das Kind nur dumpf stöhnt.

21. 1. 1959. Der Junge ist ansprechbar, wenn auch noch nicht bei vollem Bewußtsein. Auf lautes und intensives Anrufen reagiert er, dämmt aber sofort wieder

\* Nach einem Vortrag, gehalten vor der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der Universitäten Greifswald und Rostock, am 6. 5. 1959.

ein. Das re. Auge ist bewegungsunfähig. Neurologisch findet sich ein angedeuteter kernig und schwach positiver Lasègue. Die li. Gesichtshälfte hängt schlaff herab. Die beiden li. Extremitäten sind atonisch. Ein Babinski scheint sich li. anzubahnen. Sonst keine Veränderungen gegenüber dem Vortage.

Befund am 22. 1. 1959. Das Bewußtsein des Jungen ist deutlich aufgehellt. Er gibt auf Fragen Antwort und nennt auch seinen Namen. Allerdings ist die Ansprechbarkeit noch stark beeinträchtigt, die Reaktionsweise ist sehr verlangsamt. Einzelnen Aufforderungen kommt der Junge zögernd nach. Die Sprache ist kloßig verwaschen.

Die Zunge weicht hochgradig nach li. ab. Das Gaumensegel hängt li.

Die Gesichtsinnervation ist in allen drei Ästen li. aufgehoben. Die Arm- und Beinreflexe li. jetzt auslösbar, etwas lebhafter als re. Die Bauchdeckenreflexe fehlen li., Babinski li. positiv. Hyperalgesie in der ganzen li. Körperhälfte. Vollständige motorische Lähmung des li. Armes. Das li. Bein kann im Knie leicht angezogen werden.

23. 1. 1959. Die Nackensteifigkeit hat zugenommen. Das Bewußtsein ist heute praktisch klar. Das re. Augenlid hängt, kann aber aktiv etwas gehoben werden. Der re. Bulbus steht etwas vor.

Die Arm- und Beinreflexe sind jetzt li. deutlich lebhafter als re. Der Muskeltonus ist im li. Arm und Bein spastisch etwas erhöht. Die Bauchdeckenreflexe fehlen li., Babinski li. positiv, Rossolimo li. positiv, Spreizphänomen li. positiv.

Weiterhin Hyperalgesie in der li. Körperhälfte. Der Junge schreit auch spontan heftig auf und gibt starke Schmerzen in beiden li. Extremitäten an. Die Motilität des li. Beines (d.h. die groben Massenbewegungen) hatten zugenommen.

Während der stationären Behandlung auf der Chirurgischen Abteilung wurden am 19. 1. und am 23. 1. 1959 je eine Lumbalpunktion vorgenommen. Bei der ersten Lumbalpunktion am 19. 1. entleerte sich makroskopisch blutiger Liquor. Am 23. 1. 1959, also 4 Tage später, war eine Blutbeimengung makroskopisch nicht mehr nachzuweisen und eine angesetzte Kultur blieb steril, es waren nur noch vereinzelt Erythrocyten zu finden. Die Temperatur betrug bei der Einweisung 38,7°. Vorbeugend wurden bereits vom 20. 1. an Penicillin, sowie  $2 \cdot \frac{1}{2}$  g Streptomycin pro die verabfolgt. Da der Blutgehalt des Liquors offensichtlich auf eine Beteiligung der Liquorräume schließen ließ, wurde am 23. 1. Chloronitrin verabfolgt, dem man besonders bei entzündlichen Prozessen eine gewisse Fähigkeit zur Überwindung der Blutliquorschranke nach sagt.

Am 21. 1. waren, wie bereits vorhin erwähnt, die ersten Zeichen einer Nackensteifigkeit aufgetreten, die sich jedoch unter der Behandlung befriedigend zurückbildeten.

Die Nachuntersuchungen wurden täglich fortgeführt (aus Raumersparnis hier nicht wiedergegeben) und der Junge am 3. 2. 1959 zur weiteren Behandlung auf die Neurologische Abteilung verlegt. Hierbei sei nur erwähnt, daß die Restitutionsvorgänge im wesentlichen so abliefen, wie nach einem apoplektischen Insult mit einer Schädigung der inneren Kapsel, also zuerst Wiederkehr der Sehnenreflexe und langsame Abnahme der Paresen. Das Bewußtsein war bei der Verlegung praktisch klar. Der neurologische Befund war zusammenfassend:

Der Kopf ist frei beweglich, eine Nackensteifigkeit läßt sich nicht mehr nachweisen.

Der Augenhintergrund ist regelrecht, es besteht kein Anhalt für eine Stauungspapille. Das re. Auge ist noch immer geschlossen, das Lid kann nicht gehoben werden, der Bulbus ist vorstehend. Bulbusbewegungen sind nach keiner Richtung möglich, die Pupille ist weitgestellt und reagiert nicht auf Licht und Konvergenz. Beim Stirnrunzeln hängt die li. Seite nach. Die linksseitige mimische Gesichtsmuskulatur kann

nicht bewegt werden, die Zunge weicht beim Herausstrecken gleichfalls nach li. ab. PSR und ASR sind li. lebhafter als re., die reflexogene Zone ist li. deutlich verbreitert, desgleichen wird der li. Arm in Praedilektionshaltung getragen, d.h. volarreflektiert und gebeugt. Der Tonus ist linksseitig gegenüber re. spastisch erhöht, desgleichen in der unteren Extremität, jedoch kann das li. Bein bereits in geringem Ausmaß aktiv bewegt werden. Pathologische Reflexe sind nicht mehr mit Sicherheit nachweisbar. Es besteht eine starke Schmerzempfindung im Bereich der li. Gesichtshälfte, der li. Schulter und des li. Armes.

Auf der neurologischen Abteilung zeichnete sich der kleine Pat. durch eine außerordentliche Unruhe aus, die sich in lautem Schreien, das den ganzen Tag und die Nacht über anhielt, äußerte. Er verlangte laufend aufzustehen und sprach mit den Schwestern nur im Befehlston. Die von uns angestellte Befragung seiner Lehrerin ergab dagegen von dem Jungen ein äußerst günstiges Bild. Bei schlechten Milieuverhältnissen, (Stiefvater, der mit Sie angesprochen wird usw.) erhielt er etwas Geld von seinem in Pasewalk lebenden natürlichen Vater und versorgte sich, was Kleidung und Schulbücher anbetrifft, völlig selbst. Er sei in der Schule sehr fleißig und lerneifrig und keineswegs ungezogen. Er spiele im Zahlenlotto in der Hoffnung, etwas Geld zu gewinnen, damit er die Wohnung seines Stiefvaters erst einmal nett einrichten könne. Seine schulischen Leistungen mußten als überdurchschnittlich bezeichnet werden. Gegenüber dieser Schilderung kann der augenblickliche psychische Zustand des kleinen Pat. gleichfalls als Folge der Verletzung angesesehen werden.

#### *Kurze Deutung des Verletzungsvorganges und des Ablaufes\**

Es handelt sich um eine sehr seltene Verletzung. Die Zinke der Forke ist unterhalb des rechten Augenlides fast völlig nasal in die rechte Orbita eingedrungen, hat den Fettkörper der Augenhöhle durchbohrt und ist dann durch die Fissura orbitalis superior dextra in das Schädelinnere eingedrungen. Beim Durchtritt der Forkenzinke durch die Orbita ist es anscheinend nur zur Verletzung kleinerer Gefäße gekommen. Das dabei entstandene Hämatom führte zu einer Einmauerung der Augenmuskeln und -nerven und verursachte dadurch Bewegungsunfähigkeit und eine Protrusio bulbi. Auf dem Röntgenbild der Orbita konnte auch keine Verletzung der knöchernen Wände festgestellt werden.

Es ist anzunehmen, daß die Forkenzinke das Orbitalhirn rechts verletzt hat, darauf sind auch die charakterologischen Veränderungen zurückzuführen, die in der Folge noch erörtert werden. Die Verletzung bewirkte eine Blutung und Druckerhöhung in den basalen Zisternen, die auch zu einer Beeinträchtigung des Zwischenhirnes mit entsprechenden triebhaften und affektiven Veränderungen und einer nicht sicher zu beurteilbaren Schädigung des rechten Hirnschenkels, die wiederum zu einer sich langsam zurückbildenden linksseitigen Hemiplegie führte.

Der Rigor dürfte auf eine Schädigung der hinter (in Richtung der Gewalteinwirkung) den Hirnschenkeln liegenden Substantia nigra zurückzuführen sein, wie die Erfahrungen bei der Encephalitis lethargica beweisen (KLEIST<sup>1,2</sup>). Eine Pallidumschädigung ist nach den heutigen

\* Für wertvolle Hinweise bin ich Herrn Prof. Dr. K. KLEIST † verpflichtet.

Kenntnissen nicht dafür in Betracht zu ziehen, denn RIECHERT<sup>7</sup> und andere sahen bei stereotaktischen Elektrokoagulationen des Pallidums Rigor und Tremor verschwinden. Weiter liegt hinter der Substantia nigra der rote Kern und das Corpus subthalamicum, die Ausgangspunkt choreatischer, athetotischer und ballistischer Bewegungen sind und deren Läsion Ursache der von uns beobachteten Schleuderbewegungen des linken Armes sein kann. Durch die Lage des Stichkanals ist es auch zu einer Alteration des rechten hinteren ventralen Kerns des Thalamus gekommen, wofür die zunächst vorhandene Herabsetzung der Empfindungsqualitäten sowie die Hyperalgesie und Hyperpathie sprechen. Außerdem kam es zu einem vorübergehenden Fettansatz, der die Folge einer Schädigung des Hypophysen-Zwischenhirnsystems war und auf die bereits erwähnte basale Zisternenblutung zurückgeht. Eine pneumocephalographisch nachgewiesene Erweiterung des rechten Vorderhorns und eine vermehrte Luftfüllung über dem rechten Stirnhirn sind durch die Verletzung des basalen Stirnhirns, d.h. des rechten Orbitalhirns verursacht.

Diese Annahme wird durch den elektroenzephalographischen Befund, der auf eine frontale Hirnschädigung mit möglicher Zwischenhirnbeteiligung hinweist, gestützt\*.

Der weitere Verlauf war komplikationslos. Die Erscheinungen hatten sich in einem nicht für möglich gehaltenen Ausmaße zurückgebildet, wobei sich zunächst die Massenbewegungen und dann die subtileren einstellten. Bemerkenswert war die langsam wiederkehrende Pupillenreaktion, sowie die Wiederkehr der Beweglichkeit des Bulbus als Folge der Resorption des orbitalen Hämatoms, jedoch wurde zunächst noch über Doppelbilder geklagt. Die wahrscheinlich thalamusbedingten Schmerzen konnten durch die Verabfolgung von Phenothiazinen gut beeinflußt werden. Außerdem wurde eine intensive physikalische und aktive Übungstherapie, kombiniert mit Massagen und Gymnastik, durchgeführt. Am 13. 6. 1959 wurde der Junge dann zunächst nach Hause entlassen. Wie vermutet, traten in der Folgezeit schwerwiegende Veränderungen, besonders der Psyche, auf. Wir konnten anlässlich einer Nachuntersuchung im Januar 1960 entsprechende Feststellungen machen.

Der neurologische Befund war bei der Nachuntersuchung nicht wesentlich verändert.

Wir fanden im Januar 1960: einen 15jährigen Jungen in gutem EZ und AZ, der nicht mehr so adipös und aufgedunsen wirkte, wie bei seiner Entlassung im Jahre 1959.

Der Kopf kann aktiv und passiv frei bewegt werden und ist nicht druck- und klopfempfindlich. NAP frei. Die Augenbewegungen sind nach li. in allen Richtungen gut möglich. Beim Blick nach re. tritt eine geringe Abweichung der Augenachse nach

\* Herrn OA Dr. HERBST, Univ. Nervenklinik Rostock, danken wir für die Durchführung der Untersuchung und Überlassung des Befundes.

lateral ein. Die Pupillen sind beidseitig rund, re. etwas größer als li., dabei reagiert die re. Pupille nur wenig auf Licht und nicht auf Konvergenz, die li. Pupille reagiert normal. Die li. Nasolabialfalte ist leicht verstrichen. Die Armsiehenreflexe sind li. lebhafter als re. Auch der PSR und der ASR sind li. gleichfalls lebhafter als re. Pathologische Reflexe lassen sich nicht nachweisen. Außerdem findet sich noch eine spastische Tonuserhöhung der linksseitigen Extremitäten. Die grobe Kraft ist linksseitig deutlich herabgesetzt, beim Gehen wird der li. Fuß nachgezogen. Wenn der Junge darauf aufmerksam gemacht wird, geht er für eine kurze Zeit normal. Auch besteht eine Gangabweichung nach der li. Seite. Der li. Arm wird dabei lebhaft mitgeschlenkt.

### *Der psychische Befund*

Der Junge ist örtlich, persönlich und zeitlich voll orientiert, ist aber verlangsamt und eigenwillig. Bei der Unterhaltung mit ihm ist man sich nicht recht klar darüber, ob er nicht antwortet, weil er die Frage nicht begriffen hat, oder, weil er es nicht will. Zumeist handelt es sich dann um Fragen, die nach langem Zögern beantwortet werden, wobei die Antworten dann aber nicht den uns bekannten Tatsachen entsprechen. Er muß zu den einfachsten Formen der Höflichkeit im Umgang mit den Mitarbeitern der Klinik aufgefordert werden. Im ganzen gesehen ist er hirnorganisch verändert. Im Gesamtverhalten erscheint er abgelenkt, unaufmerksam und manchmal zurückhaltend mißtrauisch. Gemütlich wirkt er zornmütig, reizbar und argwöhnisch, außerdem besteht eine Affektlabilität. Störungen der Wahrnehmung lassen sich nicht nachweisen, auch das formale Denken scheint nicht gestört zu sein. Die Auffassung, Aufmerksamkeit, die Merkfähigkeit und das Gedächtnis scheinen nicht beeinträchtigt zu sein. Das Schulwissen entspricht dem Alter. Aphasische Störungen lassen sich nicht nachweisen.

Einen noch besseren Eindruck als den in der Klinik gewonnenen, in der er sich zusammenzunehmen bemühte, vermittelten die Berichte über die Befragung seiner Mutter und seiner Klassenlehrerin.

*Frau Sager, gesch. Lutzke berichtet.* Seit seiner Rückkehr aus dem Krankenhaus habe sich ihr Sohn sehr zu seinem Nachteil verändert. Er sei jähzornig, leicht erregbar und reizbar geworden. Er, der früher ein leicht lenkbarer und gut erzogener Junge gewesen sei, bekomme es heute fertig, ihr einfach die Stühle im Zimmer zu zerschlagen, wenn sie ihm nicht seinen Willen ließe. Auch in seinem Ton ihr gegenüber sei er sehr verändert. Er sei manchmal frech und ungezogen und höre nicht auf ihre Hinweise. Sein Stiefvater wage ihm nichts zu sagen. Besonders unter seinen Launen zu leiden habe seine erwachsene Schwester, die als Angestellte einer Gaststätte früh vom Dienst käme und morgens länger schlafen möchte. Sehr oft gestatte dies ihr Sohn, Heinz L., nicht, sondern wecke sie gewaltsam auf, weil er sich am Morgen mit ihr zu unterhalten wünsche. Auch seine Schularbeiten ließe er links liegen und habe nur noch Interesse daran, möglichst wenig mit der Schule zu tun zu haben. Während er früher sehr strebsam gewesen sei und auf eine entsprechende Ausbildung sehr großen Wert gelegt habe, sei jetzt sein Wunsch, möglichst bald aus der Schule entlassen zu werden und eine Tätigkeit aufzunehmen, damit er über ausreichend Geld verfüge, um rauchen und auch etwas trinken zu können. Sie mache sich über diese Veränderungen große Sorgen, hoffe aber immer noch, daß es ihr gelingen würde, im Rahmen der Familie mit seinen Eigentümlichkeiten fertig zu werden und aus ihm einen anständigen Menschen zu machen. Sie könne sich nicht dem ihr bereits gemachten Vorschlag anschließen, den Jungen in ein Heim zu geben, weil er ihr sehr am Herzen läge.

*Die Klassenlehrerin, Frau Romb., Oberschule Neukloster.* Seit September des Jahres 1959 sei der Schüler Heinz Lutzke wieder ihr Schüler in der Klasse 7a. Sie habe inzwischen die Beobachtung gemacht, daß er in seiner familiären Umgebung

nicht bleiben könne, da er dort verkommen würde. Er gehorche seiner Mutter nicht mehr. Die Mutter hänge sehr an dem Kind, erfülle ihm jeden Wunsch und versorge es nach Möglichkeit mit Geld. Wie ihr von einer im gleichen Hause wohnenden Kollegin berichtet worden sei, tyrannisiere der Junge seine Mutter und auch den Stiefvater, den er mit „Herr Sager“ anrede, sowie auch seine Schwestern. Wenn die ältere Schwester ihm nicht jeden ausgesprochenen Wunsch erfülle, drohe er ihr, sie zu erstechen. Er habe mehrfach unentschuldigt die Schule versäumt und zeige keine Lust mehr, sie weiter zu besuchen. Dies habe er mehrfach seiner Mutter und seinen Klassenkameraden gegenüber geäußert. Er schütze oft Unwohlsein vor und belüge sie (die Klassenlehrerin), daß er nach Wismar zum Arzt oder nach Blankenberg zu seinem Bruder fahren wolle, nur, um der Schule fernzubleiben. Er führe kein geordnetes Leben, gehe sehr oft ins Kino und ließe sich von jugendlichen Halberwachsenen Alkohol geben, rauche Zigaretten, trieb sich herum. Sie habe immer freundlich, aber bestimmt mit ihm gesprochen und habe persönlich mit ihm in der Schule keine Schwierigkeiten gehabt. Da er bemerkte, daß sie seinen Schulbesuch kontrollierte, habe er versucht, ihrer Kontrolle zu entgehen. Am Montag, dem 2. 11. 1959, sei er nach Berlin gefahren, um nach „dem Westen“ zu gehen. Er habe versucht, einen Klassenkameraden zu bereden, ihm eine Fahrkarte nach Berlin zu kaufen, was dieser jedoch abgelehnt habe. Zu diesem Schüler Klaus W., habe er auch gesagt, daß er nach Thüringen zu einer anderen Schwester fahren wolle, um nicht mehr zur Schule gehen zu müssen. Dort, so habe er gemeint, sei er unbekannt und könne sich Geld verdienen. Irgendwie sei ihm gelungen, eine Fahrkarte nach Berlin zu bekommen und bis zum Ostbahnhof zu fahren. Dort habe er wahrscheinlich den Mut verloren und sei zur Volkspolizei gegangen, die ihn wieder zurückgeschickt habe. In der Zeit vom 1. 9. 1959 bis zum 14. 3. 1960 habe er insgesamt 48 Tage (den zweiten Krankenhausaufenthalt ausgenommen) die Schule entschuldigt und 12 Tage unentschuldigt versäumt. Frau Romb. meint, daß unter den 48 Tagen einige seien, an denen er ohne wirklichen Grund der Schule ferngeblieben sei und die Mutter nachträglich eine Entschuldigung geschrieben habe. Er habe sich bemüht, nach dem zweiten Krankenaufenthalt die Schule regelmäßig zu besuchen und dem Unterricht zu folgen, jedoch sei er noch immer sehr unbeherrscht. Was er denke, sage er laut in die Klasse hinein, ohne sich zu melden. Sie habe den Eindruck, daß es ihm nicht auffalle, wenn er „laut denke“. Bei Klassenarbeiten sei er so erregt, daß er seine Umgebung ganz vergesse. Er komme dann mit dem Heft zum Pult gelaufen, da er dieses oder jenes nicht lösen könne.

Wenn er von seinen Mitschülern durch Kleinigkeiten gereizt werde, schreie er seinen Zorn laut heraus. Persönliche Beziehungen zu den Mitschülern habe er nicht. Er besuche zwar die Pioniernachmittage, sehe aber nur den anderen zu oder versuche, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Da er in seiner Bewegungsfähigkeit behindert sei, könne er viele Dinge auch nicht mitmachen. Geld bedeute für ihn alles. Er sammele Flaschen und verkaufe sie, nur um Geld in der Hand zu haben. Durch die bereits erwähnte Kollegin sei ihr bekannt, daß der Junge in seiner Freizeit tun und lassen könne, was er wolle. Sehr oft käme er erst nach 21.00 Uhr nach Hause. Auch die ehemalige Klassenlehrerin, Frau Rud., in deren Klasse der Junge früher gewesen sei, fände ihn sehr verändert. Sie kenne ihn als netten Jungen, der sehr auf sich gehalten habe, strebsam und darauf bedacht gewesen sei, etwas zu erlernen, um seiner Mutter später von seinem selbstverdienten Geld eine Wohnungseinrichtung zu kaufen. Die Kollegin Rud. sei der Ansicht, daß es für das Kind besser sei, wenn es in einem Heim untergebracht würde, wo es freundlich, ruhig, doch konsequent behandelt würde. Soweit die Berichte.

Es handelt sich bei Heinz Lutzke also um eine Verletzung des rechten Orbitalhirns, sowie um eine Beeinträchtigung des Hypophysenzwischen-

hirnsystems. Die Rolle, die das Orbitalhirn bei der Formung der Persönlichkeit spielt, wurde von KLEIST<sup>1</sup> eingehend in seiner Gehirnpathologie besprochen. Er wies auf die speziellen Eigentümlichkeiten der Orbitalhirnverletzungen hin, die er von den Stirnhirnverletzungen erstmalig abtrennte. Dem Orbitalhirn kommen demnach besondere Eigenschaften beim Zustandekommen der Ichleistungen zu bzw. deren Desintegration bei entsprechenden Verletzungen.

In seiner Symptomatologie schließt sich der Fall Heinz Lutzke denen von LEONORE WELT<sup>8</sup>, QUENSEL<sup>6</sup>, WIMMER<sup>9</sup> und KLEIST<sup>1</sup> (und auch von KRETSCHMER<sup>3</sup>, hier besonders die Fälle 4—8) an, die in der Kleistschen Gehirnpathologie ausführlich gewürdigt werden. Nach KLEIST würde man Heinz Lutzkes Störungen als solche des Gemeinschafts-Ich im Sinne einer Herabstimmung des Gemeinschaftsgefühls durch Mißtrauen, Geiztheit und Querulierung ansehen. Eine Störung des Selbst-Ich wird verkörpert durch egoistische dranghaften Regungen gegenüber anderen, hier z. B. die rohe Behandlung seiner Familienangehörigen, Bedrohung mit dem Messer, gewaltsames Wecken der Schwester sowie eine hältlose Willensschwäche, die sich im bisher bei ihm unbekannten suchtartigen Rauchen und Trinken manifestiert.

Für eine Störung des Trieb-Ich sprechen das von der Lehrerin geschilderte Herausschreien seines Zornes vor der Klasse und die unmotivierte Berlin-Reise. Die durch die passagere Adipositas wahrscheinlich gemachte Zwischenhirnstörung hat sicher zur weiteren Profilierung der Triebereggbarkeit geführt. Oder, um mit KRETSCHMER<sup>4,5</sup> zu sprechen, findet sich bei Heinz L. eine Störung der „sphärischen Integrierung“, d. h. die jeweiligen gedanklichen und psychomotorischen Entwürfe können nicht mehr mit der jeweiligen Gesamtsituation zu einer Einheit von Bild und Handlung verschmolzen werden.

Eine Vergrößerung der Desintegration führt zu entsprechenden Störungen, z. B. Verlust des Taktgefühls in seinen Variationen. Des weiteren liegt ein Versagen der „dynamischen Steuerung“ KRETSCHMERS mit Enthemmung der Impulse im Denken, Sprechen und Handeln vor. Das psychische Bild L's entspricht also gleichfalls dem psychischen Basalsyndrom KRETSCHMERS und weist die von ihm geforderte Voraussetzungen einer Orbitalhirnverletzung und einer Hypophysenzwischenhirn-systemstörung auf.

### Zusammenfassung

Ein 14jähriger Junge erlitt eine Verletzung durch einen Forkenstich durch die rechte Augenhöhle in die Fissura orbitalis superior in das Schädelinnere. Es kam dabei zu einer Verletzung des rechten Orbitalhirnes und des Hypophysenzwischenhirnsystems. An Hand der Krankengeschichte wurden die neurologischen und psychischen Folgen der Ver-

letzung eingehend besprochen. Sie entsprechen den von KLEIST erstmals geschilderten Folgen von Orbital- und Zwischenhirnverletzungen und dem Kretschmerschen psychischen Basalsyndrom.

### Literatur

- <sup>1</sup> KLEIST, K.: Kriegsverletzungen des Gehirns in ihrer Bedeutung für die Hirnlokalisation und Hirnpathologie im Handbuch der Ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/18. Hrsg. von O. v. SCHJERNING, Bd. IV Geistes- und Nervenkrankheiten, hrsg. von K. BONHOEFFER. Leipzig: J. A. Barth 1922/34.
- <sup>2</sup> KLEIST, K.: Briefliche Mitteilung vom 20. 10. 1960.
- <sup>3</sup> KRETSCHMER, E.: Die Orbitalhirn- und Zwischenhirnsymptome nach Schädelbasisfraktur. Arch. Psychiat. Nervenkr. **182**, 452 (1949).
- <sup>4</sup> KRETSCHMER, E.: Med. Psychologie. 11. Aufl. Stuttgart: G. Thieme 1956.
- <sup>5</sup> KRETSCHMER, E.: Verletzungen der Schädelhirnbasis und ihre psychiatrisch-neurologischen Folgen. Dtsch. med. Wschr. **79**, 1709 (1954).
- <sup>6</sup> QUENSEL, F.: Stirnhirnverletzung mit Charakterveränderungen. Münch. med. Wschr. **61**, 1761 (1914); zit. nach KLEIST<sup>1</sup>.
- <sup>7</sup> RIECHERT, T.: Neurochirurgische Therapie im Handbuch der Inn. Med., Bd. V/I. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer 1953.
- <sup>8</sup> WELT, L.: Über Charakterveränderungen des Menschen infolge Laesionen des Stirnhirns. Dtsch. Arch. klin. Med. **42**, 339 (1888); zit. nach KLEIST<sup>1</sup>.
- <sup>9</sup> WIMMER, A.: Über Charakter- und Temperamentveränderungen nach Stirnhirnverletzungen. Allg. Z. Psychiat. **84**, 451 (1926); zit. nach KLEIST<sup>1</sup>.

Dr. med. HANS LEHMANN,  
Wismar (Mecklenburg), Städtische Krankenanstalten, Neurologische Abteilung