

XXI.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Breslau.

Klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnisschwäche*).

Von

Dr. C. S. Freund,

früherem Assistenten der Klinik.

Das Studium der allgemeinen Gedächtnisstörungen ist von ärztlicher Seite noch wenig getrieben worden, obwohl häufig im Verlaufe von Geisteskrankheiten oder schweren Allgemeinerkrankungen Symptome von allgemeiner Gedächtnisschwäche zur Entwicklung gelangen. Es liegt wohl daran, dass dieselben nicht im Vordergrund des klinischen Krankheitsbildes stehen, vielmehr mit anderen Erscheinungen von psychischer Schwäche combinirt sind und sich von diesen nicht scharf genug abgrenzen lassen. Zu den Seltenheiten gehören dagegen diejenigen Fälle, in welchen die Gedächtnisschwäche rein und ungetrübt beobachtet wird und den Charakter einer selbstständigen Krankheitsform annimmt, in welchen es möglich ist, den Umfang der Störung genauer zu bestimmen. Wir sind in der Lage, zwei derartige Fälle ausführlicher mittheilen zu können.

I. Fall.

Frau Krobak, Droschkenkutscherwitwe, 52 Jahre alt. Gewohnheitstrinkerin. Früher stets gesund. Seit Anfang 1887 Symptome von Alkoholtabes (schwerfälliger Gang, lancinirende Schmerzen). Seit Anfang 1887 Zeichen von Lebercirrhose und Steigerung der spinalen Symptome. Am 19. Juni Auftreten von Delirien (Verkennen der Umgebung, verwirrtes Reden). Am 22. Juni Ueberführung auf die psychiatrische Klinik. Hierselbst wird ausser den Delirien und der Lebercirrhose constatirt: Grobe Sensibilitätsstö-

*) Nach einem am 30. November 1887 im Vereine der Ostdeutschen Irrenärzte zu Breslau gehaltenen Vortrage.

rungen (insbesondere Perversitäten der Empfindung), sowie Ataxie, Westphal'sches Kniephänomen und hochgradige Parese der unteren Extremitäten (aufgehobenes Gehvermögen) und ferner eine beiderseitige Abducensparese. In den nächsten Wochen Steigerung der spinalen Symptome: Auftreten eines Mal perforant an der rechten Ferse, Incontinentia urinae et alvi. Drohender Decubitus.

Die Delirien bestanden bis Anfang Juli andauernd in gleicher Stärke, blieben später zeitweise für wenige Tage aus, stellten sich aber immer wieder ein. Erst im September fingen sie an, für längere Zeit zu verschwinden und tauchten seitdem nur sporadisch, höchstens für die Dauer eines Tages auf. Im September besserte sich auch das körperliche Befinden, die Abducensparese ging völlig zurück, das Mal perforant verheilte, das Gehvermögen stellte sich allmählig wieder her.

Seit October keinerlei Aenderung in ihrem Zustande. Subjectives Wohlbefinden. Leidliches Gehvermögen. Häufige Klagen über Parästhesien in den unteren Extremitäten, besonders an der Stelle des Mal perforant.

Eine genauere Würdigung erfordert das psychische Verhalten der Patientin. Sie war entschieden geisteskrank und wollte man sie unter eine der üblichen Kategorien rechnen, so müsste man sie als schwachsinnig oder blödsinnig bezeichnen. Jedoch ist es schwer, die einzelnen Factoren, aus denen sich dieser Schwachsinn zusammensetzte, erschöpfend zu analysiren. Kein Zweifel ist, dass ein Hauptantheil der Gedächtnisstörung zufällt, andererseits sind noch ganz leichte Delirien und Unorientirtheit in Rechnung zu ziehen, sowie eine nicht recht motivirte Euphorie mit leicht erotischem Anstriche, welche nur hin und wieder von einer gewissen weinerlichen, rührseligen Stimmung unterbrochen wurde, die durch leichte ängstliche Delirien eine genügende Begründung fand. Der Schwachsinn documentirte sich auch in einer ziemlich erheblichen Schwatzhaftigkeit. Das Sensorium der Kranken war stets klar, die Fähigkeit zu appercipiren hatte verhältnissmässig wenig gelitten und die Delirien traten so selten auf und waren so leicht zu erkennen, dass von dieser Seite her ein Fehler sich in die nachfolgende Uebersicht nicht einschleichen konnte. Die in letzterer enthaltenen Daten stammen aus Zeiten, wo Delirien mit Sicherheit auszuschliessen waren.

Uebersicht über den Umfang der Gedächtnisstörung: Der Verlust des Gedächtnisses steht im umgekehrten Verhältniss zur Zeit, insofern nämlich die Erinnerung an die ersten Lebensabschnitte bei der Patientin ganz intact geblieben ist, während das Gedächtniss für spätere Ereignisse hochgradig gelitten hat. Frau Kroback besinnt sich zum Theil auf die Geburtstage ihrer zahlreichen Geschwister, kennt z. B. die Namen ihrer Lehrer und Schulfreundinnen,

erinnert sich an die verschiedenen Stellungen, in denen sie gedient hat, und giebt genaue Auskunft über Vorgänge aus der ersten Zeit ihrer Ehe. Was dagegen hinter ihrem 30. Lebensjahre liegt, ist aus ihrem Gedächtniss fast völlig geschwunden. Sie weiss z. B. nicht, dass sie ihr Domicil nach Breslau verlegt hat — die Uebersiedelung erfolgte schon vor ca. 20 Jahren — sie glaubt, dass sie erst vor 10 oder höchstens 20 Jahren geheirathet habe, sie weiss nicht genau, ob ihr Mann Rollkutscher oder Droschkenkutscher gewesen ist und für welchen Dienstherrn er gefahren ist. Die grossen geschichtlichen Ereignisse, die sie miterlebt hat, sind nur in ganz kleinen Bruchstücken in ihrem Gedächtniss haften geblieben, ebenso erinnert sie sich nur ganz ungenau an die Hauptstrassen und Hauptsehenswürdigkeiten von Breslau und Brieg (in letzterer Stadt lebte sie in der ersten Zeit ihrer Ehe) und vermag auch nicht anzugeben, wo ihre langjährige Wohnung in Breslau gelegen hat. Ebenso hat ihr Gedächtniss für näherliegende Ereignisse gelitten. Es ist erstaunlich, wie wenig sie über ihre wichtigsten persönlichen Verhältnisse orientirt ist. Sie glaubt, dass ihre Eltern und ihr Mann noch leben, während dieselben schon lange gestorben sind, sie hält ihre bereits erwachsenen Kinder für noch unerzogen. Ihr eigenes Alter taxirt sie annähernd („Anfang der 50er“) richtig, doch glaubt sie, dass auch ihre Eltern „schon in den 50ern seien“. Sie äussert keinerlei Grössenideen.

Noch viel ausgeprägter ist die Gedächtnisstörung für die Zeit nach Ausbruch der Krankheit. Sehr bemerkenswerth ist, dass Patientin eine gewisse und zwar ziemlich richtige Krankheitseinsicht besitzt. „Ich bin manchmal wochenlang wie abwesend, ich weiss dann nicht, wo ich bin und was ich thue, das Blut steigt mir dann in den Kopf. — Ich bin so vergesslich, mein Kopf ist so schwach und die Beine thuen mir weh; muss mich schleppen, damit ich nicht zusammenbreche. — Wenn ich den Kopf herumdrehe, ist es als wenn ich den Kopf vollgefüllt hätte, ich weiss nicht mit was.“ — Sie variirt sehr häufig in ihren diesbezüglichen Angaben, aber nur selten verliert sich bei ihr das Krankheitsbewusstsein. Sie weiss auch, dass sie zum Zwecke ihrer Behandlung sich im Hospital befindet. Aber sie weiss nicht immer, dass der Ort ihres Aufenthaltes ein Krankenhaus ist, noch viel weniger, dass sie sich im Allerheiligen-Hospital zu Breslau befindet. Sie stellt zumeist in Abrede, dass sie momentan in Breslau ist und glaubt, in ihrem Heimathsstädtchen oder in einem von dessen Nachbarorten zu sein und dass unser grosses Hospital zu diesem Städtchen gehöre. — Wiewohl sie bereits viele Wochen lang in demselben Krankensaale liegt, findet sie nicht in die Stations-

küche und auf das Closet, ebensowenig erkennt sie ausserhalb ihres Bettes letzteres wieder.

Sie hat keine Vorstellung über die zeitliche Dauer ihrer Krankheit und ihres Hospitalaufenthaltes oder ihrer Bekanntschaft mit dem Arzt und den Wärterinnen. Sie wechselt in ihren diesbezüglichen Angaben. Gewöhnlich glaubt sie, erst wenige Tage hier zu sein, mitunter ist sie angeblich erst vor wenigen Stunden aufgenommen worden. — Sie ist nicht im Stande, Datum, Wochentag, Monat oder Jahreszahl richtig anzugeben, sie weiss nicht einmal, in welcher Jahreszeit wir leben. Hingegen ist sie über die Tageszeit immer leidlich orientirt. Ihr Hauptanhaltspunkt zu deren Beurtheilung sind die Mahlzeiten. Doch weiss sie mitunter — wenige Stunden hernach — nicht genau, ob sie schon Mittagbrot gegessen hat, sie kann gewöhnlich nicht angeben, was für Speisen sie zu Mittag gegessen hat. — Bei der Abendvisite erinnert sie sich nicht mehr daran, dass der Arzt sie schon am Morgen besucht hat. Ihre Vergesslichkeit geht sogar so weit, dass sie oft schon nach einer Stunde nicht mehr sich erinnern kann, dass der Arzt sie einer genauen körperlichen Untersuchung unterzogen oder eine andere Prüfung, z. B. die ihres Schreibvermögens, mit ihr vorgenommen hat. An einem Nachmittage z. B. wusste sie nicht mehr, dass sie in den späten Vormittagsstunden über eine halbe Stunde lang dem Arzte die verschiedensten Melodien hat nachsingen müssen und behauptete, vor mehreren Jahren zum letzten Male gesungen zu haben.

In das Bereich dieser Störung fällt noch eine andere interessante Erscheinung, die man ziemlich häufig bei unserer Patientin beobachten kann, nämlich das Auftreten von Erinnerungstäuschungen. Es möge ausdrücklich hervorgehoben werden, dass solche auch zu Zeiten anzutreffen sind, wo Patientin unzweifelhaft frei von Delirien ist. So z. B. verkennt sie sehr häufig den Arzt und begrüsst ihn als den alten Schullehrer aus ihrem Heimathsstädtchen, nennt ihn bei dessen Namen und erkennt so wenig ihre Täuschung, dass sie den noch jungen Arzt für einen alten, am Ende der fünfziger Jahre stehenden Mann erklärt.

Folgendes Stenogramm dürfte zur Charakteristik des Krankheitsbildes wesentlich beitragen:

Was fehlt Ihnen denn? Ach Herr Doctor mir thut Alles so weh, die Beine und Alles.

Kennen Sie mich? O ja, Herr Doctor, Sie waren früher in Carlsruhe mein Lehrer, wenn ich mich nicht täuschen thu.

Wer bin ich denn? Herr Dr. Golch.

Wie alt bin ich? Ach Herr Doctor, ich könnte Beleidigungen ausstossen, wenn ich das sagen thäte. Sie mögen auch erst in den Vierzigern sein, dass Sie älter sind, kann ich mir nicht wohl denken.

Wie alt sind Sie? Ich bin in den Vierzigern.

Sind wir gleich alt? Nein, denn Sie waren früher mein Herr Lehrer. Ich bin 1835 am 3. August geboren.

Was haben Sie für eine Krankheit? Es steckt mir in allen Gliedern. Ich kann nicht laufen seit vielen Wochen. Manchmal weiss ich gar nicht, wo ich bin, da steigt mir das Blut in den Kopf. Sonst bin ich immer lustig gewesen und arbeitsam; jetzt bin ich seit längerer Zeit schwach. Im Kopfe ist es mir, als ob ich gar nicht den Kopf in die Höhe heben könnte. Mitunter bin ich so schwach, dass ich vergesslich bin. Es muss doch das Blut sein, was mich so macht. Ich habe sonst so arbeiten können und bin auch zu Allem fähig gewesen.

Haben Sie mir das schon einmal erzählt? Nein, Herr Doctor. Ich bin halt so schwach, dass der Kopf immer vornüber sinkt.

Vergessen Sie oft etwas? Wenn ich etwas gemacht habe, so muss ich mich erst besinnen nach ein Paar Stunden, hast du es gemacht oder nicht. Wenn ich einmal einen Gang thun wollte, so musste ich mich besinnen, ob ich es schon gemacht habe oder nicht.

Leben Ihre Eltern noch? Ja, ich glaube, sie leben noch.

Und Ihr Mann? Ja, der lebt auch noch. Meine Tochter lebt auch noch. Ich habe sie natürlich schon lange nicht mehr gesehen.

Wie lange ist es her? Herr Doctor, da müsste ich lügen, das weiss ich nicht so genau. Ich weiss auch augenblicklich nicht, wo ich bin. Dass ich in einer Krankenanstalt bin, das weiss ich.

Warum mag die Frau dort hier sein? Die ist wohl auch krank. Ich bin sonst immer gesund gewesen; jetzt ist mir's in den Kopf gestiegen und in alle Glieder. Ich kann meine Füsse gar nicht bewegen.

Was ist für ein Tag? Herr Doctor werden verzeihen, das weiss ich nicht.

Welche Jahreszeit? Es muss wohl Herbst sein. Weil doch schon so manches reif ist, was sonst im Herbste bloss reif ist.

Wer bin ich? Sie werden verzeihen, ich glaube mein Herr Lehrer in Carlsruh, der Lehrer Golch. Ich habe Sie gleich wieder erkannt.

Haben Sie mir das schon einmal erzählt? Nein, ich glaube nicht.

Haben Sie sonst hier noch bekannte Personen? Die Frau Krankenwärterin kenne ich auch, die hat früher auf der Oppelner Strasse gewohnt. Die andere ist ein Fräulein Schulz, welches ich kenne. Und da die erste, die kenne ich auch noch, die ist auch aus Carlsruhe, wenn ich mich nicht täuschen thue.

Wie lange sind Sie hier? Nun es muss nur einige Tage her sein, wenn ich mich nicht täuschen thue.

Was ist Ihr Mann? Nun mein Mann ist Droschker, er ist auch ein ordentlicher Mann gewesen, ich habe es auch gut gehabt bei ihm.

Hören Sie Stimmen oder Aehnliches? Nein, Herr Doctor, noch nie. Ich entsinne mich nicht.

Also Sie sind eine einfache Frau? Ja ich bin ja eine einfache Droschker-Frau.

Haben Sie noble Passionen? Früher bin ich sehr gern zur Jagd gegangen, das ist nun viele Jahre.

Auf was haben Sie gejagt? Auf Hasen; mein Vater ging jagen und da haben wir uns den Spass mit angesehen.

Haben Sie schon einmal mit mir zu thun gehabt? Ja, wenn ich mich nicht täuschen thu, Sie dürfen's nicht übel nehmen, Sie waren mein Herr Lehrer in Carlsruhe. Getroffen haben wir uns ja oft. Sie waren immer sehr liebenswürdig gegen mich.

Wo haben Sie Ihren Mann kennen gelernt? In Brieg oder in Breslau, das weiss ich nicht mehr so genau — — — So, nun nehmen Sie es nicht übel, wenn ich etwas gesprochen habe, was nicht passend war.

Fall II.

Frau Dinter, Schnittwaarenhändlerwittwe, ca. 65 Jahre alt. Potatrix strenua. Zeitweilig nach stärkeren Alkoholexcessen vereinzelte epileptische Anfälle.

Am 13. September nach vorangegangenen allgemeinen epileptischen Convulsionen Aufnahme auf die psychiatrische Klinik in einem delirantenähnlichen Zustande (Bewegungsunruhe mit starkem Tremor, Unorientirtheit, Selbstgespräche). Auffallend war eine grosse Unsicherheit im Gehen, sowie die absolut unmögliche sprachliche Verständigung mit der Patientin (die Selbstgespräche waren in durchaus unverständlichen lallenden Lauten gehalten; die an sie gerichteten Worte wurden von Patientin nicht aufgefasst). Aus diesem deliriumähnlichen Zustande verfiel Patientin am 2.—3. Tage ihres Hospitalaufenthalts in ein tiefes Coma mit begleitenden Allgemeinerscheinungen (Fieber, totale Aphasie, Zungen- und Schlundlähmung, Salivation, drohender Collaps, keine Stauungspapille). Nach ca. siebentägigem Bestande dieses Zustandes auffallend rasche Besserung des Allgemeinbefindens. Ende September vollendete Rückbildung aller Krankheitserscheinungen, sogar Restitution des Sprachvermögens bis auf leichte paraphasische Störungen, die sich aber in den nächsten Wochen noch völlig verloren. Keine Zeichen von Seelenblindheit. Keine Hemianopsie. Keine sonstigen Herderscheinungen. Sogleich nach dem Rückgange der geschilderten Krankheitserscheinungen wurde eine hochgradige Gedächtnisstörung bemerkt, die in ziemlich unverändertem Umfange bis heute sich erhalten hat. In den ersten Wochen trat sie nicht so deutlich in Erscheinung, und zwar wurde sie verdeckt durch leichte, auf ängstlichen Hallucinationen beruhende Delirien, welche wegen ihrer Häufigkeit zur Erklärung der Gedächtnisschwäche herangezogen wurden. Jedoch nahmen die Delirien mit der Zeit an Frequenz ab, in dem letzten Jahre sind sie nur äusserst selten aufgetreten, vielleicht alle 2—3 Monate einmal, in äusserst

milder Form, nur für die Dauer von wenigen Stunden, und trotzdem hat sich die Gedächtnisstörung nicht wesentlich verändert, sie hat sich zurückgebildet, ist aber auch nicht wesentlich stärker geworden.

Was das psychische Verhalten unserer Patientin (Frau Dinter) betrifft, so liegen bei ihr ähnliche Verhältnisse vor wie bei unserer ersten Kranken (Frau Kroback). Auch bei Frau Dinter ist das Sensorium klar, wenn auch durch die allgemeine senile Degeneration etwas beeinträchtigt. Die Gedächtnisschwäche ist noch erstaunlicher wie in dem ersten Falle, in Folge dessen der schwachsinnige Eindruck, den Patientin hervorruft, noch stärker. Eine gewisse Urtheilstrübung ist unverkennbar, jedoch ist die Aufmerksamkeit und die Apperceptionsfähigkeit für frische Eindrücke soweit erhalten, dass die Untersuchung des Gedächtnisses keineswegs illusorisch wird. Im Grossen und Ganzen ergiebt die genauere Prüfung des Gedächtnisses, wie bereits erwähnt, ähnliche Resultate wie bei der vorher beschriebenen Kranken, doch ist im vorliegenden Falle die Gedächtnisstörung viel umfangreicher. Nur die Erinnerung bis zum zwanzigsten Lebensjahr ist erhalten, aber auch nicht mehr bis in kleine Details. Fragen, welche über die am nächsten liegenden persönlichen Verhältnisse hinausgehen, werden nicht mehr beantwortet und die wenigen Antworten lassen auf beträchtliche Lücken in dem Gedächtnisse schliessen. Jedoch ist im Vergleich mit den groben Gedächtnisstörungen für die spätere Zeit die Erinnerung an die Jugendzeit auffallend gut erhalten. Sie kennt die Verhältnisse ihrer Eltern, die Strasse, wo sie geboren und erzogen wurde, die Namen ihres Hauslehrers und ihrer intimsten Schulfreundin; sie weiss, in welcher Kirche sie confirmirt wurde, wie lange und bei wem sie nähen gelernt hat, sie besinnt sich auf den Namen derjenigen Herrschaft, bei welcher sie zuerst gearbeitet hat.

Hingegen ist für alle Erlebnisse, welche hinter das 20. Lebensjahr fallen, die Erinnerung ganz ausgelöscht oder zum Mindesten stark getrübt. Die diesbezügliche Aehnlichkeit mit Frau Kroback ist eine so frappante, dass die in der vorigen Krankengeschichte erwähnten diesbezüglichen Daten fast verbotenus auch von Frau Dinter gegeben wurden. Zum Mindesten gilt dies von dem Gedächtniss für die Zeit nach Ausbruch der Krankheit. Hinzuzufügen wäre, dass Frau Dinter nicht weiss, wie alt sie ist; sie hält sich gewöhnlich für 18, höchstens für 30 Jahr; sie weiss ferner nicht, dass sie schon graue Haare hat, sie glaubt dunkelbraune zu haben. Mitunter giebt sie an, noch garnicht oder erst ganz kurze Zeit, vielleicht 2 Jahre lang, verheirathet zu sein und nur ein Kind zu haben, welches

höchstens $\frac{1}{2}$ Jahr alt sei. Eine gewisse Urtheilsschwäche giebt sich mitunter darin zu erkennen, dass sie ihre Umgebung nicht richtig taxirt. So ist sie ausser Stande, das Alter des Arztes und anderer Personen aus ihrer Umgebung auch nur annähernd richtig zu beurtheilen, will selbst schwere z. B. tobsüchtige Geisteskranke nicht als solche anerkennen. Mitunter weiss sie nicht, dass sie in einem Krankenhause ist (es sei ein Schlafsaal für Obdachlose). Hingegen hat sie in ähnlicher Weise wie die erste Kranke, eine deutliche Krankheitseinsicht; nur äussert sie sich diesbezüglich seltener, wie ihr überhaupt die geschwätzigte Gesprächigkeit jener ersten Patientin abhanden geht.

Das Symptom der Erinnerungstäuschungen wurde auch bei Frau Dinter beobachtet und zwar ebenfalls zu Zeiten, wo sie frei von Delirien war. So pflegte sie oft zu erzählen, dass sie am Tage vorher bei Herrschaften genächt oder sich am Abend in einem Restaurant aufgehalten habe. Sie kenne den Arzt seit vielen Jahren, er sei der Verwandte einer Dame, für die sie arbeite und bei der sie ihn kennen gelernt habe, oder er habe vor Jahren einmal mit ihr getanzt. Solche Angaben wurden aber nur in der ersten Zeit der Krankheit gemacht. In den letzten Monaten wurde nichts Aehnliches bemerkt, nur während der kurzen Dauer der auftretenden Delirien macht Patientin mitunter Angaben, die an jenes Symptom entfernt erinnern, aber wohl auf ein durch die gleichzeitigen Illusionen und Hallucinationen veranlasstes Verkennen der Situation zu beziehen sind. Es fehlt unserer Patientin im Uebrigen jede Spur von geistiger Productivität, ihre Denkhätigkeit scheint in den Zeiten, wo sie sich selbst überlassen ist, auf ein Minimum beschränkt zu sein. Bei Frau Kroback, unserer ersten Patientin, dagegen ist ein ziemlich grosses Interesse für die Vorgänge in ihrer Umgebung sicher zu constatiren, trotz ihres ausgesprochenen Schwachsinnes verräth sie eine nicht unbeträchtliche geistige Regsamkeit und besitzt einen gewissen Grad von Phantasie.

Der hiermit bereits angedeutete Unterschied zwischen diesen beiden Fällen zeigt sich noch deutlicher in ihrem Gedächtniss für frische Sinneseindrücke. Allerdings ist der Unterschied nur ein gradueller. Die Apperceptionsfähigkeit hat bei keiner der Patientinnen wesentlich gelitten. Nur ist bei Frau Dinter die Gedächtnisschwäche so hochgradig, dass sie — insbesondere kurz dauernde und complicirtere Sinneseindrücke — unter der Hand nach wenigen Momenten vergisst. Aber auch Frau Kroback kann sie nur für kurze Zeit in ihrem Gedächtniss deponiren. Nach wenigen Minuten ist die Erinnerung an die einzelnen Eindrücke verschwunden

oder mindestens getrübt; nach einer halben Stunde, mitunter noch eher hat sie überhaupt die ganze Untersuchung — auch wenn diese sehr lange gedauert hat — total vergessen und stellt entschieden in Abrede, dass eine solche stattgefunden hat.

Prüfung des Gedächtnisses für frische Sinneseindrücke: Patientin zeigt keinerlei Zeichen von Seelenblindheit. Sie erkennt die Bedeutung aller ihr von früher her bekannten Gegenstände und findet sofort die richtige Bezeichnung für dieselben. Wenn sie ihr Bett, das Closet oder die Küche nicht findet, so liegt dies nicht daran, dass sie die Gegenstände als solche nicht erkennt, sondern daran, dass sie deren Platz vergessen hat. Es ist keine Beschränkung der Gesichtsfelder, keine Refractionsanomalie, keine Beeinträchtigung des Farbensinnes nachweisbar; auch die Raumvorstellungen haben, wie aus allerdings recht primitiven Zeichnungen ersichtlich ist, nicht gelitten. Hingegen ist Patientin nicht im Stande, den Eindruck von Gegenständen, die ihr vor der Erkrankung noch völlig fremd gewesen sind, dauernd in ihrem Gedächtniss aufzubewahren. Schon nach wenigen Momenten hat sie vergessen, dass man ihr den Gegenstand schon einmal vorgezeigt hat, und versichert mit aller Bestimmtheit, ihn zum ersten Mal in ihrem Leben zu sehen. Mit nahezu unfehlbarer Sicherheit glückt z. B. dieses Experiment beim Demonstrieren eines Stethoskopes. Patientin versicherte stets, diesen Gegenstand noch niemals gesehen zu haben, es sei wohl, eine Spule zum Aufwickeln von Zwirn, und wiederholte diese Angabe wenige Augenblicke hierauf, während dessen sie einige andere ihr bekannte Gegenstände richtig benannt hatte. Die richtige Bezeichnung „Hörrohr“ sowie dessen praktische Verwendung prägte sie sich nicht ein, wie oft man ihr auch dieselbe vorgesagt und klargemacht und sie ein richtiges Verständniss für die Erklärung gezeigt hatte.

Das Gedächtniss für Gehörseindrücke: In der gewöhnlichen Unterhaltung mit Patientin lässt sich eine bemerkenswerthe Störung nicht nachweisen. Weder das Sprachverständniss, noch das spontane Sprachvermögen scheinen gelitten zu haben. Die Prüfung auf Amnesie wird derart vorgenommen, dass Patientin das Gehörte sofort reproduciren muss. Beim Nachsprechen längerer Phrasen oder einer längeren Reihe von Worten (z. B. mehrerer Verse) finden sich Sinnentstellungen, Verwechselungen, Zusätze und Verstümmelungen sowie ein Recurriren auf kurz vorhergesagte Worte. Bei dem fehlerhaften Nachsprechen complicirter Wörter mag die Verlangsamung und Erschwerung der Gehörsapperception — welche wohl als Theilerscheinung der senilen Abstumpfung anzusehen ist — eine

grosse Rolle spielen. Von Bedeutung hierfür ist der Umstand, dass Patientin auch complicirtere Worte ganz richtig nachzusprechen vermag, wenn ihr die Worte recht langsam, deutlich und event. einige Male hintereinander vorgesprochen werden.

Ein gleiches Verhältniss besteht für das musikalische Gedächtniss. Eine ihr vorgesungene oder vorgepiffene Melodie vermag Patientin zu appercipiren und nach wiederholtem Anhören nachzusingen. Verschiedene Melodien kann sie aber nicht auseinanderhalten. Sie singt statt ihrer immer die zuerst angegebene Melodie resp. fällt in sie nach wenigen Tönen zurück.

Wir gelangen hier an einen interessanten Punkt, auf den wir schon beim Nachsprechen aufmerksam wurden, nämlich an das Festhalten, um nicht zu sagen Festkleben an den ersten Gehörs-eindrücken. Auf sie pflegt die Kranke besonders häufig zurückzukommen. Deren wiederholtes Reproduciren geht anscheinend ganz automatisch von Statten.

Besonders deutlich tritt diese Erscheinung zu Tage bei den auf das Rechnen gerichteten Prüfungen. Patientin kennt die Zahlen, sie kennt auch leidlich das 1×1 . Sie vergisst aber beständig die ihr gestellte Aufgabe, compilirt sich eine solche aus vorhergesagten Zahlen oder giebt als Facit dasjenige an, das aus einer früheren Aufgabe gewonnen wurde.

Die Fähigkeit, sich eine einzelne Zahl für längere Zeit zu behalten, z. B. für die Dauer eines über ganz andere Dinge geführten Gespräches, ist auffallend gut erhalten, eine Fähigkeit, die z. B. bei Paralytikern, auch bei frischen Fällen, fast stets verloren gegangen ist oder hochgradig gelitten hat.

An dem Falle Dinter liess sich auch das Symptom der amnestischen Agraphie nachweisen*). Es sei mir gestattet, etwas ausführlicher auf die Analyse dieses Symptoms einzugehen.

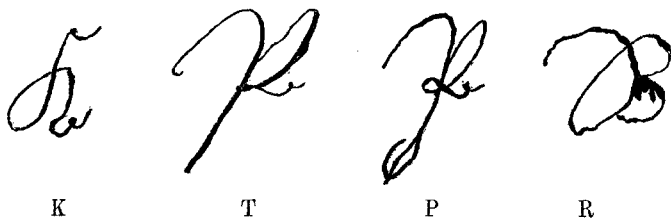
An den spontanen Schriftstücken, welche gewöhnlich in Form von Briefen verfasst sind, denen ein ganz einfacher Gedanken-gang zu Grunde liegt, fällt auf, dass die einmal niedergeschriebenen Worte immer wieder in toto oder fragmentarisch in einzelnen Silben oder Buchstaben wiederholt werden, ehe endlich das nächstfolgende Wort sich ohne Lücken vollkommen ausgeschrieben vorfindet. Das endliche Auftreten dieses Wortes ist nicht unerwartet, sondern lange angekündigt, denn einzelne seiner Buchstaben und Silben sind in den Wiederholungen der letzten Worte bereits enthalten. Anfänglich haben

*) Frau Krobach zeigte keine derartige Schreibstörung.

sich nur einzelne Buchstaben eingeschlichen, hierauf tauchen einzelne Silben auf, schliesslich steht das ganze Wort ohne Lücken und Zusätze vor uns, um im folgenden wiederholt zu werden oder mit Fragmenten aus späteren oder früheren Worten vermischt zu werden.

„Hane Frau Menzel wenn soll ich wieder hin kommen wieder hinn kommen wieder hin kommen hin kommen schneichin kommen schneidern kommen schneidern dürfen ich nähn kommen schneidern kommen ich glaube das jetzt viel viel zu viel zu Thun ist viel zu Thun ist zu thun ist wehl zu Thun ist vohr Weil zu Thun ist weil ist vor Weihnachten ist und ich viel An Beit und ich viel Arbeit ist habe Arbeit habe weil die Herschten viel Geschvnke Geschenke geschenke geben und ich viel Arbeit habe vor Wei ist da ist immer viel zu Thun bei den Herschhsin bein den Herschaften denn sie geben viel Geschenke den Leuten zu den Leuthen sie viel zu thun ist bei denn Herschafte“ *).

Die Lettern werden im Allgemeinen richtig geschrieben, relativ selten finden sich vereinzelte fehlerhafte, meist sind es dann grosse Buchstaben. Es handelt sich entweder um Vertauschung mit anderen Buchstaben, gewöhnlich mit solchen, die im Namen oder in der Form eine gewisse Aehnlichkeit dem gewünschten haben oder demselben im Satzgefüge vorangehen oder nachfolgen, oder andernfalls sind es selbstconstruirte Schriftzeichen, die ihre Form einer Combination aus Bestandtheilen mehrerer Buchstaben verdanken. Schliesslich begegnet



man richtig gestalteten Buchstaben, für welche obige Erklärungs-momente nicht anwendbar sind, und welche von der Patientin nur aus Verlegenheit gebraucht worden sind, weil ihr im Moment kein anderer Buchstabe zur Disposition gestanden hat.

Die gleichen Fehler sind in den Schriftproben nach gedruckter oder geschriebener Vorlage sowie in den Schrift-

*) Dieser Brief muss auch insofern das grösste Interesse erregen, als er das Symptom der schriftlichen Verbigeration, welches von Kahlbaum nur für Katatonie in Anspruch genommen wird, in fast vollendeter Reinheit zur Schau trägt. — Vgl. Clemens Weisser: Ueber die Katatonie. Stuttgart 1887.

*Pauline Becker
in der Breslauer Albrechtsstrasse
in der ersten Etage
H. Albrechtsstrasse*

(spontan geschrieben):

Pauline Becker in Breslau auf Albrechtsstrasse.

proben nach Dictat anzutreffen. Im ersteren Falle sind die Fehler seltener, besonders gilt dies für die Entstellung von Buchstaben; dagegen findet man häufig, dass Worte ausgelassen und Zeilen übersprungen oder wiederholt werden. In der Abschrift kleinerer Vorlagen sind am Ende gewöhnlich einige überflüssige Buchstaben, oft auch ganze Worte angehängt. Bei dem Abschreiben nach gedruckter Vorlage passirte es einige Male, dass Patientin inmitten ihrer Thätigkeit ganz an ihre Aufgabe zu vergessen und einen Brief zu schreiben anfang. Bei fortgesetzter Prüfung wurde die Wahrnehmung gemacht, dass das Schreiben nach Vorlage wesentlich erleichtert wurde, wenn man Patientin anhielt, beim Schreiben sich die Lettern laut vorzubuchstabiren. Die Abschrift wies dann fast gar keine Fehler auf.

Die Fähigkeit, nach Dictat zu schreiben, hat noch viel stärker gelitten. Die oben erwähnten, beim spontanen Schreiben aufgedeckten Fehler lassen sich fast in jedem Worte nachweisen. Beson-

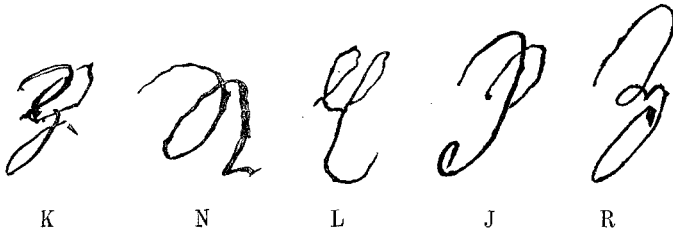
*Bonum Ziffernital Allmählich zu
Alaufnigam*

Krankenhospital zu Allerheiligen.

ders mangelhaft gelingen die grossen Lettern. Das grosse lateinische Alphabet sowie auch das kleine hat Patientin ganz vergessen, sie versichert, es nur in der Schule nothdürftig gelernt, im späteren Leben aber nie practisch angewendet zu haben. Sie weist alle Auf-

forderungen es zu schreiben zurück und zeichnet als Ersatz die analogen deutschen Lettern auf. Die Richtigkeit ihrer Angabe erhellt daraus, dass sie das grosse lateinische Alphabet selbst nicht nach Vorlage schreiben kann. Die Buchstaben werden mehr nachgemalt, als nachgeschrieben, sie werden nicht in einem Zuge, sondern in Absätzen hergestellt, zunächst der Grundstrich, an welchen die event. Haken und Schleifen angesetzt werden.

Wenn man ihr das deutsche Alphabet dictirt — in und ausser der Reihe —, so schreibt sie viele grosse Buchstaben fehlerhaft. Je



schneller man dictirt, desto zahlreicher treten Fehler auf. Lässt man der Patientin Zeit zum Nachdenken, so löst sie gewöhnlich die Aufgabe zur Zufriedenheit. Es ist bezeichnend, dass die Fehler nicht constant beobachtet werden. Es handelt sich nur um eine momentane Amnesie des gewünschten Buchstabenbildes. Einige Minuten später kann die gleiche Aufforderung richtig beantwortet oder der soeben vergessene Buchstabe als Ersatz für einen andern, im Moment nicht disponiblen Buchstaben gesetzt werden. Patientin weiss, dass sie falsch schreibt, sie hält die selbstconstruirten Zeichen nicht für wirkliche Lettern, ebenso wenig die an unrechter Stelle gesetzten Buchstaben für die richtigen. Sie bezeichnet letztere mit dem ihnen zukommenden Namen und ist im Stande, die ersteren in die sie aufbauenden Componenten zu zerlegen. Jenes Mittel, welches eine so ausgezeichnete Wirkung bei dem Schreiben nach Vorlage zeigte, nämlich das gleichzeitige laute Vorbuchstabiren, liess auch beim Schreiben auf Dictat nicht im Stich, erwies sich nur insofern als ungenügend, als Patientin, nachdem sie die ersten Buchstaben richtig geschrieben hatte, das aufzugebene Wort vergessen hatte und in Folge dessen auch das Vorbuchstabiren nicht bis zu Ende durchführen konnte. Den aus ihrem Gedächtnisse geschwundenen Rest des Wortes ersetzte sie in ungenügender Weise, z. B. statt „Schulterblatt“ schrieb sie „Schulterblech“, während sie das hernach dictirte Wort „Blatt“ richtig schrieb.

Aus Allem wird es wahrscheinlich, dass die Schreibstörung im vorliegenden Falle nicht eigentlich als Ausfallserscheinung anzusehen, sondern mehr functioneller Natur ist und mit der hochgradigen Gedächtnisschwäche in Zusammenhang gebracht werden kann. Eine definitive Entscheidung hierüber kann durch die Resultate einer Untersuchung auf Alexie gefällt werden. Da die Schreibbewegung nichts Anderes ist als das Nachzeichnen der optischen Buchstaben-Erinnerungsbilder, so müssten letztere in unserem Falle, wenn eine Ausfallserscheinung vorliegen würde, wesentlich gelitten haben. Dies ist bei unserer Patientin nicht der Fall. Sie ist im Stande alle geschriebenen und gedruckten Buchstaben schnell und stets richtig zu benennen resp. auf Aufforderung ohne Verwechselung zu zeigen. Die Gedächtnisschwäche macht sich aber sofort bemerkbar beim Lesen von längeren Worten, insofern kleine Entstellungen und falsche Zusätze unterlaufen. Dieser Fehler kann jedoch vermieden werden, sobald Patientin sich die einzelnen Buchstaben, aus welchen das Wort zusammengesetzt ist laut vorbuchstabirt. Da aber unsere Kranke, wenn sie nicht immerfort an das Vorbuchstabiren erinnert wird, bei ihrem kurzen Gedächtniss an diesen Kunstgriff vergisst, so fängt sie bald wieder an fehlerhaft zu lesen. Bemerkenswerth ist, dass sie auch lateinische Buchstaben gut lesen kann.

Es ist ferner zu bemerken, dass Patientin bei der Lectüre ihrer Briefe und sonstigen Aufzeichnungen über die darin enthaltenen Schreibfehler überrascht ist und letztere sofort als solche hinstellt.

Die Schreibstörung zeigte sich in gleicher Weise wie die ihr zu Grunde liegende Gedächtnisstörung, wechselnd hinsichtlich ihrer Intensität, nicht nur bei den verschiedenen Prüfungen, sondern auch im Verlauf einer einzelnen Untersuchung. Am ausgeprägtesten pflegte sie am Anfang und gegen Ende der Untersuchung zu sein. Erst allmählig nämlich frische sich die Erinnerung an die optischen Buchstabenbilder auf, andererseits machte sich gewöhnlich bei längerer Dauer der Schreibübung eine gewisse geistige Abspannung und im Gefolge hiervon Verschlechterung des Gedächtnisses bemerkbar. In solchen Augenblicken schienen wirklich die optischen Buchstabenbilder momentan aus dem Gedächtniss geschwunden oder nur in verschwommenen Umrissen angedeutet zu sein.

Erwähnenswerth wäre noch folgende kleine Beobachtung.

Das Gedächtniss reicht aus, um ein vorgesagtes, mehrsilbiges Wort richtig zu buchstabiren, nicht aber um das gleiche nieder-

zuschreiben. Während z. B. die Wörter „Thurmwächter“, „Schulterblatt“ richtig laut buchstabirt werden können, wird statt ihrer „Thurmcher“, „Schulterblech“ geschrieben. Beim Buchstabiren weiss Patientin meist nicht, wann das Wort zu Ende ist; sie macht gewöhnlich freiwillige Zusätze von ganz beliebigen Buchstaben, z. B. „Blumenkorb“ buchstabirt sie richtig, fügt aber hinter das „b“ noch die Buchstaben „f“, „c“, „h“, „e“, „r“.

Bei der Lectüre meiner letzten Ausführungen wird in Jedem, der über die neuere Aphasieliteratur orientirt ist, die Erinnerung an den seltenen Fall von Grashey*) aufgetaucht sein. Wernicke hat sich bemüht, das Verständniss dieses complicirten Falles durch einen Commentar**) zu erleichtern und hat hierbei auch auf die Schreibstörung aufmerksam gemacht, welche dabei bestand, eine Form, welche er als amnestische Agraphie bezeichnen möchte. Es dürfte interessant sein auf eine Schilderung der letzteren kurz einzugehen, um sie der im Falle Dinter nachgewiesenen amnestischen Agraphie gegenüberzustellen. „Zwar konnte nach Vorlage vollkommen gut geschrieben und Alles copirt, auch auf Dictat jedes Wort fließend niedergeschrieben werden. Dies gelang aber nur dadurch, dass der Patient das zu schreibende Wort laut wiederholte und dadurch in seinem Gedächtniss fixirte. Einen dictirten Satz verstand er zwar, konnte aber beim Schreiben nur die ersten ein bis zwei Wörter festhalten und erst weiter schreiben, wenn aufs Neue dictirt wurde. Das spontane Schreiben geschah in derselben Weise, indem der Kranke sich die Wörter gleichsam in die Feder dictirte, wobei er immer wieder den Satz von vorn an lesen und so nur ganz langsam vervollständigen konnte.“ Mit dieser Gegenüberstellung der beiden Fälle will ich mich begnügen. Sie haben eine Reihe von Aehnlichkeiten gemeinsam, welche auf der Hand liegen.

In dem Grashey'schen Falle liegt eine amnestische Agraphie vor, welche in directem Zusammenhange mit der amnestischen Aphasie steht, während es sich in unserem Falle Dinter um eine isolirte amnestische Agraphie handelt, für welche die Bezeichnung

*) Grashey, Ueber Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung. Dieses Archiv XVI. S. 654.

**) Wernicke, Die neueren Arbeiten über Aphasie. Fortschritte der Medicin 1886. S. 467 ff.

„optische amnestische Agraphie“ in Hinsicht auf unsere Analyse als passend erscheinen dürfte.

Abgesehen von der geschilderten Schreibstörung erregt die zur Beobachtung gelangte Gedächtnisschwäche unser Interesse vornehmlich wegen ihrer Pathogenese. Mehrere Factoren sind hierbei in Rechnung zu ziehen, einmal allzureichlicher Alcoholgenuss, ferner senile Degeneration — eine solche dürfte sich wenigstens bei der einen Patientin (Frau Dinter) geltend gemacht haben. In erster Reihe aber kommen jene schweren Krankheitserscheinungen in Frage, welche sich im Bereich des Nervensystems abgespielt haben. Die eine Patientin hat einen äusserst stürmisch verlaufenden Schlaganfall zu überstehen gehabt, während dessen eine grosse Zahl bedrohlicher cerebraler Symptome zur Beobachtung gelangten; die andere Patientin hatte an spinalen Erscheinungen gelitten, die zur Zeit des Beginns der psychischen Krankheit an Stärke bedeutend zunahmen und mit schweren Delirien sowie mit einer doppelseitigen Abducensparese verknüpft waren. Im ersteren Falle sind die cerebralen Erscheinungen wenige Wochen nach Beginn der Krankheit vollkommen geschwunden und auch in dem zweiten Falle haben sich die genannten Symptome mehr weniger bis auf ganz geringe Spuren zurückgebildet. Hätten sich die schweren initialen Krankheitserscheinungen nicht vor unseren eignen Augen abgespielt, der stabile Zustand, welchen unsere Patientinnen im weiteren Verlauf darboten, würde uns keinen Rückschluss auf die vorangegangenen Ereignisse gestatten.

Die Amnesie als solche verdient darum unsere besondere Beachtung, weil sie auffallend rein und ungetrübt in Erscheinung tritt. Sie ist im Grossen und Ganzen das einzige psychische Symptom, das sich constatiren lässt. Das Sensorium der Kranken ist frei, ihre Apperceptionsfähigkeit hat nur wenig gelitten, sie stehen nicht unter dem Einflusse von Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen. Sie halten sich sauber und reinlich, sind nicht kindisch oder störend, zeigen vielmehr ein ganz ruhiges, angemessenes Verhalten. Ihr körperlicher Zustand ist — abgesehen von den spinalen Erscheinungen in dem einen Falle — ein recht befriedigender. Weder an den körperlichen noch an den geistigen Functionen macht sich ein fortschreitender Verfall geltend. Allerdings ist die Gedächtnisschwäche an sich so hochgradig, dass unsere Kranken einen schwachsinnigen Eindruck hervorrufen. Und Frau Dinter zeigt eine ausserordentliche Stumpfheit des Seelenlebens, sobald nicht äussere Anregungen an sie herantreten.

Unsere beiden Beobachtungen sind Fälle von genereller Ge-

dächtnisschwäche. Sie liefern einen eclatanten Beweis für die Richtigkeit des alten Erfahrungssatzes, welchen neuerdings Ribot als „la loi de regression“*) näher entwickelt hat, dass sich das Gedächtniss bei generellen Störungen in ganz gesetzmässiger Weise zurückbilde. „Le nouveau meurt avant l'ancien.“ Die jüngst erlebten Ereignisse sind es, welche zuerst aus der Erinnerung schwinden. „La mémoire descend progressivement de l'instable au stable.“ Die Erinnerungen, welche am längsten vergangen sind, bleiben am besten erhalten, weil sie durch häufige Reproduktionen im Ablauf der Gedanken immer wieder aufgefrischt und befestigt werden, während die erst vor einer kurzen Zeit erworbenen Verbindungen nicht mehr in einer auch nur entfernt so reichen Zahl von Wiederholungen reproducirt werden konnten und daher nur einen geringen Widerstand einem Zerstörungsprocess gegenüber leisteten**). —

*) Ribot, Les maladies de la mémoire. Paris 1881.

**) Meynert, Erkrankungen des Vorderhirnes. Wien 1884.