

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik München [Geheimrat *Bumke*].)

Über einen atypischen Fall von Pickscher Krankheit mit Echolalie und Palilalie.

Von

J. Grasse.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 29. November 1934.)

Am 13. 3. 33 wurde die knapp 63jährige ehemalige Hilfsarbeiterin Be. zum erstenmal in die psychiatrische Klinik gebracht.

Aus den Angaben der Töchter ergab sich für die Familienvorgeschichte nichts Besonderes. Gemüts- und Nervenleiden oder Erbkrankheiten irgendwelcher Art seien in der Familie nicht bekannt. Von Erkrankungen der Patientin wird nur eine Diphtherie mit einer Nierenentzündung im Jahre 1916 angegeben. (Nach der Krankengeschichte der Med. Klinik München handelte es sich um einen Scharlach mit Gelenkrheumatismus.)

Über das Familienleben und das Wesen der Kranken werden von den Angehörigen folgende Angaben gemacht: Sie trank bis zu ihrer Heirat viel Bier, ungefähr 3 l am Tag, später kaum noch etwas. 1899 heiratete sie einen Dekorationsmaler, mit dem sie sehr viel gestritten hat. Sie hatte mit ihm 3 Kinder: 1 Sohn und 2 Töchter. Der Sohn ist mit 27 Jahren an Schizophrenie erkrankt. Die eine Tochter gibt über sich selber an, sie habe Gehirngrippe gehabt (zeigt tatsächlich sehr deutliches Salbengesicht). Frau Be. soll immer schon verschlossen gewesen sein, außerdem ziemlich jähzornig; sie hat ihre Tochter oft an den Haaren gerissen. Seit 1928 (also seit ihrem 58. Jahr) ist sie „anders“ geworden. Sie hat angefangen, „künstlich über jeden Dreck zu lachen“. 1930 ist sie dann bösartig geworden. Sie hat die Tochter, den Schwiegersohn und jedermann schlagen wollen und hat viel geschimpft. Zugleich wurde sie ausgesprochen mißtrauisch; glaubte sich von der Tochter ausgelacht, wünschte leises Sprechen, damit die Nachbarn nichts hören könnten, und schloß aus Angst, bestohlen zu werden, alle Zimmer ab, bevor sie auf den Abort ging. Dann fiel sie beim Essen durch Unmäßigkeit, die sie vor dem Schwiegersohn zu verbergen suchte, auf. Zuletzt hat sie viel über starken Durst geklagt. Im ganzen ist sie langsamer (besonders bei der Arbeit), unruhiger und vergeßlicher geworden. Sie stand nachts häufiger auf, holte dann Wasser und leerte es sinnlos wieder aus. Mittags vergaß sie, daß sie bereits gegessen hatte. Beim Sprechen hielt sie oft einen Augenblick inne und erzählte dann von ganz anderen Dingen. Überhaupt hat sie nicht mehr zusammenhängend erzählen können. Damals schon (1930) sprach sie gelegentlich bei Aufregung doppelt (angeblich, weil sie einer schwerhörigen Tochter alles hätte wiederholen müssen). Das Wiederholen wurde gegen Juli 1932 deutlicher und sie hat dann Worte bis zu zehnmal wiederholt. Ungefähr seit Anfang 1932 hatte sie einen starren Blick, trippelte, schwankte und zitterte beim Gehen. Sie klagte zur gleichen Zeit öfters über Schwindel und „nach-hinten-gezogen-werden“. Gegen Ostern 1932 stürzte sie auf dem Eis und zog sich dabei eine Schwellung am Auge zu. Dabei war sie nicht bewußtlos, hatte auch keine Lähmungen und hat nur eine Zeitlang verschwommen gesehen. Seit 1932 hat sie Bekannte und entfernte Verwandte nicht wiedererkannt, z. B. im März 1933 einen Schwager nicht; außerdem hat sie Dinge,

die man ihr erzählt hat, sofort wieder vergessen. Sie hat zuletzt sehr viel geweint, was sie mit dem Alleinsein begründete. Dann hat sie auch viel ohne rechten Grund gelacht und war sehr unruhig; sie mochte nirgends bleiben.

Im wesentlichen bestätigt die Kranke selber die Angaben der Töchter und ergänzt sie. In der Schule habe sie gut gelernt, hätte gute bis sehr gute Noten gehabt. Nach der Schule sei sie Verkäuferin und Modistin in mehreren Geschäften gewesen. Nach dem Tode des Mannes 1917 sei sie Putzfrau und Kassiererin gewesen bis zum Herbst 1930, wo sie Rheumatismus bekommen hätte. Als sie wieder gesund gewesen sei, hätte sie keine Arbeit mehr gefunden und sei vom Wohlfahrtsamt unterstützt worden. Ein Invalidenrentenantrag sei abgeschlagen worden. — Seit 1929 sei ihr Gedächtnis sehr schlecht. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr (also seit Oktober 1932) habe sie „doppelt“ gesehen. (Beim Versuch mit zwei Bleistiften die Lage der angeblichen Doppelbilder darzustellen, stimmt sie einer Stellung zu, in der beide parallel, aber verschieden hoch stehen.)

Bei der 1. Aufnahme ergab sich folgender körperlicher und psychischer Befund: Mittlerer Kräfte- und Ernährungszustand. Keine Ödeme, Exantheme, Cyanose oder Dyspnoe. Wa.R. und Sa.G.R. im Blut Ø. Das Herz war nach links um etwa $1\frac{1}{2}$ Querfinger verbreitert; Töne ziemlich rein, nur über der Basis ist der 1. Aortenton unrein. Keine Akzentuation. Blutdruck RR. 135—140/70. Puls 84 pro Minute. Im übrigen ergab die internistische Untersuchung nichts Bemerkenswertes.

Neurologischer Befund. Hirnnerven. Die rechte Pupille ist etwas entrundet; die Pupillen reagieren prompt und ausgiebig auf L. und wenig ausgiebig auf C.

N. V: Nervi supraorbitalis zeigen geringe Druckempfindlichkeit. N. XII: Zunge weicht beim Herausstrecken stark nach links ab, zeigt grobschlägige Unruhebewegungen. Übrige Hirnnerven o. B. Alle Sehnenreflexe seitengleich. Es bestehen keine Pyramidenzeichen. Tonus o. B. Kein Rigor. Keine Atrophien. Grobe Kraft in den Armen gering; im linken noch besser als im rechten (Linkshänderin); größere Kraft in den Beinen. Sensibilität, Hautreflexe, Taxie und Körperschema waren o. B. *Haltung und Gang* ganz steif; die linke Schulter wird hochgezogen, beide Arme (besonders der linke) werden etwas gewinkelt gehalten, der rechte macht etwas Mitbewegungen. Beide Hände, die rechte mehr als die linke, zeigen Pillendrehbewegung. Die *Bewegungen* sind unbeholfen. Beim Besteigen des Liegesofas stellt sich die Kranke sehr ungeschickt an und führt unnötige Kletterbewegungen aus. Aphasische, apraktische oder agnostische Störungen bestanden nicht. Die *Schrift* zeigte allmähliches Kleinerwerden der Buchstaben (Mikrographie), außerdem Auslassungen von Worten und Grundstrichen, ferner Verschreibungen, z. B. „drarüber über“ anstatt „damit über“, und endlich überflüssige Grundstriche und Buchstaben. Der Gesichtsausdruck war ausgesprochen maskenhaft; der Blick war starr (Salbengesicht bestand nicht). Die *Sprache* der Kranken war auf eine sehr bemerkenswerte Weise gestört. Als Probe geben wir ein Stenogramm im Auszuge wieder.

Stenogramm. (Sind Sie Frau Be.?) „Frau Be. bin ich, Frau Be.“ (Wie alt?) „63 bin ich, im Juli 63, am 14. Juli bin ich 63 Jahre.“ (Wann geboren?) „14. Juli 1870 bin ich geboren.“ (Wo sind Sie hier?) „Hier bin ich, in der fisiatrischen Klinik, in der fisiatrischen Klinik bin ich.“ (Seit wann sind Sie hier?) „Seit meiner Geburt bin ich hier, seit meiner Geburt bin ich hier“. (Seit wann hier in der Klinik?) „Heute bin ich den ersten Tag hier, den ersten Tag.“ (Um wieviel Uhr gekommen?) „Um 10 Uhr bin ich gekommen, um 10 Uhr.“ (Um wieviel Uhr?) $\frac{1}{2}$ 6 Uhr, $\frac{1}{2}$ 6 Uhr.“ (Sagen Sie, wie ist es denn mit ihrem Sohn?) (Weint) „Mein Sohn ist so ein gescheiter Bub gewesen, so ein gescheiter Bub.“ (Wie viele Enkel?) „3 hab ich, 3, die sind nett, sehr nett.“ (Sind Sie krank?) „Sprechen tu ich alles zweimal, sprechen tu ich alles zweimal.“ (Wehren Sie sich dagegen?) „Nein, weil ich nicht kann, weil ich nicht kann.“ (Haben Sie es

versucht?) „Ich habe es versucht, ich brings net zusammen, ich brings net zusammen. Früher hab ich es mal versucht, früher hab ichs aufgegeben.“ (Haben Sie Angst?) „Angst hab ich ja, Angst hab ich ja.“ (Warum?) „Mein Sohn ist in Eglfing drin, ist in Eglfing drin.“ (Vor wem haben Sie Angst?) „Vor meinem Sohn hab ich Angst, vor meinem Sohn, der ist in Eglfing drunt. Da hab ich Angst, daß er wieder was anfangt“.....

(Haben Sie das freiwillig gesagt? ¹) „Nein, das muß ich, das muß ich, das hab ich nicht freiwillig gesagt.“ (Zählen Sie mal von 1—10): + (Von 1—15): + (Sagen Sie bitte die Monate von rückwärts) „Dezember, Dezember, November, Oktober, Januar, nein so geht's nicht, August, Oktober, Juli, März, Juli, März, April, April April kommt zuerst, kommt zuerst und Juli, Juni, Juli, Juni, Juli, August, da bin ich wirr, da bin ich wirr, August, März, nein net März, Juli kommt, dann März, dann kommt, dann kommt Mai, April, Februar, März, Februar, Februar, Januar, kommt dann, kommt dann.“ Zählen Sie von 20 rückwärts!) „19, 20, 18, 17, 16, 14, 13, 13, 13, 12, 11, 11, 9, 10, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 3, 2, 3, 3, 1.“

Das Stenogramm läßt also deutlich erkennen, daß die Erscheinungen einer Echolalie und Palilalie ² vorlagen.

Die Kranke echolalierte nicht wahllos alles, was sie hörte, sondern nur Fragen und Aufforderungen, welche man an sie richtete. Die Fragen wurden manchmal, die Aufforderungen dagegen nur ausnahmsweise echolaliert. Wie aus dem Stenogramm zu ersehen ist, war die Echolalie nie in reiner Form vorhanden, sondern war „mitigiert“: d. h. das Wortmaterial der Frage wurde durch Umstellungen und durch mehr oder minder sinngemäße Abänderungen umgestaltet. — Besonders deutlich war die Echolalie beim Rechnen zu beobachten. Trotz mehrmaligen Einschärfens, die Aufgabe nicht zu wiederholen, gelang ihr die Unterdrückung der Wiederholung nur selten und meist erst nach Übung an der gleichen Aufgabe.

Noch auffälliger als die Echolalie war die Tatsache, daß die Kranke auch ihre eigenen Antworten wiederholte, daß sie also palilalierte. Sie kam besonders häufig an mitigierte Echolalie anschließend ins Palilalieren, indem sie einschließlic des Echolalierens den Satz zweimal sagte. Etwas seltener trat die Palilalie bei Antworten ohne vorheriges Echolalieren in Erscheinung. Beide Formen dieser reaktiven Palilalie konnten „rein“ und „mitigiert“ sein. Spontane Palilalie wurde bei der ersten Aufnahme nicht beobachtet.

An *Besonderheiten* wurde beobachtet, daß z. B. zunächst eine reine reaktive Palilalie und erst dann mitigierte Echolalie der gestellten Frage auftrat (s. o. Z. 7/8). Weiter, daß nach Echolalie der Frage Palilalie nicht wie sonst desselben, sondern eines anderen (auch zu der Frage gehörigen) Inhalts sich einstellte. Ferner konnte beobachtet werden, daß nach einem solchen Verhalten anschließend noch eine mitigierte Palilalie des Echolats eintrat (s. o. Z. 1/2). Dann fielen *Sinnverfälschungen* durch Echolalie und Palilalie auf. Sehr deutlich wird das an dem folgenden

¹ Bezieht sich auf die Wiederholung einer Frage des Arztes.

² πάλιν: wiederum; λαλεῖν: sprechen.

Beispiel für die Echolalie: (Es kommt auch vor, daß Sie die Tür zweimal zumachen, manchmal?) „Manchmal kommt es vor.“ (Daß Sie die Tür zweimal zumachen, kommt doch nicht vor?) „Kommt nicht vor, nein das kommt nicht vor.“ Als Beispiel für Sinnverfälschungen durch Palilalieren diene der folgende Stenogrammausschnitt: (Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Sohnes, der Kommunist ist?): „Ja, freilich mach ich mir Sorgen.“ (Oder ist Ihnen sein Kommunismus genehm?) „Nein, nein, gar nicht — mach ich mir Sorgen.“ (An diesem Beispiel wird auch ein spätes Durchsetzen der zunächst unterdrückten Palilalietendenz nach Ablenkung an dem Zusatz „mach ich mir Sorgen“ deutlich.)

Wenn die Kranke befragt wurde, warum Sie Fragen und Antworten wiederhole, so sagte sie, daß sie doppelt sprechen müsse, weil sie keine Energie habe, weil sie sterben müsse (lächelt dabei maskenhaft). Ein anderes Mal äußerte sie, das müsse sie, das tue sie nicht freiwillig, sie täte es „aus Gewohnheit“. Als versucht wurde, die Echolalie und Palilalie zu verhindern, indem man warnend den Zeigefinger an die Lippen legte, gelang ihr das Unterdrücken nur sehr schwer und nur bei leichten Antworten. (Siehe auch oben den Abschnitt über die Echolalie beim Rechnenlassen.) Die gleiche Unfähigkeit zum Unterdrücken konnte man beim Benennenlassen feststellen. Hierbei durfte man einen Gegenstand, sobald er genannt worden war, nicht mehr optisch anbieten, weil sonst unfehlbar Wiederholung erfolgte. Einmal sagte die Kranke nach einer solchen Wiederholung erschreckt: „Um Gottes Willen, was ist das, daß man da nicht aufpassen kann!“ (Sie hatte also durchaus Einsicht in das Nichtanderskönnen!) Wir möchten an dieser Stelle hervorheben, daß ein Perseverieren niemals festgestellt werden konnte; es handelte sich immer um die Erscheinungen einer Palilalie. *Wortfindungsstörungen* und sonstige aphasische Symptome wurden nicht beobachtet.

Beim *Reihensprechen* geriet die Kranke häufig ins Palilalieren. Beim Zählen fuhr sie trotz Befehls, aufzuhören, fort. Sie las mit sehr monotoner Stimme und ohne Modulation. Über Punkte ging sie, ohne die Stimme sinken zu lassen, hinweg. Wenn sie sich verlas, beendete sie erst den ganzen Satz und wiederholte ihn dann — berichtigt — ganz. Über ihr Verhalten gab sie an, sie merke den Fehler sofort, könne aber nicht gut aufhören und müsse den Satz zu Ende lesen. Daraufhin wurde ihr eingeschärft, beim Lesen auf das Kommando „Halt“ sofort aufzuhören. Das gelang ihr zunächst nicht; sie hörte erst nach dem Satzende auf. Ein sofortiges Aufhören gelang ihr erst, wenn man sie energisch anrief.

Beim *Zeichnen* konnte sie ohne weiteres einen Kreis nachzeichnen; sie vollführte aber den fertigen Kreis noch zweimal. Sie gab an, sie könne nicht anders. Ein Rechteck und ein Kreuz zeichnete sie richtig und *ohne Wiederholung nach*. Bei der Aufforderung, ein Gesicht zu zeichnen, zeichnete sie gleich 3 Gesichter nebeneinander.

Bei eingehender Untersuchung und Beobachtung des sonstigen psychischen Zustandes ergab sich folgendes Bild: Die Kranke war zeitlich und örtlich genau orientiert. Sie erkannte Ärzte und Schwestern stets wieder; für das in der Vorgeschichte erwähnte „*Personenverkennen*“ hatten wir auch sonst keinen Anhalt.

Die Prüfung des *Alt-Gedächtnisses* ergab keine besonderen Ausfälle, wie die Kranke ja auch ganz gut ihre Vorgeschichte geben konnte. Die Prüfung der *Merkfähigkeit* war durch Echolalie und Palilalie erschwert. Sie vermochte maximal 6, meist aber nur 3 Zahlen wiederzugeben; wirkte also recht merk-schwach. Auch aus der Unterhaltung mit der Kranken gewann man den Eindruck, daß eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit vorlag. Es war aber sehr schwer, sie abzugrenzen von ihrer Aufmerksamkeitsstörung, welche sehr auffallend war. So beobachtete die Kranke während einer Unterhaltung einmal sekundenlang das Hantieren der Schwester und hatte darnach die Frage des Arztes vollkommen vergessen!

Das *Rechnen* war durch Echolalieren, Palilalieren und Bemühung, diese Erscheinungen zu unterdrücken, erheblich verlangsamt und erschwert, so daß die Kranke nur selten zu richtigen Ergebnissen (z. B. $12 \times 13 = 156$) kam. Es fiel hier auf, daß sie „wie aus der Pistole geschossen“ laut zu rechnen anfang.

Bei Prüfung der *höheren Verstandesleistungen* versagte sie ziemlich stark. So gab sie auf die Frage nach dem Unterschied zwischen Kind und Zwerg die Antwort: „Zwerg ist ein kleiner Mensch, der Zwerg ist rachitisch.“ Auf die Frage über den Unterschied zwischen Irrtum und Lüge sagte sie immer wieder: „Eins ist den Irrtum, eines ist die Lüge, eine lügenhafte Person ist das, Irrtum ist Irrtum.“ Bei Prüfung mit Binetbildern faßte sie das Bild mit dem „Blindekuhspiel“ richtig auf, verkannte aber die Situation auf einem anderen Bilde, auf dem der zwei Mädchen am Fenster grüßende Jüngling einen Buben umrennt. Sie gab an: „Der Junge purzelt hin, weil er vor dem Vater erschrocken ist, daß er so schnell nach Hause kommt.“ Beim Bild mit den zwei Schulbuben, von denen einer ein Fenster eingeworfen hat, und ein Mann den Unschuldigen erwischt, erfaßte sie nicht einmal das Einschlagen der Fensterscheibe.

Auf *affektivem Gebiete* bestand eine erhebliche Inkontinenz. Wenn man von dem Streit mit ihrem Schwiegersohn oder von ihrem geisteskranken Sohne sprach, begann sie mit „experimenteller Sicherheit“ sofort zu weinen. Durch Ablenkung war sie dann meist schnell zu beruhigen. Beim Weinen wie beim Lachen fiel die geringe, starre, wie eingefrorene Mimik auf. Das Gesicht wurde vor dem Weinen immer in derselben Weise verzogen und erst dann begann sie zu weinen. Man hatte den Eindruck, daß die Affektäußerungen erst langsam in Gang gesetzt werden konnten. — In der Krankengeschichte findet sich später die Bemerkung, daß die Kranke nur schwer wieder aus dem Lachen herauskäme, wenn sie einmal drinnen sei. Zu anderen Zeiten wirkte ihr Lachen wieder leer, dement und selbst inadäquat; so, wenn es sich auf ihre Wiederholungen bezog. Einmal begann sie nach einem Scherz des Untersuchers inkontinent zu lachen. Bei Nachprüfung stellte sich heraus, daß sie den Scherz gar nicht verstanden hatte. Das Lachen wirkte ausgesprochen wie ein Echosymptom.

Zu dieser Auffassung paßt das gleichzeitige Auftreten von echopraktischen Symptomen (Nachmachen des Armhebens und des In-die-Hände-Klatschens), die auch sonst zeitweise vorhanden waren.

Verlauf. Die Kranke wurde mit Atropintropfen in steigender Anzahl behandelt, worauf die Mimik etwas lebendiger wurde. Schon sehr bald drängte Frau B. auf ihre Entlassung. Zeitweise schien sie morgens desorientiert und von sinnlosem Beschäftigungsdrang. Zuweilen sammelte sie nachts allerlei Gegenstände im Saal und versteckte sie bei sich im Bett. Einige Wochen nach der Aufnahme besserte sich der Zustand. Die Kranke wurde ruhiger und ihre Echolalie trat etwas zurück, während die Palilalie unverändert bestehen blieb. Die Kranke sprach spontan

sehr wenig und wirkte überhaupt meist ausgesprochen antriebslos. Auf der ruhigen Abteilung, wohin sie verlegt wurde, fand sie sich ganz gut zurecht, schlief nachts ruhig, war meist guter Stimmung, zu Späßen aufgelegt und klagte nur etwas über Herzklopfen. Sie saß meist beschäftigungslos umher. Mit den anderen Patientinnen kam sie gut aus. Gelegentlich jedoch zeigte sich die Patientin etwas gereizt und nachhaltig verstimmt. Dann wieder war sie heiter, lachte in einem fort und verlangte ständig nach Bier. Zuletzt war die Kranke öfters stärker verwirrt.

Am 15. 7. 33 wurde sie von der Tochter nach Hause geholt, aber schon am 8. 9. 33 erfolgte die 2. Aufnahme.

Nach Angabe des Schwiegersohnes K. hatte sie sich nie richtig zurechtfinden können und alles verkehrt gemacht. Sie ließ sich aber nichts sagen und war zu Streit geneigt. Abends wurde sie geschäftig, schlief in der Nacht nicht und ging „unentwegt aufs Klosett“. Mitte August wurde sie einmal auf der Straße von einem Auto angefahren, wobei sie eine „Gehirnerschütterung“ erlitt. (Nach der Krankengeschichte der Chirurgischen Klinik München, vom 25. 8.—2. 9. 33 bestand eine Kontusion des Kopfes und eine fragliche Commotio.) Zuletzt ging sie immer sehr torkelig. Heute (8. 9. 33) fand er sie an der Aborttüre „zusammengefallen“. Sie hatte sich den Hinterkopf aufgeschlagen, war aber weder bewußtlos, noch gelähmt. (Kein Abgang von Urin.) Hat nur vor Aufregung gezittert. Sie wurde vom Arzt verbunden und in die Klinik eingeliefert.

Die Frau des K., die Tochter der Kranken, berichtete ergänzend, daß die Mutter einmal im Juli 1933 zum Suchen der Katze bei Tage eine Kerze angezündet hat. Dann hat sie sich auf der Straße nicht mehr zurechtgefunden und einmal für einen Weg von einer Viertelstunde 2 Stunden gebraucht. In der Zwischenzeit hat sie den ganzen Tag im Bett gelegen und gehorcht, was die anderen gesprochen hätten. Nachts ist sie umhergegeistert. Seit Anfang 1933 wurde die Verständigung mit ihr infolge des Wiederholens zusehends schwerer und zuletzt fast unmöglich. Sie hat sich auch viel versprochen. Zuletzt war sie ziemlich reizbar und weinte über jede Kleinigkeit. Traurige Gedanken hat sie aber nicht geäußert. Im Anfang August 1933 bildete sich die Kranke einmal ein, daß die Tochter einen fremden Mann im Zimmer versteckt hatte. Sie suchte dann ohne Erfolg. (Sonst ist nichts in Erfahrung zu bringen, was irgendwie für Sinnestäuschungen oder Wahnideen sprechen würde.)

Der *Befund* war bei der 2. Aufnahme nur wenig gegen den bei der 1. verändert. Außer der Kopfwunde (s. Vorgeschichte) fand sich noch eine Kratzwunde an der Streckseite des linken Oberarmes. Bei Erhebung des neurologischen Befundes zeigte sich die linke Pupille etwas enger; die Zunge wurde jetzt ruhig und gerade vorgestreckt. An den Augen bestand eine Konvergenzschwäche; Fundus und Gesichtsfeld waren o. B. Die Sehschärfe war 0,8 beiderseits. Die Sehnenreflexe waren an allen Extremitäten sehr lebhaft. In *sämtlichen Gliedern, besonders aber in den Beinen, bestand nunmehr ein erheblicher Rigor*. Die parkinsonistischen Erscheinungen waren noch etwas stärker ausgeprägt als vorher.

Die Echolalie erschien bei der Aufnahme gegenüber früher im wesentlichen nicht verändert. Die Kranke war örtlich und zeitlich orientiert.

Im weiteren Verlauf nahm der Rigor überall erheblich zu. Ließ man die Kranke die Hand auf und zu machen, so wurden die Bewegungen sehr bald immer kleiner. Wenn die Kranke sich im Bett aufzurichten versuchte, so dauerte das stets sehr lange. Einmal machte sie beim Aufstehenwollen vom Stuhl gegen zehnmal erfolglos Ansätze, ehe sie in die Höhe kam. Richtete man die Kranke auf und ließ sie dann los, so fiel sie ganz starr wie ein Stock nach rückwärts. Die Mimik war sehr starr. Die Echolalie und Palilalie hatte erheblich zugenommen. Diese Störungen waren teilweise so wirksam, daß die Kranke Aufforderungen, z. B. den Mund zu öffnen oder die Zunge zu zeigen, echolalierte und palilalierte, aber nicht ausführte. In der einfachen Motorik zeigten sich nun Iterativ-Erscheinungen: Ließ man die Kranke

z. B. Striche ziehen oder mit der Hand Takt schlagen, so konnte sie damit nicht recht aufhören. Zwei leichte Handlungen, z. B. den Mund zu öffnen und die Augen zu schließen, konnte sie nicht gleichzeitig ausführen.

Im Anfang Oktober erzählte sie bei der Exploration, daß sie „Lebensgeisterleut“ gesehen habe. Sie hätten ausgesehen „wie Teufel, halt mit so Hörndl da vorn.“ „Grimmig schautens aus.“ Angst habe sie aber weder vor ihnen, noch überhaupt. Sie sei auch nicht traurig, auch nicht wenn sie weine, sie müsse halt weinen. Sagte dann, das mit den Lebensgeistern habe sie ungeschickt herausgebracht. Ihr Schwiegersohn hätte ihr verboten, das zu erzählen. Den möge sie nicht leiden, der sei böse und weise sie immer zurecht.

An einem andern Tag fragte sie: „Den wievielten haben wir jetzt, den wievielten haben wir jetzt?“ Sagte dann dreimal: den 5.; „dann sagte sie: „Freitag ist heute“ und wiederholte das dreimal. (Warum sagen Sie das so oft?) „Ist von dem Fall hergekommen, ist von dem Fall hergekommen.“ Kurz darauf schaute sie auf den Tischkalender und ergriff ihn mit der Frage: „Ist Samstag oder Sonntag?“ Sie wiederholte das dreimal und sagte dann: „Ist Freitag. Kann nicht mehr lesen ohne Augenglas.“ Wiederholte das dreimal. Auf die Frage, was heute für ein Wochentag sei, sagte sie: „Freitag ist's, Donnerstag ist's, Freitags ist's, Donnerstag ist's, Freitags ist's, Donnerstag ist's.“

Am 7. 10. 33 nahmen wir das folgende Stenogramm auf:

(Wie geht es Ihnen?) „Miserabel geht's mir, miserabel geht's mir, miserabel geht's mir.“ (Haben Sie heute Nacht geschlafen?) „Heute Nacht habe ich nicht geschlafen, heute Nacht hab' ich nicht geschlafen.“ (Warum sagen Sie alles zweimal?) „Weil ich das Bedürfnis habe, weil ich das Bedürfnis habe.“ (Setzen Sie sich daher.) Geht durchs Zimmer und stößt sich infolge Propulsion am Kopf an.) (Wo haben Sie sich denn gestoßen?) „Da hab' ich mich gestoßen an dem Kast'l, da hab' ich mich gestoßen.“ (Hat es weh getan?) „Hat sehr weh getan, hat sehr weh getan. Hab' mich gestoßen, hab' mich gestoßen.“ (Tut's noch weh?) „Weh tut es noch, weh tut es noch, weil ich so schnell gegangen bin, weil ich so schnell gegangen bin.“ (Warum sprechen Sie alles zweimal?) „Es ist mir ein Bedürfnis, es ist mir ein Bedürfnis.“ (Können Sie denn das nicht lassen?) „Kann ich nicht lassen, kann ich nicht lassen?“ „Kann ich nicht lassen, kann ich nicht lassen.“ (Schmerzt das noch?) „Hab mich gestoßen, schmerzt das noch, schmerzt das noch, das schmerzt noch. Mit dem Aug hab ich mich gestoßen, mit dem Aug hab ich mich gestoßen. (Wieso ist denn das ein Bedürfnis, daß Sie alles wiederholen?) „Wieso ist denn das ein Bedürfnis, daß ich alles wiederhole, daß ich alles wiederhole, wieso ist denn das ein Bedürfnis?“ (Müssen Sie denn das immer wiederholen?) „Meine Tochter schaut nicht darauf, daß ich alles wiederhole, daß ich alles wiederhole.“ (Warum tun Sie das denn?) „Bitte, bitte, bitte, das sag ich alles wiederholt, warum sag ich das alles wiederholt.“ (Denken Sie alles zweimal?) „Nein, ich denk nicht alles zweimal, ich denk nicht alles zweimal.“ (Aber sie sagen alles drei- und viermal.) „Ja ich sag alles drei- und viermal, sag alles drei- und viermal, drei- und viermal sag ich das.“ (Sie haben das Doppeltsprechen manchmal lassen können.) „Lassen können, lassen können, beim Herrn Professor hab ich's lassen können, lassen können.“ (Frau Be., haben Sie früher mal eine Grippe gehabt und haben Sie dann nicht schlafen können?) „Hab ich nicht schlafen können, hab ich nicht schlafen können.“ (Keine Grippe?) „Keine Grippe, gar keine Grippe hab ich gehabt. Bei der Nacht geisterte ich immer so herum.“ (Grippe gehabt?) „Grippe hab ich nicht gehabt, tatsächlich nicht gehabt.“ (Wie war das mit der Grippe?) „Anno 18 hab ich die Grippe gehabt, wie's aufgetaucht ist die Grippe, wie's aufgetaucht ist.“ (Wie war das damals?) „Damals meine Mutter war auch dabei, ist da, ist da umgefallen vor lauter Schrecken.“ (Von wann bis wann das Doppeltsehen gehabt?) „Von wann bis wann, das weiß ich nimmer, das weiß ich nimmer, das weiß ich nimmer, von 1832—833 bis 1833, von 1832 bis 1833, hab ich das

Doppeltsehen gehabt, das Doppeltsehen gehabt.“ (1832 Fieber gehabt?) „Nicht Fieber gehabt, nicht Fieber gehabt, nicht Fieber gehabt.“ (Schlafstörung damals?) „Hab ich gehabt, hab ich gehabt, hab ich gehabt.“ (Wie war das denn?) „Wie war das denn, ich hab Schlafstörung gehabt, da hab ich herumgegeistert, das wissen meine Leute, das wissen meine Leute.“ (Kopfschmerzen?) „Da hab ich keine Kopfschmerzen gehabt.“

„Der Sohn hat mich nicht besucht, weil der in Eglfing ist, der ist in Eglfing.“ (Haben Sie 2 Söhne?) „2 Söhne hab ich, Schwiegersohn hab ich, 3 Mädels und 2 Schwiegersöhne hab ich“.

Am vorliegenden Material zeigt sich, daß Echolalie und Palilalie während des zweiten Klinikaufenthaltes nicht nur häufiger, sondern auch intensiver als beim erstenmal auftraten. Die „Mitigierung“ beider Erscheinungen der Form und dem Inhalt nach gelang Frau Be. jetzt viel seltener und weniger gut als bisher. Trotz starker Ablenkung durch Gespräche setzte sich ein palilaliertes Satzteil häufig später wieder durch (z. B. der Satz mit „gestoßen“ im Stenogramm vom 7. 10. 33; s. S. 695). Im Gegensatz zum Verhalten bei der ersten Aufnahme fand sich Palilalie nun auch beim Spontansprechen. Auffällig war die Interferenzerscheinung am 5. 10. (s. S. 695, Z. 18). Bei dieser wurde jede von den beiden Möglichkeiten sprachlich unverbunden nacheinander ausgedrückt und dann wohl als Ganzes palilaliert.

Sehr häufig hat sich die Kranke durch Echolalieren und Palilalieren Inhalte aufdrängen lassen, die sie gar nicht zum Ausdruck bringen wollte (s. o. Z. 8). Das führt bei der Analyse im einzelnen zu erheblichen Schwierigkeiten: So vermag man bei ihren Angaben über Grippe (s. S. 695) nicht zu entscheiden, ob eine Suggestion, eine nachträgliche Erinnerung oder lediglich ein Produkt der Echolalie vorliegt. Im weiteren Verlauf fiel auf, daß Frau B. zeitweise den Unterkiefer annähernd rhythmisch an den Oberkiefer preßte, so daß die Oberlippe sich horizontal aufwölbte und eine deutliche Hautfalte unter der Nase sich herausbildete.

Am 10. 10. 33 berichtete die Tochter der Kranken uns, daß die Mutter jetzt furchtbar gefräßig sei; sie habe vor einigen Tagen alles, was sie ihr mitgebracht hätte, auf einmal gegessen: 2 Cremeschnitten, 2 Pfund Trauben, 1 Pfund Äpfel und 1 Pfund Birnen. Außerdem hätte die Mutter heute in der Besuchsstunde zuerst nicht gewußt, mit wem sie gesprochen hätte.

Jetzt war häufig zu beobachten, daß die Kranke Aufforderungen des Untersuchers echolalierte und palilalierte, aber nicht ausführte. Wartete man das Abklingen der Palilalie ab, so erfolgte manchmal, aber nicht immer eine Ausführung oder Antwort. Dieser Mangel ist wohl durch das Zusammenwirken von Auffassungsschwierigkeiten, von größerer Ermüdbarkeit und geringer Spontanität bedingt. Nunmehr wurde versucht, das Nachsprechen und Mehrmals-Sprechen zurückzudrängen, indem man, wenn möglich, sich mit Gesten, sonst nur mit leise gesprochenen, kurzen Worten an sie wendete. Unter dieser Bedingung kam es manchmal zu Spontanantworten ohne Echolalie und Palilalie.

Die ohnehin unergiebige Unterhaltung mit der Kranken wurde nun immer schwieriger und die Erscheinungen auf motorischem Gebiet ausgeprägter. Wenn sie z. B. Takt schlug, so vermochte sie trotz motorischer Ablenkung und Festhaltens mit dem Taktschlagen nicht aufzuhören. — Das Schreiben war sehr stark gestört. Die schon bei der ersten Aufnahme festgestellte Mikrographie hatte sich verstärkt.

Die Buchstaben waren unvollkommen und die charakteristischen Verschiedenheiten verwischt. Auslassungen und Hinzufügungen von Grundstrichen waren diesmal noch häufiger. Außerdem bestand mitunter Paligraphie von Worten und Satzteilen. Interessant war die Anordnung der Abschrift auf dem Blatt: Die Kranke ließ links einen ganz schmalen Rand und beschrieb nach rechts nur ein Drittel der wirklichen Zeilenlänge; die folgenden, sich immer stärker nach rechts senkenden Zeilen näherten sich jetzt in ihrem Beginn dem linken Rand mehr und mehr und hörten nach rechts immer früher auf, so daß in der 1. Zeile 6, in der 5. Zeile nur 4, in der 8. Zeile nur 3 und in der 14. Zeile nur ein Wort sich fanden. Die Schrift war also in einem schmalen Keil angeordnet, dessen Spitze unten und dem linken Rand genähert lag.

Beim Nachzeichnen war die Kranke nicht imstande, die Kreisbewegungen nach Fertigstellung des Kreises abzurechnen. Sie zeichnete weiter in immer geringerem Bewegungsausmaß, so daß eine Spirale entstand. Im darauffolgenden Versuch aufgefordert, ein Viereck zu zeichnen, lieferte sie ein etwas schiefes Viereck und begann sofort nach seiner Fertigstellung mit der Zeichnung einer Spirale. Ein Dreieck zeichnete sie nur ungeschickt ab und begann auch hier anschließend eine Spirale zu zeichnen. Aufgefordert, zu einem Strich eine Parallele zu ziehen, zog sie darunter nicht weniger als 6 Parallelen, ehe sie aufhören konnte.

Das optische und taktile Erkennen war wieder ungestört. Apraktische Erscheinungen ließen sich nicht nachweisen.

Das Rechnen hatte erheblich nachgelassen; auf die Frage, wieviel 3×7 sei, bot sie erst 27, dann auf Kopfschütteln des Ref. 23 an und blieb nun dabei.

In der zweiten Hälfte des Oktobers verschlechterte sich das Schreibvermögen der Kranken zusehends. Sie lieferte trotz augenscheinlich guten Willens nur noch fortlaufende Auf- und Abstriche und einiges Gekritzeln, außerdem Buchstaben, die nicht erkennbar waren. Zudem erlahmte sie sehr bald. Bemerkenswerterweise äußerte sie jetzt zu dem sie anspornenden Arzt: „Sie haben starke Nerven.“

Am 22. Oktober begann der Kreislauf zu versagen. Es bestand Pulsarrhythmie, Temperaturerhöhung auf über $38,0^{\circ}$ und Cyanose der Lippen. Über der Lunge waren links hinten unten außer etwas Brummen nichtklingende Rasselgeräusche zu hören, welche aber bald wieder verschwanden. Die Kranke schlief nun fast dauernd und ließ unter sich. Wenn sie wach war, aß sie ständig. Am 26. 10. 33 erfolgte Exitus an Kreislaufschwäche.

Anatomischer Befund. Der makroskopische Hirnbefund von Herrn Professor Spatz lautete:

Hirngewicht (nach Formolinjektion) 960 g. Der *Schädelknochen der Kalotte ist durch Auflagerung einer Schicht an der Innenseite stark verdickt*. Die Dura ist o. B. Nur in der mittleren Schädelgrube rechts besteht eine unbedeutende flächenhafte subdurale Blutung älteren Datums. Die weichen Häute an der Unterseite des rechten Schläfenlappens sind dementsprechend auch rostbraun verfärbt. *Das Gehirn ist auffällig klein; die Windungen sind schmal, die Furchen klaffen*. Die atrophischen Erscheinungen sind über die ganze Konvexität ausgebreitet; im Bereich des Stirnhirns sind sie am deutlichsten, erreichen aber auch hier nicht den für P. Kr. typischen Grad. Die Gefäße sind zart, zeigen keine arteriosklerotischen Veränderungen. Die Hypophyse ist normal groß.

Auf dem Querschnitt fällt wieder auf, daß die Atrophie nirgends sehr hochgradig ist. Die Grenze zwischen Rindengrau und Mark ist überall deutlich geblieben. Im Stirnhirnbereich ist die Konvexität stärker betroffen als die Basis (s. Abbildung). Die Ventrikel sind erheblich erweitert.

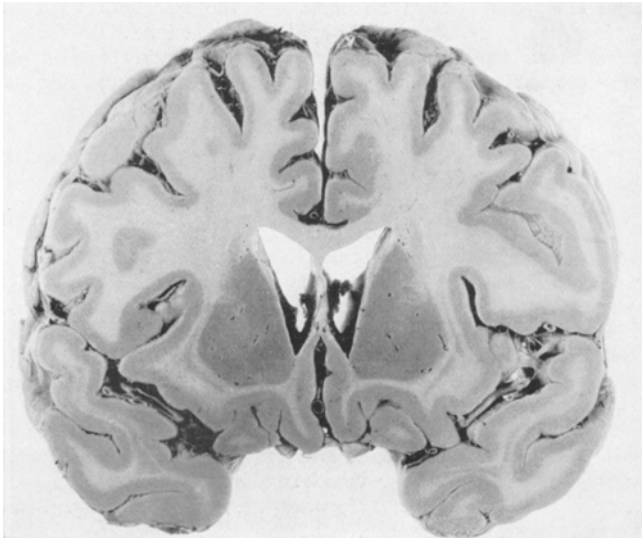
Die Stammganglien sind im ganzen verkleinert, insbesondere aber der Nucleus caudatus einerseits (s. Abbildung) und die Substantia nigra andererseits. Keine Depigmentierung der Substantia nigri. Dagegen erscheint der Thalamus ganz unverändert und ebenso der rote Kern; im Putamen und im Globus pallidus treten

die Gefäße mit ihren perivaskulären Schumpfräumen deutlich hervor, aber es fehlen hier wie überall völlig Erweichungsherde. Keine Kontusionsherde.

Die im Pathologischen Institut München vorgenommene Körpersektion ergab Atheromatose der Aorta thoracalis 1. Grades, der Aorta abdominalis 2. Grades, Hypostase der Lungenunterlappen, Bronchitis catarrhalis.

Die *mikroskopische* Hirnuntersuchung durch Herrn Professor *Spatz* ergab an den Gefäßen keine arteriosklerotischen Veränderungen, und zwar weder an den Gefäßstäben noch an den intracerebralen Gefäßzweigen. Im Silberbild fanden sich weder die *Alzheimersche* Fibrillenveränderung noch Drusen.

Die atrophischen Veränderungen kamen mikroskopisch in mäßiger Verminderung der Nervenzellen in den betroffenen Gebieten und leichten Wucherungs-



erscheinungen an der Astrocyteneuroglia zum Ausdruck. An den erhaltenen Nervenzellen finden sich keine gröberen Abweichungen, sondern nur stellenweise eine Vermehrung des Pigments. *Besonders auffällig war die Vermehrung der Astrocyten im Mark der atrophischen Windungen.* Dies trat bei der Darstellung mit der *Holzer-*schen Methode besonders klar hervor. Auch eine erhebliche Vermehrung der freien Gliafasern war hier feststellbar. Eine auffällige Schädigung war in der Substantia nigra zu konstatieren: In der schwarzen Zone war die Zahl der intakten Nervenzellen stark vermindert; es fand sich massenhaft melanotisches Pigment freiliegend; Anzeichen von Entzündung bestanden nicht; der Nervenzellausfall war immerhin nicht so hochgradig, wie dies im Endstadium der Encephalitis epidemica der Fall zu sein pflegt. Die rote Zone der Substantia nigra war abnorm gliazellreich und als Ganzes verschmälert; das normalerweise vorhandene charakteristische gliöse Pigment war außerordentlich stark vermehrt, während sich in den untersuchten Teilen des Globus pallidus keine Vermehrung des gliösen Pigmentes fand. Im Striatum und in der atrophischen Rinde war reichlich gliöses Pigment vorhanden; der Fettgehalt der Zellen war nicht vermehrt.

Zusammenfassung des anatomischen Befundes. Ausgebreiteter atrophisierender Prozeß mäßigen Grades im ganzen Gehirn mit Steigerung

in der Substantia nigra, im Striatum und in der Stirnhirnrinde; die orbitalen Gebiete des Stirnhirns sind wenig befallen, ausgesprochen aber die Konvexität. Keine atherosklerotischen Veränderungen, keine senile Drusen und keine *Alzheimersche* Fibrillenveränderung, keine Anzeichen für durchgemachte *Encephalitis epidemica*. *Wahrscheinlichkeitsdiagnose*: Atypische Form der *Pickschen* Krankheit.

Epikrise.

Im Laufe der — zusammen $5\frac{1}{2}$ Monate dauernden — klinischen Beobachtung wurden verschiedene differentialdiagnostische Erwägungen angestellt, die alle von den massiven extrapyramidalen Symptomen ihren Ausgang nahmen, da diese besonders anfangs durchaus im Vordergrund des ganzen Bildes standen. Wenn wir also auch einen Hinweis auf die Lokalisation des Hirnprozesses hatten, so konnten wir uns doch bis zum Tode der Kranken keine sichere Meinung über die Art der Erkrankung bilden. Einen luischen Prozeß oder einen Tumor glaubten wir auf Grund des Befundes und des Verlaufes ausschließen zu können. Allenfalls konnte man zunächst an einen Endzustand nach *Encephalitis* oder an eine *Paralysis agitans* denken. Aber die immer deutlicher werdende Demenz fügte sich nicht in den Rahmen dieser Krankheitsbilder ein. Erwogen wurde ferner die Möglichkeit einer *Alzheimerschen* Krankheit. Zu verwerten waren in dieser Richtung unter anderen die deutliche Merkstörung, die gelegentlich auftretende Desorientiertheit und die Muskelspannung; aber der amyostatische Symptomenkomplex war für eine *Alzheimersche* Krankheit zu stark ausgebildet. Dieser ausgedehnte Parkinsonismus war es auch, der sich in das Bild der *Pickschen* Krankheit nicht einzufügen schien, an welches die zunehmende Demenz, die Indolenz und die sprachlichen und motorischen Iterativ- und Echo-Symptome hatten denken lassen. Vor allem aber stand das verhältnismäßig komponierte Verhalten und die mitunter durchaus kritische Einstellung der Kranken ihren Defekten und ihren Mitmenschen gegenüber, im Gegensatz zu dem bekannten Bilde der *Pickschen* Krankheit.

Am meisten neigten wir dazu, eine Arteriosclerosis cerebri mit besonderer Beteiligung der Stammganglien anzunehmen, zumal die Kranke, wie oben ausgeführt, eine Demenz zeigte, die den Persönlichkeitskern relativ verschont hatte und das neurologische Bild sehr an das bei arteriosklerotischer Muskelstarre erinnerte. Außerdem fanden wir bei der körperlichen Untersuchung Anzeichen einer peripheren Sklerose.

Die anatomische Untersuchung ergab aber, daß ein „atrophisierender Prozeß“ von bestimmter Ausbreitung vorliegt. Dies führte unter Ausschluß von Arteriosklerose und von *Alzheimerscher* Krankheit zur *Wahrscheinlichkeitsdiagnose*: *Picksche* Krankheit¹. Aber der Befund

¹ Bei der *Paralysis agitans* vermißt man gewöhnlich die ausgesprochenen atrophischen Erscheinungen. Zum Bilde der *Encephalitis epidemica* paßt nicht die ausgesprochene Atrophie von Rinde und Striatum.

entspricht keineswegs dem gewöhnlichen Bild der *Pickschen Krankheit*, welches in einer umschriebenen, hochgradigen Atrophie bestimmter Anteile bestimmter Hirnlappen des Großhirns besteht. Einmal ist die Atrophie in unserem Falle nicht hochgradig, sondern nur mäßig. Sodann ist sie zwar im Stirnhirn besonders deutlich, aber sie betrifft hier im Gegensatz zum typischen Verhalten die Konvexität mehr als die basalen Abschnitte. Dafür steht die Atrophie des Striatum und der Substantia nigra, die sonst bei der *Pickschen Krankheit* mehr an zweiter Stelle steht, im Falle Be. an erster Stelle. *Es besteht also in mehrfacher Hinsicht ein atypisches Verhalten.*

Schon *Mingazzini* wies 1914 auf eine Stammganglienerkrankung bei seinem Fall von P. Kr. hin. Solche Befunde wurden in der Folge auch von anderen Untersuchern erhoben (*Spatz* und *Onari*: Fall *Braadt*, *Jakob*, *Grünthal*, *C. Schneider* u. a.). Zuletzt wies *v. Braunmühl* bei der Besprechung der Anatomie der *Pickschen Krankheit* in *Bumkes* „Handbuch der Geisteskrankheiten“ nachdrücklich auf die Bedeutung dieser Befunde hin, um schließlich 1929 in einer nochmaligen Zusammenfassung die Gleichartigkeit des Prozesses in der Rinde und im Stammganglienbereiche zu betonen. Hierbei wies er auf die Ähnlichkeit mit der *Huntingtonschen Chorea*, die nach *Spatz* und seiner Meinung mit der *Pickschen Krankheit* verwandt ist. *v. Braunmühl* betont die Notwendigkeit, das Zusammenwirken der Stammganglien- und Rindensymptome im Krankheitsbild klinisch herauszuarbeiten.

Unser Fall erscheint wegen der deutlichen Schädigung der Stammganglien, die hier sogar hochgradiger als die Rindenschädigung ist, und wegen des Fehlens andersartiger (etwa arteriosklerotischer) Veränderungen hierzu besonders geeignet.

Die Krankengeschichte gibt meines Erachtens viele Hinweise darauf, daß durch die Annahme einer Enthemmung als Grundsymptom eine Reihe von Einzelerscheinungen unter einen Gesichtspunkt gebracht werden könnte. Wir wollen bei der Besprechung dieser Möglichkeit von der einschlägigen Darstellung der Willensstörungen durch *Bostroem* im *Bumkeschen Handbuch der Geisteskrankheiten* ausgehen.

Bostroem trennt die striären Zwangsvorgänge und Iterationserscheinungen wegen des vollkommenen Fehlens jeder Neigung zur Ausgestaltung, zur Systematisierung und vor allem wegen ihrer nahen Beziehungen zur Motorik von den echten Zwangsvorgängen bei der Zwangsneurose ab. Von den äußerlich ähnlichen Iterationserscheinungen Katatonen heben sich die striären Zwangsvorgänge durch den Eindruck, daß die Kranken unter einem Zwang handelten, für ihn ab. Das Zwangsmäßige an den striären Erscheinungen sieht *Bostroem* darin, daß der einmal in Gang gesetzte motorische Mechanismus nicht wieder angehalten werden kann. Er macht darauf aufmerksam, daß normalerweise es für uns keines besonderen Entschlusses bedarf, wenn wir mit einer Willenshandlung aufhören wollen, und erwägt, ob wir einen — für gewöhnlich schon im Bewegungsentschluß mitgegebenen und dann automatisch ablaufenden — Denervationsakt benötigen, der mit dem Ausfall aller Hilfsbewegungen ebenfalls weggefallen wäre und durch den aktiven

Entschluß, aufzuhören, ersetzt werden müsse. Eine andere Möglichkeit scheint ihm, daß die motorische Persönlichkeit bei Schädigung in den Stammganglien über die einmal in Lauf gesetzten Bewegungen die Macht verloren habe und daß die Bewegungen weiterlaufen, bis sie sich erschöpfen, falls sie nicht durch Kunstgriffe oder eigens gefaßte Willensakte beendet werden können. *Bostroem* betont, daß die Kranken wenigstens eine Zeitlang diesem Ablauf gegenüber ohnmächtig sind, aber doch wohl ein primäres zwangsmäßiges Aufdrängen nicht empfinden.

In unserem Falle müssen wir bei den striären Zwangsvorgängen auf phänomenologische Untersuchungen und Unterscheidungen verzichten, da wir von der Kranken nur für einzelne Erscheinungen und zudem nur in unzureichendem Maße über ihre Erlebnisse Auskunft bekommen haben. Es genügt auch für unseren Zweck vollkommen, daß wir von einer Enthemmung sprechen können, welche in ihrer striären Bedingtheit als extrapyramidale Störung erscheint und somit den unmittelbaren Anschluß an die anderen Veränderungen der motorischen Persönlichkeit gewinnt (Rigor, Akinese mit Amimie, Fehlen von Mitbewegungen, Konzentration auf nur eine Bewegung).

Wir haben bei Frau Be. Enthemmungserscheinungen schon in der einfachen Motorik. So wird auf Aufforderung begonnenes Taktschlagen lange fortgesetzt. Dann wird das Kinn ohne besondere Veranlassung rhythmisch auf- und abbewegt und es fällt die Unfähigkeit der Kranken auf, ruhig sitzen zu bleiben (Akathisie). Entsprechende Störungen finden sich beim Zeichnen und Nachzeichnen: man vermag hier zwei Arten von Störungen zu unterscheiden: einmal wiederholt die Kranke die gesamte Leistung (ein zweites Gesicht und weitere Parallelen werden gezeichnet), ein anderes Mal ist sie außerdem unfähig, die zur Gesamtleistung „Kreis“ führende Bewegung abzubrechen.

Die gleiche Grundstörung, nur in einem höheren Funktionsbereiche, findet sich beim Sprechen. Daß die Kranke, trotz Befehls, anzuhalten, weiterlas und weiterzählte, ist sicher auch als eine Enthemmung auffaßbar und drängt den Vergleich mit der bekannten Unfähigkeit der Amyostatiker, beim Gehen anzuhalten, auf. Dieses Weitersprechen unterscheidet sich aber von ihrem Palilalieren ebenso deutlich, wie das Zeichnen einer Spirale statt eines Kreises von der Wiederholung einer Gesichtsbezeichnung. Die Palilalie, nach *Pick* in einer mehrfachen Wiederholung von Sätzen und Satzteilen oft in zunehmendem Tempo bestehend, trat bei Frau B. zunächst beim reaktiven, dann auch beim spontanen Sprechen und (im Gegensatz zu der Angabe bei *Bostroem*) auch beim Reihensprechen und bei Einzelbenennungen auf. Das Tempo war im allgemeinen gleichbleibend; ein Rascherwerden und außerdem Lauterwerden beim Palilalieren wurde bei Erregung, insbesondere bei gleichzeitigem Weinen beobachtet, wobei auch das Weinen rascher und lauter wurde.

Die Tatsache, daß auch eine „geschriebene Palilalie“ (*Pick*) oder besser Paligraphie bei Frau Be. bestand, rundet das Bild ab, was in

seiner Gesamtheit darauf hinweist, daß man es hier in einem ähnlichen Sinne mit einer Allgemeinstörung zu tun hat, wie das auch für das Perseverieren¹ gilt. Man könnte diese oben beschriebenen Störungen in Erweiterung des von *Schulmann* für einfachere motorische Iteration geprägten Begriffes insgesamt als Palikinese bezeichnen.

Ebenso wie man die Palilalie und die ihr verwandten Symptome als Enthemmungserscheinungen deutete, war man sich schon frühzeitig auch über eine ähnliche Bedingtheit der Zwangsaffekte im klaren. Schon *Tréna* und *Crinon* (zit. nach *Pick*) bezeichneten sie, auf das Zusammenvorkommen von Palilalie und Zwangsweinen bei einer 51jährigen Pseudobulbärparalytikerin gestützt, als „spasmodische“ Erscheinungen. *Pick* schloß sich dieser Auffassung an. *Bostroem* sieht beim Zwangslachen und -weinen die gleiche Grundstörung und nur graduelle Unterschiede zwischen der Palilalie und den Zwangsaffekten. Er betont den nicht so explosiv hemmungslosen Charakter und die nicht so leichte Auslösung der Zwangsaffekte, eine Auffassung, die mit dem klinischen Befund bei unserer Kranken sich gut vereinigen läßt.

Nicht so offensichtlich wie bei den Zwangsaffekten ist die Enthemmung auch bei den Echosymptomen nachzuweisen. Wieder bei *Pick* findet sich der Versuch der Analyse der Echolalie von diesem Gesichtspunkte aus. Er führt die Echolalie bei Hirnkranken auf den Wegfall von Hemmungen für einen bedingten Reflex vom cerebralen Hörorgan auf das Sprachorgan zurück, der sonst schon in der Kindheit mit der Entwicklung der Willkürsprache schwindet. *Lange* erklärt die Echolalie bei Hirnkranken im Anschluß an *Picks* Auffassung mit der Schwäche der höheren Intention gegenüber den niedrigen Willenswerkzeugen und spricht von einer Ablenkung durch den Wortklang. (*Nadoleczny*² dagegen hält das Nachsprechen für eine willkürliche Reaktion auf einen nur wahrgenommenen, in seiner Bedeutung nicht erfaßten, sprachlichen Reiz.)

Steiner wies schließlich bei dem Vergleich von encephalitischen und katatonen Motilitätsstörungen auf die Tatsache hin, daß die Echosymptome genau wie die (von uns ebenfalls bei der Kranken beobachteten) Hypermetamorphose nur durch erhöhte Ansprechbarkeit des psychomotorischen Apparates bei mangelnder Wegsamkeit der Spontanmechanismen ihre Erklärung finden können. Interessanterweise faßt er Akinese, Amimie, Hypermetamorphose, Echosymptome und Iterationserscheinungen zusammen unter den Gesichtspunkt der Überwertigkeit der Fremdanregung, die sich zuungunsten der Eigenanregung auswirke. Diese Ansichten vertragen sich ziemlich weitgehend mit der von uns gemachten Beobachtung, daß Intentionen, insbesondere eine willkürliche Aufmerksamkeitszuwendung, das Auftreten der Enthemmungserscheinungen zurückdrängen oder gar verhindern könnten (was auch schon *Pick* für die Echosymptome geltend macht).

¹ Den entsprechenden Nachweis für das Perseverieren führte *Pick* an einer Kranken, der die Schreibungsbewegungen auch mit dem Mund perseverierte, als ihr die Hände festgehalten wurden.

² Zit. nach *Bostroem*.

Wir hätten also für die Palikinese einschließlich der Palilalie, für die Zwangsaffekte, für die Echosymptome und für die Hypermetamorphose die Möglichkeit, sie durch den Hinweis auf die in ihnen allen steckende Enthemmung einheitlich aufzufassen.

Vom psycho-pathologischen Standpunkt aus gesehen, hat es den Anschein, als ob bei der Kranken die höheren Willensfunktionen, einschließlich der willkürlichen Aufmerksamkeitszuwendung stark beeinträchtigt gewesen wären, welche allein die Automatismen hätten zurückdrängen können.

Vom anatomischen Standpunkt aus gesehen, dürfte vielleicht der Rigor der Schädigung der Substantia nigra, die allgemeine Enthemmung der Automatismen der Schädigung des Stratum und die ungewöhnliche Schwäche in der Beherrschung und Korrektur der Automatismen der Stirnhirnatrophie entsprechen.

In unserem Falle sind aber immerhin Intelligenz und Affektivität in geringerem Maße beeinträchtigt als sonst bei der *Pickschen* Krankheit. Wir können die Klinik unseres Falles aber noch weiter in Beziehung zu der der typischen Fälle setzen, wenn wir das regelmäßige Auftreten des *Spiehuhrsyndroms* (*Mayer-Groß*¹) der „*stehenden Redensarten*“ und der uferlosen Logorrhöe (*Stertz*¹) bei der *Pickschen* Krankheit als milde Äußerungen der psychomotorischen Enthemmung bei psychischer Verarmung auffassen.

Die Einordnung unseres Krankheitsfalles macht bei dieser Betrachtungsweise keine allzugroßen Schwierigkeiten mehr, weist doch *v. Braunmühl* bereits auf die Möglichkeit hin, daß das Striopallidum einmal der Rinde in der Erkrankung voraneilen könne, so daß gewisse Fälle „seniler Chorea“ eigentlich zu der *Pickschen* Krankheit gehören würden. Ebenso könnte in unserem Falle etwa wegen einer Systemminderwertigkeit sich die — wie auch immer bedingte — Schädigung zuerst an dem extrapyramidalen System und erst später an der Rinde äußern.

Betrachten wir nun bei Frau B. die Familienvorgeschichte auf das etwaige Vorliegen einer Systemschwäche, so ergibt sich zunächst, daß eine Tochter augenscheinlich unter den Folgen einer Encephalitis leidet, also in demselben System an einer Infektion erkrankt ist, in welchem die Mutter nach unserer Auffassung „genuin“ geschädigt wurde. Weiter fällt auf, daß der Sohn eine Schizophrenie gehabt hat. Ohne großes Gewicht auf diese Befunde legen zu wollen, wollen wir uns doch wenigstens an die Auffassung von *Gans* über die unspezifische erbliche Belastung der *Pickschen* Krankheit und an die Theorie, daß die Schizophrenieanlage in einer Minderwertigkeit der Stammganglien gesucht werden könne, erinnern. Selbstverständlich können wir mit diesem Einzelfall mit fragwürdigen erblichen Belastungen um so weniger etwas Gesichertes

¹ Zit. sämtlich nach *Runge* in *Bumkes* Handbuch, Bd. 8.

entnehmen, als ja die Erblichkeitsverhältnisse bei der *Pickschen* Krankheit noch völlig ungeklärt sind.

Wenn man sein Augenmerk besonders darauf richtet, lassen sich auch bei anderen Fällen von *Pickscher* Krankheit, in denen wesentliche Stammganglienschädigungen gefunden wurden, auch entsprechende klinische Störungen, insbesondere Enthemmungserscheinungen finden und umgekehrt.

Wir wollen das in den in ausreichendem Maße veröffentlichten, daher allgemein zugänglichen Fällen nicht nachweisen, sondern nur noch den von *Kahn*¹ und von *Spatz*² berichteten Fall aus unserer Klinik von unserem Gesichtspunkt aus betrachten, weil er große Ähnlichkeit mit dem Fall B. hat.

Es handelt sich um den Fall Ellg. mit einer hochgradigen Stirn- und beginnenden Schläfenlappenatrophie, bei dem eine sehr erhebliche Atrophie des Striatum, des Pallidum und auch der Substantia nigra bestand³. Leider war der Fall kompliziert durch das Hinzukommen arteriosklerotischer Gefäßveränderungen in Stammganglien, Großhirnrinde und Ammonshorn.

Im klinischen Bild fiel die Unruhe auf. Der Kranke äußerte, daß er so unruhig sein müßte und erklärte seine Unruhe mit der Aufregung über seine geisteskrank gewordene Frau. Er brachte häufig quakende und meckernde Laute hervor und gab an, daß diese ohne seinen Willen kämen. Einmal heißt es in der Krankengeschichte: Nach wie vor stereotype Triebhandlungen: Strampeln mit den Beinen, Schaukeln, wiederholtes Auftreten auf das Brett am Bettende. Er wisse nicht, wie er dazu käme. Ein anderes Mal heißt es: Lacht, wenn er jemand anderen lachen sieht, herzlich, ohne zu wissen warum. Dann wieder heißt es: Der Kranke lacht über die geringste, mitunter gar nicht lächerliche Kleinigkeit zeitweise minutenlang ununterbrochen. Er lacht auch auf Befehl, ohne ein Ende finden zu können. — Hier und da begann er plötzlich laut zu weinen und zu schluchzen, um im nächsten Augenblick ohne erkennbaren Grund wieder hell aufzulachen. Auf Befehl weinte er unmittelbar, nachdem er gelacht hatte, angeblich weil seine Frau nicht gekommen wäre. Nachdem zunächst seine Merkfähigkeit sehr herabgesetzt zu sein schien, fand man sie gar nicht schlecht als es gelang, seine Aufmerksamkeit für die Zahlen und Merkwörter zu erwecken. Er wies zeitweise ausgesprochene Echopraxie und Echolalie auf und fiel durch eine sehr starke Bestimmbarkeit auf, z. B. legte er beim Essen auf energischen Befehl den Löffel hin, trotzdem er im allgemeinen wegen seiner Gefräßigkeit gefürchtet war. Er sagte oft minutenlang: ma, ma, ma . . . vor sich hin. Aus dem neurologischen Befund entnehmen wir, daß zuletzt in allen Extremitäten Rigor vorhanden war. Es bestanden keine Pyramidenzeichen. Die Schrift war mikrographisch. Bei nummehriger Durchsicht von Abschriften, die E. bei uns anfertigte, findet sich ein- bis zweimalige Wiederholung von Satzteilen und von Wörtern; außerdem sind überflüssige Grundstriche sehr häufig.

Abschließend wollen wir noch einmal hervorheben, daß extrapyramidale Störungen, wie sie in Andeutung allerdings bei vielen Fällen von *Pickscher* Erkrankung nachzuweisen sind, in unserem Ausgangsfall in ungewöhnlichem Maße im Vordergrund des Zustandsbildes standen.

¹ *Kahn*: Zbl. Neur. **40**, 733. — ² *Spatz*: Zbl. Neur. **47**, 873.

³ *S. Bumkes* Lehrbuch, 3. Aufl., S. 614, Abb. 90 und 91.

Weitere Beobachtungen werden zeigen müssen, ob es berechtigt ist, neben der Stirnhirn- und Schläfenlappenform der *Pickschen* Krankheit auch eine Stammganglienform nach dem klinischen und anatomischen Befund als weitere Unterform abzugrenzen.

Die Überlassung des Falles und eingehende Beratung bei der Arbeit verdanke ich Herrn Oberarzt der Psychiatrischen und Nerven-Klinik München, Privatdozent Dr. *F. Kant*. Außerdem schulde ich Herrn Prof. Dr. *H. Spatz*, ebenfalls an der Psychiatrischen und Nerven-Klinik München, großen Dank für Mitteilung der anatomischen Ergebnisse und für eingehende Beratung.

Literaturverzeichnis.

Bostroem: Der amyostatische Symptomenkomplex, 1922. — Die Störungen des Wollens. Katatone Störungen. Striäre Störungen. In *Bumkes* Handbuch, Bd. 2. 1928. — *v. Braunmühl*: Z. Neur. **124**, 214 (1930). — Die *Picksche* Krankheit. In *Bumkes* Handbuch, Bd. 11: Die Anatomie der Psychosen, S. 696. 1930. — *Bumke*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1929. *Picksche* Krankheit, *Alzheimersche* Krankheit. — *Grünthal, E.*: Verh. physik.-med. Ges. Würzburg **52**, H. 1. Ref. Klin. Wschr. **1927** III. — *Jakob, A.*: Arch. f. Psychiatr. **81** (1928). — *Kahn*: Zbl. Neur. **40**, 733 (1925). — *Leyser*: Mschr. Psychiatr. **55**, 181. — *Onari u. Spatz*: Z. Neur. **101**, 470 (1926). — *Pick*: Die neurologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie und andere Aufsätze. Berlin: S. Karger 1921. — *Runge*: Die *Picksche* Krankheit. In *Bumkes* Handbuch, Bd. 8. — *Schneider, Carl*: Mschr. Psychiatr. **65**, 230 (1927). — Z. Neur. **120** (1929). — *Steiner*: Z. Neur. **78** (1922). — *Stertz*: Z. Neur. **101**, 729 (1926).
