

XXIII.

Psychiatrisches Gutachten.

Von

Dr. August Lotz,

Zweiter Arzt der Städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

I. Thatbestand.

Frankfurt a. Main, 7. Februar 1876. Der Schutzmann Carl Sutter, 50 Jahre alt, geboren in Langenbrücken in Baden, ist des Mordes und der versuchten Tödtung angeklagt. Am 15. October 1875, um halb 8 Uhr Abends, wurde die geschiedene Ehefrau Bertha Hausmann in dem Geschäftslocal des Spezereihändlers Gutfleisch auf der Friedberger Gasse, in welchem sie als Ladnerin fungirte, durch den Angeschuldigten durch einen Revolver-Schuss, welcher ihr Herz durchbohrte, getödtet. Beide hatten sich im Winter 1870/71 kennen gelernt und seit jener Zeit ein vertrautes Verhältniss unterhalten. — Sutter diente früher bei dem Frankfurter Linien-Bataillon, trat dann zum hiesigen Gendarmerie-Corps über und wurde im Jahre 1867 in das Frankfurter Schutzmanns-Corps aufgenommen, in welchem er sich, abgesehen von einigen Rügen und Disciplinar-Bestrafungen, zufriedenstellend führte. Als Schutzmann wurde er im Herbst 1870 nach Strassburg commandirt, wo damals B. Hausmann mit ihrem Manne im Hause ihrer Eltern, in welchem sich gleichzeitig das Polizei-Revier-Bureau befand, lebte. Die Ehe war keine glückliche, und zwar, nach Ansicht ihrer Eltern, durch Verschulden des Mannes, welcher ein verschwenderisches, unordentliches Leben geführt und seine Ehefrau schlecht behandelt haben soll. Das Verhältniss führte 1874 zur Scheidung der mit zwei Kindern gesegneten Ehe. Nach der Trennung genas die Hausmann zwar noch eines Kindes, welches aber kurz nach der Geburt starb. Sutter wurde mit der Getödteten dadurch bekannt, dass er ihren Eltern bei Streitigkeiten, sowie sonstigen Differenzen mit der französisch gesinnten Bevölkerung sich gefällig zeigte und nützlich zu machen wusste. Hierdurch kam es zu einem Verhältniss mit der Tochter, das auch, nachdem er in ein anderes Revier versetzt worden war, fortgesetzt wurde. Nach dem Zeugniss von Schutzleuten sollen sich Beide höchst verliebt geberdet, jedoch Sutter sich nicht

discret benommen haben. Als Letzterer im August 1874 nach Frankfurt zurückberufen worden, wurde das Verhältniss auch dadurch nicht abgebrochen, sondern brieflich fortgesetzt und eine Verehelichung in Aussicht genommen. Am Tage ihrer Ehescheidung kam auch sie nach Frankfurt und besuchte Sutter. Die Eltern waren der beabsichtigten Verbindung ihrer Tochter nicht günstig, namentlich als sie nach ihrem Umzuge hierher erfuhren, dass Sutter eine ziemliche Anzahl unehelicher Kinder habe und ein heftiger, jähzorniger, selbst dem Trunk nicht abgeneigter Mensch sei. Es wurde ihm das Haus seiner Braut verboten, und dieselbe ging auch anscheinend auf den Wunsch ihrer Eltern, das Verhältniss zu lösen, ein; trotzdem war ihre Zuneigung zu Sutter keineswegs erloschen und das Band, wie später aufgefundenen Briefe, welche Lust und Munterkeit athmen, beweisen, keineswegs getrennt. Am 15. October trat Sutter, nachdem er vorher einige Wirthschaften besucht hatte, Abends halb 8 Uhr in den Laden von Guttfleisch, wo die Hausmann Ladnerin war und sich durch ihr munteres und zugleich anständiges Benehmen die Zuneigung und Zufriedenheit der Guttfleisch'schen Eheleute erworben hatte. Der Angeklagte forderte Cigarren und griff, als ihm dieselben von der Hausmann gereicht wurden, in die Rocktasche, zog einen Revolver hervor und feuerte einen Schuss mit den Worten: „Ich bin vorbereitet,“ gegen das ihm gegenüberstehende Frauenzimmer ab, worauf dasselbe nach einigen Schritten zusammenbrach. Sutter ging hierauf fort, wie er sagte, in der Absicht, sich selbst zu tödten, änderte aber; nachdem er die Nacht auf dem Kirchhofsweg zugebracht hatte, gegen Morgen seinen Entschluss, kehrte in die Stadt zurück und wurde hier von dem Oberwächter Kiefer und Nachtwächter Bauer betroffen. Beide nahmen Anfangs Anstand, da sie den Revolver mit Recht bei ihm vermutheten, ihn alsbald zu verhaften. Kiefer liess sich vielmehr mit ihm in ein Gespräch ein, was ihn zutraulich machen sollte, und benützte einen günstigen Moment, um den Beklagten von hinten zu packen. Dieser, kurz resolvirt, zog den Revolver und feuerte ihn, wie Nachtwächter Bauer, der den Luftdruck verspürt haben will, aussagt, gegen ihn ab. Sutter dagegen giebt an, „er habe sich selbst tödten wollen.“ Der Beschuldigte giebt die That zu, will aber ohne Ueberlegung gehandelt haben und behauptet, „es sei der Wunsch seiner Braut gewesen, mit ihm, da so viele Hindernisse sich ihrer Verbindung in den Weg stellten, zu sterben.“ Diesem widersprechen jedoch sämmtliche Briefe der Verstorbenen, welche im Besitz des Sutter gefunden wurden.

Nach dem Beschlusse der Anklagekammer wird der Schutzmann Sutter angeklagt: 1) am 15. October 1875 die separirte Frau Bertha Hausmann vorsätzlich getödtet und diese Tödtung mit Ueberlegung ausgeführt zu haben; 2) am 16. October 1875 den Entschluss, den Nachtwächter Bauer vorsätzlich zu tödten, durch Handlungen, welche einen Anfang der Ausführung des Verbrechens enthielten, bethätigt zu haben. Er hatte mit der Ermordeten — einer jungen, lebenswürdigen, von ihrem Manne geschiedenen Frau — in einem zu Strassburg angeknüpften und Jahre lang fortgesetzten innigen Liebesverhältniss gestanden und will die That — nach seiner Angabe in der Voruntersuchung — ohne Ueberlegung aus Eifersucht verübt haben, obwohl er, im Widerspruch mit diesem Motiv, zugleich behauptete, die Hausmann habe in die Tödtung eingewilligt. Den Tödtungsversuch gegen Nachtwächter Bauer

hat er bei Gelegenheit seiner Verhaftung gemacht, indem er aus dem noch 5 Schüsse enthaltenden Revolver einen Schuss abfeuerte, welcher diesem die Mütze vom Kopfe warf. Nach seiner Angabe wollte der Angeklagte durch diesen Schuss nicht den Bauer, sondern sich selbst tödten. Der Eindruck, den der Angeklagte bei seinem heutigen Verhör machte, war ein äusserst klägliches. Nach langer Pause und mit einer häufig geradezu unverständlichen Stimme gab er auf die ihm vorgelegten Fragen die confusesten Antworten. Er verwechselte gleich von vornherein seine Person mit der der Ermordeten, indem er die an ihn bezüglich seiner Absicht und seiner That gerichteten Fragen auf die Absichten und Handlungen seiner gemordeten Geliebten bezog. Auf die Frage, ob er den Mord verübt habe, äusserte er: „jetzt ist es Zeit, sie ist todt,“ und auf die Frage, wo er den Revolver gekauft habe: „wo ich ihn gekauft habe, habe ich ihn gekauft.“ Bezüglich der Zeit und Gelegenheit der von der Ermordeten angeblich gegebenen Einwilligung zur Tödtung befragt, äusserte er: „einen Monat zuvor hat sie mir das in ihrem Hause gesagt“, während nach seiner Angabe vor dem Untersuchungsrichter dies 14 Tage vor der That bei Gelegenheit eines Spazierganges auf dem Kettenhofweg geschehen sein sollte. Auf die weitere Frage, welche Idee er bei seiner Absicht, mit 44 Thaler Monatsgehalt zu heirathen, sich gemacht habe, behauptet er: „ich habe mir hierüber gar keine Idee gemacht; Bosse sollte mir aber Nichts dazu geben; zum Spezerei-Geschäft sollte die Bertha die Geldmittel verschaffen.“

Das Resultat der einstündigen, in dieser Weise fortgehenden Vernehmung war die alternative Annahme, dass Sutter entweder geistig gestört sei, oder Geistesstörung simulire. Es wurden daher zunächst die beiden Physici Dr. B. und Dr. W. um ihre gutachtliche Meinung befragt, ob sie auf Grund ihrer Beobachtungen des Angeklagten in der letzten Zeit, resp. dessen Verhalten und Antworten in der heutigen Verhandlung die Fortsetzung derselben vom gerichtsarztlichen Standpunkt aus — wegen eingetretener Umnachtung der Sinne des Angeklagten — für bedenklich hielten.

Beide Aerzte bejahten diese Frage, Dr. W. mit dem Bemerken, dass er früher zu einer bejahenden Antwort der mehrfach ventilirten Frage nach Geistesstörung **allerdings keinen Anhalt habe finden können.**

Die Staatsanwaltschaft beantragte hierauf vorläufige (etwa achtwöchentliche) Ueberweisung des Angeklagten in das Irrenhaus zur Beobachtung, sowie Vertagung der Verhandlung, welchem Antrage der Gerichtshof durch sofort gefassten Beschluss entsprach.

(Aus dem Frankfurter Journal und Intelligenzblatt.)

II. Specielles Gutachten.

An die
Königliche Staatsanwaltschaft
zu Frankfurt a. M.

Bericht des unterzeichneten Arztes der städtischen Irren-
anstalt in Betreff des Geisteszustandes des Karl
Sutter aus Langenbrücken.

Folgend der Aufforderung der K. Staatsanwaltschaft beehre ich
mich in Folgendem meine Ansicht und mein Gutachten abzugeben
über den Zustand

des Karl Sutter, gewesenen Schutzmanns, aufgenommen in
die städtische Irrenanstalt am 12. Februar 1866.

Es handelt sich bei der Begutachtung des K. S. um die Beant-
wortung der Frage, „ob derselbe geisteskrank ist oder nicht?“

Ich gedenke zur Entscheidung dieser Frage den einfachen Weg
der Beschreibung seines Zustandes einzuschlagen, wie er sich dar-
stellte in der ersten Zeit seines Hierseins: des sogenannten Status
praesens. Und hieran wird sich dann reihen: die Besprechung der
weiteren Entwicklung dieses Zustandes i. e. der Verlauf der anzu-
nehmenden Krankheit, soweit er beobachtet wurde innerhalb der An-
stalt, und den Schluss wird bilden die Abwägung und Gesamtbeur-
theilung des ganzen Falles mit der muthmasslichen Vorhersage für den
Ausgang der angenommenen Krankheit.

In dem ersten Theile, dem Status praesens, nehmen wir zuerst
den körperlichen Theil des Befundes vor. Nach mehrfachen Unter-
suchungen und oft lang-dauernden Beobachtungen stellte sich derselbe
folgendermassen dar:

K. Sutter, geboren den 28. März 1825 zu Langenbrücken im Baden'schen,
sieht, obwohl gut genährt, doch etwas verlegt und verbraucht aus; seine Haut-
decken sind zwar, soweit es die freien Theile betrifft, gebräunt, aber doch
schlaff, und die Muskulatur nicht so stramm, als man es bei seinem, gern zur
Schau getragenen, martialischen Wesen annehmen sollte. Sein Fettpolster ist
vielleicht etwas geschwunden, aber immer noch in beträchtlichem Masse vor-
handen. Er ist von regelmässigem, wohlproportionirtem, kaum Mittelgrösse
erreichendem Bau.

Er trägt gutgemachte, etwas flotte Civilkleider; er macht gern Toilette;
sieht gern seine verhältnissmässig kleinen Füsse an; er hält sich gern sauber

und rein; beobachtet einen leichten militärisch-respectvollen Anstand. — Er ist leicht erschreckt und in Unruhe. — Er ist sehr erfroren, liebt die Wärme, fürchtet die Kälte.

Schädel: Fast von Rundform; doch von beträchtlichem Umfange. Haare kurz geschoren, aber dick; dunkelbraun. Stirn hoch und breit. Nase kurz, tief gesattelt, unten etwas breit. Auf der Stirn sitzt eine oberflächliche, nicht in's Gewicht fallende Hautnarbe. Zähne reinlich, aber braun (vom Rauchen); die oberen Schneidezähne stehen in unschöner Weise wie beim Hasen vor; verdeckt wird diese Entstellung in sehr vortheilhafter Weise durch einen auffallend langen und starken Schnurrbart; diesen cultivirt er den ganzen Tag. — Augen zeigen braune Regenbogenhaut. Schläfengefäße nicht oder nur unbedeutend atheromatös.

Thorax: Breit, voll, gut gebaut; haarfrei.

Herz: Dämpfung im Höhendurchmesser klein, Querdurchmesser normal, aber im Verhältniss unbedeutend grösser als der Höhendurchmesser; nach R. hat das Herz normale Lagerung. Der Herzschlag ist an der gewöhnlichen Stelle nicht zu sehen, selbst nach körperlicher Erregung (heftiges Lachen, Laufen etc.) nicht; dagegen im letzteren Falle wenigstens leicht zu fühlen. Die Herztöne sind an der Spitze rein, aber schwach; etwas nach R. zeigt sich der erste Ton leicht gespalten, der zweite ist normal. Ueber der Tricuspidalklappe keine Abnormität. Der zweite Pulmonalton ist normal.

Lungen: Erweisen sich bis auf einen (wohl chronischen) Brustkatarrh gesund (catarrhus pulmonum).

Leib: Fett, dick und weich.

Leber reicht bis zum Rippenrande in der Achsellinie: nicht schmerzhaft.

Milz nicht geschwollen.

Nierengegend nicht schmerzhaft.

Puls: Erweist sich leicht erregbar. Schon zwischen Stehen und Sitzen zeigte seine Zählung oft einen ziemlichen Unterschied; noch bedeutender zeigte sich seine Erregbarkeit bei nur irgend einwirkender psychischer Beeinflussung. Er schwankte zwischen 65 bis zu 90 Schlägen. Die Welle ist schwach; das Gefäß etwas gespannt. Manchmal aber stellt sich eine Arrhythmie des Pulses ein, die Welle bleibt aus oder ist so schwach, dass sie kaum gefühlt wird; gleichzeitig lässt sich hiermit eine ungenügende Contraction des Herzens nachweisen.

Stoffwechsel: War im Anfange nicht blos in Nahrungseinnahme, sondern auch in Entleerung normal.

Schlaf: Das Bedürfniss hierzu ist auffallend vorhanden; er schläft auch am Tage viel; er schläft im Sitzen auf dem Schemel; er schläft selbst ein, lehnd am Ofen; schwankt er zu stark, so erwacht er, um wieder weiter zu schlafen.

Lähmungssymptome: Die Hände werden annähernd normal ausgestreckt; es zeigt sich nur minimales Zittern. Der Gang des Pat. zeigt oft, besonders wenn er nachlässig, unbeachtet und sorgenlos sich erhebt und einhergeht, eine gewisse Unsicherheit, beim Aufstehen ein gewisses Suchen mit

dem Fuss und ein nicht genügendes Aufheben der beiden Füsse, besonders aber des R.; an diesem fällt manchmal stärker, manchmal schwächer ziemliches Schleppen auf. Der L. Fuss ist der energischere. Ebenso zeigt sich der Druck der R. Hand, im Verhältniss, etwas kraftloser als der der L. — Die Sensibilitäts-Untersuchung zeigte auf der ganzen rechten Seite, Gesicht, wie Bein, wie Arm, wie Rumpf, eine mässige Abschwächung der Empfindung. — Die Sprache ist undeutlich, leise, öfters stotternd und ganz steckenbleibend. Die Zunge wird ruhig herausgestreckt, zittert nicht, weicht aber eine Idee nach R. ab. Das L. obere Augenlid hängt mehr herab, so dass die L. Augenspalte, enger erscheint als die R. Die R. Pupille ist weiter als die L. und zwar schwankt dieser Unterschied etwas. Der R. Mundwinkel hängt wie die ganze R. Seite etwas herab, der L. steht etwas höher und ist mehr nach aussen gezogen. Sobald man ihn lachen lässt (oder beim Weinen etc.) tritt die Lähmung der R. Seite des Gesichts doppelt stark hervor; er lacht eigentlich blos links; rechts ist alles schlaff. — Im Gesicht zeigen sich links öfter Zuckungen; die L. Seite zuckt stärker und schwächer, ausgebreiteter und isolirter; am stärksten zuckt das L. untere Augenlid. — Das L. Auge ist empfindlicher als das R.

Ueber die Anamnese, über das Vorleben ist mir nichts bekannt. Ich muss mich auf das beschränken, was der Kr. selbst und der Oberwärter nach Hörensagen und eigener Erfahrung referiren. Demnach soll der Kranke früher oder immer getrunken haben. Was der Kr. selbst aussagt, hat nur relativen Werth; bei seinem, nun bald zu besprechenden, geistigen Defect ist seinen Aussagen nur unter besonders günstigen Verhältnissen, ist ihnen nur, wenn sich dieselben Aussagen öfter gleichlautend wiederholen, und selbst dann nur mit Vorsicht Glauben zu schenken. Demnach ist er von ehelichen, geistesgesunden Eltern. — Und ausserdem gab er mehrfach, aber die Einzelheiten sehr verschieden berichtend, an: „dass er einmal oder zweimal syphilitisch gewesen sei.“

Der Kr. wurde dem Hausgebrauch gemäss als Untersuchungsgefangener der Abtheilung der Tobsüchtigen (der bessern Sicherheit wegen) zugewiesen und hielt sich daselbst auf bis zum 16. Februar, wo er in die Abtheilung der Unruhigen befördert wurde.

Nehmen wir nun die psychische Erscheinung des Kr. im Status praesens vor!

Derselbe wusste wohl, wo er sei und wohin er gebracht wurde; er fügte sich jedoch ohne Widerrede der Einführung und gerade der Einführung in die unangenehmste Abtheilung. Zuerst machte dies auf uns mehr den Eindruck der Resignation; bald zeigte sich mehr der Charakter der Apathie. Er liess sich willig untersuchen, war aber

öfters, besonders bei der Untersuchung des Gefühls, in grosser Angst. Er findet sich in die Disciplin des Hauses und kennt sich bald genügend in den engen Räumen aus; die Kranken ignorirt er meist. Dem Anstaltspersonal, uns Aerzten voran, folgte er willig und meist mit Verständniss; doch ist er verschlossen und nur mit sich beschäftigt. Es zeigt sich nicht blos, dass seine Rede mangelhaft ist durch Lähmung der Sprachwerkzeuge, sondern auch, dass sein Gedächtniss einen gewaltigen Verlust erlitten hat. Und zwar ist nicht blos das Gedächtniss für die jüngste und allerjüngste Vergangenheit mangelhaft, sondern auch das für die früheste Vergangenheit. Und manchmal, wenn er sich erinnern soll, zeigt sich, dass ihm zwar die Thatsache in Erinnerung ist, etwa ein Name, dass er aber absolut nicht die Bezeichnung für das Ding finden kann; er sucht dies Ding zu beschreiben, greift fehl, macht immer weniger passende Angaben, wird ungeduldig, bald traurig, bald ärgerlich, und schweigt zuletzt verstimmt. Sagt man ihm ein Unrichtiges vor, so weist er es öfters zurück; er findet erst das richtige Ding, er findet erst die richtige Benennung, wenn wir ihm das, ihm sonst gewiss ganz geläufige, Wort vorsagen; dann freut er sich seines Wiederfindens und spricht es ein paarmal hin und her. Manchmal aber sagt er aber auch zu dem verkehrtesten Worte von uns: „Ja, ja.“

Was nun die Erinnerung aus der näheren Vergangenheit anlangt, so ist dieselbe, was die der allerletzten Zeit betrifft, für Personen, allerlei Benennungen etc. absolut defect; er kann keinen Namen behalten von all den Leuten, die ihn umgeben. Obwohl ich mich viel mit ihm beschäftige und ihm kleine, von ihm dankbar erkannte, Aufmerksamkeiten erweise, behält er doch nie meinen Namen; er vergisst ihn von einem zum andern Male; er vergisst ihn aber auch von Anfang der Unterredung bis zum Schluss derselben; er will sich zur Zeit meines nächstabendlichen Kommens vom Wärter meinen Namen sagen lassen und fragt diesen in seiner unklaren Weise darnach: trete ich gleich darauf ein, so begrüsst er mich triumphirend mit meinem Eigennamen; verschiebt sich mein Kommen, so schwindet auch sofort wieder das Eingeprägte. Allein nicht blos für Namen, sondern auch für Dinge und Ereignisse der jüngsten Zeit besteht dieser Verlust; er macht über das kurz vorhergegangene Essen etc. die widersprechendsten Angaben; er weiss nicht nur nie anzugeben, was er gegessen hat, sondern häufig behauptet er auch, „noch nichts gegessen“ oder „schon gegessen zu haben“. Wer bei ihm gewesen, wer ihn besucht hat, ob man ihn schon besucht hat, wie oft man ihn besucht hat — solche

Fragen beantwortet er stets falsch; nie weiss er, welcher Tag? welcher Monat? etc.

Ueber die weiter entfernte Zeit mit ihren einzelnen Punkten und Angaben tritt der nämliche Mangel in der Erinnerung auf; er weiss nicht anzugeben, wie lange er bei uns ist, wann er zu uns kam. Oder spricht stotternd und verlegen wie ein schlecht vorbereiteter Schüler eine irrige Zeit aus. Die Strasse, in der er hier gewohnt hat, weiss er ebenfalls nicht anzugeben; meist weiss er sie gar nicht zu nennen; manchmal nennt er ganz verschiedene Namen; endlich tappt er bei Aufzählung vieler Strassen eine heraus und spricht: „die da, die da.“ Fährt man scharf dazwischen und sagt: „Nein, Sie irren sich wieder, die ist's auch nicht,“ so wird er wieder unsicher und verlegen.

Wir greifen weiter zurück in die Vergangenheit und immer bleiben seine Angaben lückenhaft und falsch, wenn er überhaupt welche machen kann. Ob er schon krank gewesen sei, ob er Typhus etc. gehabt, wer ihn behandelt — all diese Fragen bleiben ohne bestimmte und richtige Auskunft. Ueber sein Vorleben erhält man die schwankendsten Angaben. An und für sich erhält man blos dann positive Angaben, wenn man die Fragen so stellt, dass er blos „Ja“ und „Nein“ zu erwiedern hat, z. B.: „Haben Sie das Schneiderhandwerk bei einem fremden Meister gelernt?“ dann erwidert er „Nein“, und auf die Frage: „Oder bei Ihrem eigenen Vater?“ erwidert er „Ja“. Fragt man ihn aber nach der Zahl seiner Geschwister, so wechselt er die Aussage, heute drei, morgen fünf. Man bringt heraus, dass er als Polizist oder sonst wie im Kriege 1870/71 beordert war; das „wie“ oder „wo“ oder gar „wie weit marschirt“ ist ihm unmöglich anzugeben. „Bis Mainz?“ frage ich. „Ja bis Mainz,“ antwortet er. „Na das ist nicht weit.“ — „O doch, das is weit.“ „Wie weit ist denn das von hier?“ — „Ja, wer will das wissen!“ Alle bestimmte Fragen, die wir ihm über seine Wanderzeit als Schneidergeselle vorlegen, stossen auf die nämliche Vergessenheit aller Namen und Zahlen; nennt man ihm eine Reihe von Städten oder Jahrzahlen, so sagt er das eine Mal bei Nennung derselben Ja oder Nein; das andere Mal lautet seine Antwort gänzlich verschieden. Ueber seine Militärzeit (Baden, Karlsruhe) herrscht die nämliche Erinnerungs- und Benennungs-Schwäche; manchmal schießt er zwei oder drei Sätze heraus, dann stockt's auch da, und Regiment und der Militärarzt, der ihm seinen Chancre behandelt, bleiben unbenannt. Einmal fällt ihm der (scheinbar) richtige Name des Letzteren ein.

Ueber die Seinigen (Geschwister, Eltern) ist's unmöglich, genaue

Namen oder Namen überhaupt zu erfahren; sein Geburtsjahr anzugeben, misslingt ihm regelmässig; so nennt er einmal 1851, weil er 51 Jahre alt ist. Fragt man ihn, wann er das letzte Mal in der Heimat war, so entgegnet er die Zahl 1824 (die mögliche Zahl seiner Geburt).

Es ist aber nicht blos der Umstand, dass ihm die Benennung für Gegenstände und Thatsachen, die ihm eben noch ganz klar vorzuschweben schienen, plötzlich abgeht, auffallend, sondern es stellt sich auch heraus, dass er ganz falsche Worte, Worte, die durchaus sinnlos sind, in dem laufenden Gespräche, oder auch Worte, die Aehnliches bedeuten, benutzt. Wenn ich ihn gewähren lasse, so führt ihn der Mittheilungsdrang dazu, dass er selbst etwas mittheilen will; er beginnt zögernd und schüchtern seine Rede; plötzlich fehlt ihm der Begriff; man sieht ihn dann alle Gemüthsstimmungen durchmachen, bis er schweigt und sich wieder beruhigt. Wirft man ihm aber ein ganz falsches Wort, in bestimmter Weise, dazwischen, so nimmt er freudig den Rettungsanker auf und spricht, das Wort nachplaudernd, wo möglich seinen Satz fertig. Er spricht einmal von dem Oberwärter als „Herr Zugführer“, von dem Director als „dem Herrn Oberst“ etc. Mich hat er am besten behalten, aber blos als „Herr Doctor“. Als er mit mir Abends sprechen und mir vom Kartenspielen erzählen will, weiss er durchaus nicht die Bezeichnung für den „Wärter“ zu finden; ich werfe ihm dazwischen: „Ihr Sohn“ — so spricht er vergnügt: „Ja mein Sohn, mein Sohn.“ Er sagt bei einer nachher zu besprechenden Gelegenheit „erstochen“ statt „erschossen“, und so benutzt er fortwährend falsche Worte. Zahlreiche Leseproben ergeben ein entsprechendes Resultat: er liest meine Karte („Aug. Lotz“) statt „August Lotz“: das abgekürzte sinnlose „Aug Lotz“, er liest z. B. statt „die neuen Gesetze scheinen keine Gnade bei den Reichstagsabgeordneten“ etc.: „die Herrn Doctors scheinen keine Gnade bei ane Eistagsabgeodnete“ etc.

Auf der Jagd nach der passenden Benennung zeigen sich doppelt stark die Zuckungen und Unruhe, und zwar links; die ganze Linke Gesichtshälfte zuckt; und beständig fährt er mit der L. Hand nach dieser Seite.

Dabei ist seine Sprache undeutlich; es gelingt ihm nicht, die „r“ auszusprechen; spricht meist „Fankfurt“ statt „Frankfurt“; das Schlussr klingt nur leise an. Rechts und Links verwechselt er fortwährend, bei allen Proben. Er klagt: „die ganz recht Seit is kaput“, und fasst und streicht die Linke Gesichtshälfte. Er fühlt und weiss also, dass

rechts sein Antlitz wie sein Körper mehr oder weniger gelähmt ist und deutet doch die Linke Seite als die leidende an. Damit hängt zusammen, dass er vom ersten Tage an seinen Zustand annähernd und seine Lage ebenso annähernd richtig erkennt. Er weiss sich dessen, was er gethan, annähernd zu erinnern; mehrfach unter Thränen, später ziemlich apathisch, giebt er in seiner abgerissenen, erpressten, oft fehlerhaften Weise Auskunft über die Tödtung seiner Geliebten. Mit mehr oder minder tiefer Reue berichtet er über sein Zusammenleben mit seiner Geliebten und über ihr Ende. Aber so oft er auch darüber interpellirt wird (und es wird ihm dabei keine Gemüthsbewegung geschenkt!): immer bleiben seine Antworten ungleich, ungenügend, wechselnd, ja direct falsch. Und zu der Erkenntniss seines Zustandes, „dass er körperlich gelähmt und geistig defect sei“, gehört seine Erwiderung auf eine Frage des Anstaltsdirectors: „Ob er denn nicht viel Angst vor dem Schwurgericht gehabt und was er gedacht habe?“ die sorglose Erwiderung: „Ach nu, ach nu, als Schote, als Schote.“

Nachts hat ihn der Wärter, durch die Wand, sprechen gehört; ob es Hallucinationen, Traumgespräche, oder Reden im wachen Zustande waren, gelang mir nicht festzustellen; die Auskunft des Kranken selbst hierüber war ergebnisslos ja und nein — nein und ja. Auf directe Fragen, „ob er nicht, wenn er manchmal so stundenlang stillsitze und simulire, gerufen wurde, ob er da nicht manchmal geschimpft wurde, ob ihm da nicht allerhand Dinge erzählt und vorgesprochen wurden?“ beantwortete er mehrfach mit ja, einmal auch oder zweimal mit nein. Hallucinationen mussten also Anfangs als „fraglich“ hingestellt werden.

Lust zur Unterhaltung durch Spielen oder Lesen etc. zeigte er Anfangs gar nicht: er sass am liebsten und träumte mit offenen Augen.

Probeschreiben strengte ihn sehr an; ich brachte ihn nur mit ernster Aufforderung dazu; seine Schrift ist undeutlich, absetzend, vollständig das Product eines Gelähmten; er setzt Punkte hin, wo sie nicht hingehören, lässt Präpositionen aus und bringt nur mit Mühe 7 oder 8 Zeilen, worunter 5 abgerissene, unvollendete Sätze, zusammen; dabei vermag er nicht zu schreiben, „wann er die Schule verlassen“.

Treten wir nun an die Schilderung des Verlaufes des Krankheitsbildes heran und verfolgen wir zuerst wiederum das Verhalten der körperlichen Erscheinungen. Hierbei müssen wir zuerst ein, seit seiner Detention zu beobachtendes, leichtes Schwanken der groben Lähmungssymptome in ihrer Intensität constatiren. Der Gang war bald etwas frischer und sicherer, bald schleppender und schwankender;

ebenso der Druck der rechten Hand schwächer oder kräftiger; die Lähmung der Sprachwerkzeuge stieg mitunter bis zu sehr unverständlichen Reden, manchmal auch war seine Stimme lauter und seine Articulation deutlicher; die Abweichung der Zunge schwand manchmal fast ganz, manchmal war sie klar nachzuweisen. Die Pupillenerweiterung, R., war auch einer Schwankung ausgesetzt; im Schatten war sie jedoch stets und zwar meist sehr deutlich nachzuweisen; ja sie hat sich sogar mehr und mehr entwickelt und ist jetzt bedeutender als zur Zeit der Aufnahme. Der Unterschied in den beiden Hälften des Gesichts ist jetzt ebenso vorhanden wie Anfangs; er war fast gar keiner Schwankung ausgesetzt; fortwährend tastete er selbst, prüfend mit den Fingern, in der linken hyperästhetischen Gesichts-Hälfte herum.

Ein paarmal stammelte er Klagen über Schmerzen in den Beinen: „es schiesst.“ Also schiessende Schmerzen in den untern Extremitäten. Genauer dieselben festzustellen war bei dem sprach-gehinderten Kranken nicht möglich. Ebenso gab er mir auf Befragen mehrfach an, „dass er Kopfschmerzen habe,“ und griff stets nach der L. Stirn- und Seitenwandbein-Seite. Auch erwiderte er, „das habe er schon vor dem Aufenthalt bei uns gehabt.“

Aus physiologischen und pathologischen Gesetzen leitete ich die Annahme ab, „dass, wenn die eine Seite des Patienten frisch gelähmt sei, dieselbe auch Erweiterung der Gefässe erleiden und damit eine höhere Temperatur aufweisen müsse.“ Es musste also das R. Bein z. B. wärmer sein, als das L.

So liess ich im Laufe der Beobachtung die Temperatur der beiden untern Extremitäten öfter in der Kniekehle und Schenkelbeuge messen; es stellte sich der erwartete Unterschied zu Gunsten der wärmeren und gelähmten Rechten bis zu 2 Grad Celsius heraus. Z. B.:

	Schenkelbeuge		Kniekehle	
16. Februar	R. 35,9	L. 33,8	R. 35,6	L. 33,6
17. „	„ 36,4	„ 35,8	„ 35,8	„ 35,6
21. „	„ 36,7	„ 35,3	„ 36,6	„ 35,2

NB.! Oberwärter und Wärter wussten natürlich nichts von dem Zweck und der Absicht dieser Untersuchungsweise.

Die Lähmung der R. Seite blieb also nach allen Seiten constatirt und wechselte zwar manchmal etwas (Unbedeutendes) die Intensität, nie aber die Localisirung im Körper; im Gegentheil, sie

minderte sich nicht, sondern ist jetzt eher noch deutlicher und stärker, als beim Eintritt des Kranken.

Sein Appetit blieb stets gleich vortrefflich; die Verdauung stockte allmählich etwas, aber nicht beträchtlich.

Was seine psychische Erscheinung anbelangt, so war seine Gemüthsstimmung ebenfalls leichten Schwankungen ausgesetzt. Aus dem dumpfen Brüten und Träumen liess ich ihn mehrfach aufrütteln zu Unterhaltung und zu Spiel (Karte oder Domino); auch hierin zeigte sich manchmal gänzliche Unfähigkeit zum „im Gedächtniss behalten“ und zur „richtigen Beurtheilung“ (der Wärter musste ihm die Karten nennen und zählen), manchmal ging es besser, wenn auch lückenhaft und mangelhaft genug; im Allgemeinen jedoch war ihm diese Ablenkung im höchsten Grade unangenehm. Am liebsten zog er sich in eine Ecke zurück und träumte und stierte weiter. Auffallend war und blieb seine Fähigkeit, alle Augenblicke, selbst bei Geräusch, ja selbst bei Spectakel um ihn her, fest zu schlafen. Furcht zeigte er blos vor einem Kranken, einem boshaften Blödsinnigen; die Andern alle waren ihm gleichgültig. Afficirt wurde er nur durch Untersuchungen; sie konnten seine geistige Schwäche bis zur Verwirrtheit, bis zum „psychischen Schmerz“ steigern; er war manchmal dadurch, obwohl er nicht zu opponiren wagte, ganz „unter einander“, wie die Wärter hernach referirten. Bei Untersuchungen der Brust, z. B. beim Abzählen der Zwischenrippenräume oder beim Horchen, gerieth er aber mehrfach in sinnliches Wohlgefallen, wie es nur Schwachsinnige zeigen; er begann zu lachen und lachte fort, bis das Experiment beendet war. Dabei zeigte sich sein Wohlgefallen an seiner Dicke, wie auch sonst oft seine Eitelkeit am Putzen und Begucken seiner Figur. Dass ihm sein herrlicher Bart abrasirt wurde, machte ihn sehr unglücklich; er wurde erst wieder zufrieden, als er (nach geschehenem Beweise der Gesichtslähmung) denselben wieder wachsen lassen durfte.

Fragen, Unterhaltungslust, Erregung zeigte er bei den Aerzten nie; ihnen gegenüber war er stets scheu und zurückhaltend. Den Wärtern gegenüber zeigte er blos an ein paar Tagen und zwar vor einem, bald zu besprechenden, Nachschube der supponirten Hirnaffection Mittheilungsdrang; damals gelang es ihm, ausnahmsweise mehr und angeblich besser sprechend, denselben über seine Reisen als Geselle zu erzählen; freilich gab auch hier der Wärter an, „dass Patient diesmal ganz andere Städte genannt habe, als früher.“ Und ebenso erzählte Pat. die Tödtung seiner Geliebten, wobei es den, gerade nicht fein beobachtenden, Wärtern auffiel, dass Patient behaup-

tete (wie früher angeführt), „er habe dieselbe erstochen,“ nicht „erschossen.“

Dieses Aussprechen und Benutzen falscher Worte trat also immer auf, und das ruckweise Ausbleiben des Gedächtnisses und der einzelnen Benennungen zeigte sich bis heute. Ihm selbst blieb nach wie vor dieser Mangel bewusst und empfindlich. „Neulich hab' ich's gewusst; heut is nix“, sagte er, als ich ihn wiederholt controllirte und nach dem Karlsruher Regimentsarzt frug. Sonst war seine gewöhnliche ablenkende Entschuldigung: „I weiss net, weiss net.“

Unsere Namen behielt er nie; all die unzähligen Fragen bewiesen, dass die Erinnerung für Namen und Benennungen aller Art gleichmässig defect blieb.

Aus seinem Brüten konnte man ihn jedoch durch ein paar Scherze, durch Anregung seiner sinnlichen Vergangenheit (zur Probe) leicht zum Vergessen seines Zustandes und seiner Lage und zu gleicher schwachsinniger Fröhlichkeit bringen wie bei seinen Untersuchungen.

Wiederholt forschte ich auf Hallucinationen; die meisten seiner Antworten bestätigten die Annahme derselben; ja einmal zeigte er und stotterte er in, fast sichere Ueberzeugung erweckender, Weise, „dass er allerdings so garstige Dinge zugerufen bekäme“ und „dass auch Frauenzimmer dabei seien.“

Eigentlicher handgreiflicher Grössenwahn wurde nicht beobachtet; nur einmal, als er mich Abends, nachdem ich unmerklich in das Zimmer eingetreten war, nachträglich gewahr wurde, stapfte er eilig und mit von Glück strahlender Miene auf mich zu und stammelte: „Er ist mein, er ist mein, er gehört jetzt mein.“ Er hatte vorher still in der Ecke gesessen und in der Dämmerung vor sich hin gebrütet gehabt. Welcher Wahn ihn zu der grossen Freude brachte, ob es die Hallucination eines Megalomanischen war, gelang mir bei seiner Unfähigkeit, seine Gedanken auszusprechen, nicht zu eruiren; er erwiderte nur noch: „er is mein, der Grösste is mein!“ — „Ja was denn, Sutter?“ „Der Grösste, nu der Oberste.“ — „Was, der Grösste hier im Zimmer?“ „Ja, ja.“ — „Wer hat ihn denn Ihnen gegeben?“ „Der Oeberste, der Herr, der Herr! Zugeschrieben!“ — „Der Herr Director?“ „Ja, de Herr Drecte!“ — „Also der hat Ihnen hier den Ofen zugeschrieben?“ „Ja den Ofen, den Ofner, den Ofner und all, all die Andern.“ — Bald kühlte sich seine Freude ab und er stand wieder in leichter, dienstlicher Haltung stumm und der Anrede gewärtig vor mir. Mehrfach trat das Begehr auf, „fortzuwollen“, und zwar nie bei uns selbst, sondern blos bei dem Wärter und Oberwärter; diese referirten; und

wenn wir ihn deshalb anredeten, äusserte er dasselbe allerdings dann auch bei uns als Bescheid auf unsere Frage oder Ansprache; er sprach hernach in einzelnen abgerissenen Sätzen oder Worten. Erfuhr er eine abschlägige Antwort, so sah man, dass er gern heftig opponirt hätte; das Antlitz zuckte, das L. Auge zwinkerte heftig, er trippelte mit den Füßen, er stiess heftig ein paar Worte heraus. Dabei zeigte es sich aber, dass er seinen Austritt in dem Augenblick als etwas so Leichtes auffasste und beurtheilte, als ob wir nicht das mindeste Recht hätten, ihn zu halten, als ob er absolut nicht wisse, wohin ihn sein Weg führen müsse, wenn er die Anstalt verliesse; er hatte seine ganze Lage und Vergangenheit in dem Augenblick vergessen.

Anfang März machte nun Patient, wie früher angedeutet, einen Nachschub oder einen Vorschnitt der Affection durch; zuerst steigerte sich das Zucken in dem linken untern Augenlid bis zu beständigem Vibriren, die Zuckungen strahlten mehr und mehr über's linke Gesicht aus; er wischte immer an dem Auge und tastete an dem linken Schädel; schon am 7. März musste er ein Augenwasser gegen die Conjunctivitis ordinirt erhalten. Zugleich aber stellte sich bedeutende Reduction der Sprechfähigkeit ein; Gedächtniss und Sprache waren ihm noch mehr entzogen als bisher; der Gang war unsicherer als je; die R. Schulter hing stark herab. Mürrische Stimmung, unzugänglich, ganz in sich versunken. Des Gesamtzustandes und der Augenentzündung halber wurde Patient am 10. März in die Abtheilung der körperlich Erkrankten verlegt, Blutegel gesetzt etc. etc. Am 10. März Abends war die Sprache auf ein „Lallen“ beschränkt; der Kranke war unfähig, allein zu gehen, er schwankte wie ein Trunkener. In den nächsten Tagen steigerten sich die Erscheinungen; er musste aus- und angekleidet werden, wurde auf den Nachtstuhl gesetzt etc. Am 11. März zeigte sich plötzlich Strabismus divergens; er schielte gewaltig. Es genirte ihn, den gänzlich Mittheilungsunfähigen, sehr; er lispelte und stammelte nur einzelne Worte und zwar im wehmüthigsten Tone. Das R. Bein zeigte sich schleppend; es wurde nachgezogen. Der Wärter beobachtete, dass der Kr. (wenn er ihn durch das Schlüsselloch beobachtete) immer einen Kreis beschrieb, sobald er allein laufen wollte. Es stellte sich später Verstopfung ein, zum ersten Male. In der Stimmung zeigte er tiefe Depression: Reizbarkeit und Aergerlichkeit wechselte ab mit grosser Angst, ja mit Todesfurcht; er glaubte, „er müsse sterben,“ gab er dem Wärter zu verstehen. In den nächsten Tagen besserte sich der Zustand; noch aber am 13. März beobachtete der Wärter, ohne dass es Patient wusste, eine erwähnens-

werthe Schlusscene aus dieser schwereren Krankheitszeit: Patient gerieth Abends in ein falsches Schlafzimmer, er schoss heftig in dasselbe hinein, turkelte ein paarmal, immer noch nach Links den Kreis beschreibend, herum und blieb endlich, stumm und mit gesenktem Haupte, schwerathmend an der Wand lehnen. Am 14. März vermochte er schon selbst wieder und ohne Anstrengung aus dem Sessel sich zu erheben, wenn wir erschienen; doch war das Schielen noch in graver Weise vorhanden. Seine Sprache und seine Fähigkeit, die rechten Worte zu finden, blieben noch einige Zeit später gestört und seine Rede noch schwer verständlich. Damals war es, wo er religiösen Trost suchte, in die Kirche beehrte etc.

Trotzdem konnte er schon am 15. März in seinen früheren Aufenthaltssaal zurückversetzt werden.

Bald war Patient wieder in den früheren Stand zurückgekehrt und in ihm lebt er, augenblicklich wieder eine Periode des relativen Wohlbefindens durchmachend, in der gewohnten Weise fort.

Nach Schilderung des anfänglichen Befundes und des Verlaufes der Krankheit des Schutzmann Sutter müssen wir nun zur Besprechung und Begründung der Diagnose schreiten.

Freilich fehlen uns hierzu einige, die Stellung einer Diagnose sonst gewöhnlich erleichternde Momente; wir wissen nichts über seine Abstammung, über etwa erbliche Ursachen und wissen nichts über die Ursachen, welche oft im späteren Leben als Ursachen einer, wie hier supponirten, Hirnerkrankung auftreten, wir wissen nichts oder nur Ungenaues und Unzuverlässiges über Trunksucht, über etwaige Erkrankungen, die, wie Rheumatismus acutus, Herzfehler und in deren Gefolge später Schlagflüsse herbeiführen; wir wissen nichts über etwaige Stürze oder sonstige gehirnerschütternde Ereignisse in seinem der Abenteuer gar nicht entbehrenden Vorleben; wir wissen nichts oder nur geringe Sicherheit gebende Bemerkungen über constitutionelle Syphilis des Patienten — trotzdem aber glauben wir, dass schon die vorhin gegebene einfache Aufzählung des Status praesens und des Verlaufes der Affection hinreichen wird, um selbst bei nur oberflächlicher Beachtung der Dinge die Ueberzeugung von einer hier vorhandenen klaren, nicht simulirten, Hirnerkrankung mit begleitender Psychose hervorzurufen; und wenn wir die sogenannte Exclusionsmethode anwenden, wird es uns am Ende auch gelingen, unter den wissenschaftlich bekannten specifischen Einzel-Affectionen, die hier in Betracht gezogen werden könnten, der hier einschlägigen näher zu rücken.

Beschäftigen wir uns vorerst mit der kurzgefassten Klarstellung des pathologischen Thatbestandes.

Wir haben einen Mann vor uns, der nicht recht sprechen kann; seine Sprache bleibt theils auffallend, theils unverständlich; der Gesamteindruck des K. S. würde bei einem Laien die Ueberzeugung hervorrufen, dass der Sprechende im Trunke oder im Irrsinn spräche, und in dieser Annahme würde er durch das Gewahrwerden der oft sonderbaren Bewegungen bei dem Sprechenden bestärkt werden; der Kranke schneidet mehr oder minder auffallende Grimassen, er zuckt und streicht immer am Gesicht und an der Schläfe, er stottert, er bleibt stecken; er spricht plötzlich Worte, die gar keinen Sinn haben; er soll eine Antwort geben über die einfachsten Dinge und spricht hartnäckig das diametral Verkehrte („Weisswein“ statt „Rothwein“, „rechts“ statt „links“) oder thut auch Dinge, die zu dem, was er eben spricht, im directen Widerspruche stehen; oder er weiss die einfachsten Benennungen dem sich mit ihm Unterhaltenden nicht zu nennen; erklärt mit dem ernstesten Gesichte: „Mainz sei sehr weit von hier“, behauptet, „er habe heute Nachmittag von einem der Fenster aus die Eisenbahn gesehen“ (direct unmöglich; Verwechselung mit „Fiaker“) etc.

Kein Wunder, wenn nach diesen oberflächlich aufgezählten Auffallendheiten der Laie zum Zweifel an dem normalen Vorgange im Denken und Thun des Gegenüberstehenden geführt und selbst zur Aufstellung von irgend einer Erklärungsweise veranlasst würde!

Und dem Arzte wird ebenfalls bald der Eindruck sich aufdrängen, dass der Zustand des Provocaten ein abnormer, vielleicht ein krankhaft veränderter sei. Er wird deshalb die einzelne Symptomenreihe zusammenstellen und aus dem, was Provocat redet, und aus dem, wie er sich giebt, er wird aus dem gesamten somatischen und geistigen Bilde sofort den Schluss zu ziehen und das fachgemässe Urtheil zu fällen suchen: „Ist der Zustand des K. S. ein krankhafter oder ist er ein simulirter?“ Freilich würde es, um letztere Annahme als haltlos hinzustellen, schon genügen, den später aufzuführenden Beweis zu liefern, dass sich im vorliegenden Falle nach dem jetzigen Stand der Wissenschaft beide Begriffe „rechtsseitige Lähmung“ und „Sprechhinderniss“ bis in viele Einzelheiten hinein decken und dass hiermit die Wahrheit der scheinbar trunkenen Rede, i. e. die Krankheit im Centralorgane, mit dem Thermometer und sonstigen ärztlichen Beobachtungsmitteln Schritt für Schritt verfolgt, controlirt und in Zusammenhang gebracht werden können und dass also an eine Simulation nicht zu denken sei!

Allein auch schon aus der gewöhnlichen psychischen Erscheinung des Kranken, so lange er nun bei uns lebt, geht genügend deutlich hervor, dass wir es hier mit einem Manne zu thun haben, der einen beträchtlichen irreparablen Defect der Psyche bereits erlitten hat und deren noch mehrere erleiden wird, bis er völlig in den Zustand des Blödsinns übergegangen und das Stück zu Ende gespielt sein wird. Und zwar nicht blos aus seinem psychischen Gebahren, sobald er, wie oben des Weiteren schon angeführt, gerade eine mehrere Tage andauernde Fortschritts-Attaque der Gehirnkrankheit durchzumachen hatte, oder sobald er auch nur einen Tag lang sich in grösserer Confusion befand, sondern aus der Durchschnittsstimmung auch in den besten Tagen lässt sich sofort erkennen, dass das Urtheil des K. S. ein mangelhaftes und irrendes sei, dass er alienirt, dass er psychisch krank sei! Sein Verkehr mit den Pfleglingen ist der eines ihnen nicht Fernstehenden; er springt mit einem blödsinnigen jungen Manne stundenlang im Garten umher; er schläft ruhig in der Tobabtheilung Vor- und Nachmittags im Aufenthaltssaale, ohne sich nur irgend von dem Geschrei und sonstigen Störungen beirren zu lassen; er zeigt in dem seit seiner Ueberbringung verflossenen Vierteljahre nicht die mindeste Neugierde nach den Ereignissen draussen in der Welt; er bittet nicht um eine Zeitung, er nimmt keine der hingelegten in die Hand; er meidet jede Lectüre, jede Beschäftigung, jede Zerstreuung; er sucht nur Eins: stieres Träumen und Schlafen. Dazu tritt die Möglichkeit von Hallucinationen, ja die Wahrscheinlichkeit. Es bleibt das Bild der Apathie, es bleibt das Bild des entweder gedankenlosen oder des möglicher, ja wahrscheinlicher, Weise an Hallucinationen und Wahngebilden reichen Schwachsinnigen. Seine Stimmung, besonders uns Aerzten gegenüber, schwankt zwischen der Unzufriedenheit und Zugeknöpftheit eines kränklichen Mannes und der dumm-pfiffigen Lustigkeit eines Hinterwäldlerkindes; beide Stimmungen schwanken nach unserm Belieben und nach unserm Entgegentreten durch einander und zwar oft mit einem so grellen Wechsel, dass schon dieser allein genügt, Verdacht zu erwecken, dass der Betreffende nicht ganz urtheilsfähig sei. Das eine Mal hat er bei unserm Ausfragen bitterlich geweint über das, was er gethan, und gleich darauf begehrt er, „es müsse och emal ein End nehme.“ Ein anderes Mal liessen wir ihn einen ganzen Tag in seinem Schmerze und störten nicht sein (allerdings von uns experimenti causa hervorgerufenes) Weinen, — Rauchen, Weintrinken, Essen schmeckte trotzdem prachtvoll!

Wie schon früher bemerkt: es ist leicht möglich, den Patienten in

die excessivste Heiterkeit, in sorgenlose Freude und nicht endenwollendes Lachen zu versetzen. Scherz und Schmerz bemächtigen sich seiner wie eines haltlosen Kindleins. Sein Fort-Begehren tritt, wie es erfahrungsgemäss stets bei Kranken, die nicht dazu berechtigt sind und dies mehr oder minder selbst fühlen, nie bei dem Director oder bei den Aerzten überhaupt, sondern immer nur bei den Wärtern auf; bei uns fehlt die Geistesgegenwart und das Rechtsbewusstsein (denn der Kr. kennt ja wie viele solcher Kranken annähernd und zeitweise selbst sein Leiden); nur, wenn wir ihm die von den Wärtern referirten Aeusserungen vorhalten, explodirt er zu einem, bald versiegenden, Anlauf von stotternden zerrissenen Sätzen, „dass er fort wolle.“ Mit völligem Vergessen der Alternative (entweder „in der Irrenanstalt“ oder „im Gefängniss“) und seiner Rechtslage poltert er dann seinen Wunsch, „in die Stadt zu dürfen“, heraus. Es wird nicht nöthig sein, an den schon ausführlich besprochenen Verlust des Gedächtnisses für Namen, Zahlen etc. zu erinnern und wird nicht nöthig sein, zu obigen Symptomen noch mehr derartige aus der Beobachtung der Krankheit hinzuzufügen, um berechtigt zu erscheinen zu dem Ausspruche, dass der Arzt, dass der Irrenarzt schon aus der gewöhnlichen (i. e. die specielle Affection noch gar nicht in Betracht ziehenden) Erscheinung und Beobachtung des Besprochenen zu der Ueberzeugung und zu dem Urtheile berechtigt sei, „dass derselbe psychisch alterirt, dass er wirklich geisteskrank, dass er geistesgeschwächt sei.“

Sicherer aber noch würde die Begründung werden, wenn wir die einzelnen Tage und die ganze Zeit des acuten Nachschubes (vom c. 8—28. März) zur Beweisführung heranziehen würden: an den einzelnen Tagen des Auffallens zeigt sich kindische unausgesetzte Heiterkeit, oder grössere Unbesinnlichkeit; oder während des obigen mehrtägigen acuten Nachschubes: tiefste psychische Depression, Sterbegedanken, Todesfurcht, allgemeine, unklare Angst und ruhelose Verzweiflung, mit trostloser geistiger Oede und Leere!

Wir sehen also, um kurz die rein psychische Lage zu recapituliren, in dem Kranken die vollständige Scala verlaufen: von schwachsinniger Heiterkeit und Sorgenlosigkeit bis zur erdrückendsten, gerade durch ihre Leere so erschütternden, blödsinnigen Verzweiflung.

Bedienen wir uns nun, wie früher angezeigt, der sogenannten Exclusionsmethode, um der speciellen Hirnaffectio, die dieser bewiesenen Geistesschwäche oder, weiter gefasst, Psychose zu Grunde liegt, diagnostisch näher zu treten!

Auf den ersten Blick ist einleuchtend, dass die Affectio „eine laufende“ ist; sie steht nicht still; sie entwickelt sich; und so ist es, wenn wir die dem Fachmann bekannten Bilder der Psychosen durchgehen, nach selbstverständlicher Beiseitelassung der definitiven Formen „Wahnsinn, Narrheit, Verrücktheit“, vorerst nothwendig, die acuten, noch in der Entwicklung befindlichen Erkrankungen „Melancholie und Manie“ in diagnostischen Betracht zu ziehen. Gegen letztere spricht, um nicht in der Aufzählung der entgegenstehenden Momente zu weitläufig zu werden, der Mangel an jedem Ideenfluss, an jedem Bewegungsdrang; es spricht dagegen die oft bis zum Stumpfsinn gehende Apathie des Kranken. Ueber das Bild der Melancholie schießt aber der Symptomen-Complex durch seine specifische Lähmung etc. bei Weitem hinaus; abgesehen davon, dass die dazwischentreitenden heitern Stunden und Anfälle von kindischer Lachlust direct der Annahme einer melancholischen Erkrankung widersprechen.

Es bleibt also als das Gebiet, auf welchem wir Raum finden werden für das Krankheitsbild des K. S., noch das letzte übrig: dass der sogenannten Gehirndegenerationen. Unter ihnen, die, anders als die oben genannten Psychosen, bei jeder Section ein bestimmt erwartetes, handgreiflich-sichtbares, stereotypes, pathologisch-anatomisches Bild uns sehen lassen, steht für uns obenan die erst in den letzten Jahrzehnten als specielle Form aufgestellte Krankheitsform: die Aphasie. Eigentlich und ursprünglich bedeutet der Name Aphasie ein Krankheitssymptom; allmählich jedoch hat man sich daran gewöhnt, unter demselben eine ganze Reihe von Symptomen, ja fast eine bestimmte Krankheit zu verstehen. Man hat nun, um es kurz anzugeben, die aphasisch genannt und die Benennung Aphasie bei solchen Erkrankungen gebraucht, bei welchen — einstweilen mit Erhaltung der Sprechmechanik und ohne Hinzutreten von Geistesverwirrtheit — die Betroffenen unfähig geworden sind, ihren Gedanken den richtigen und überhaupt einen Ausdruck zu geben. Man hat nun ferner diese Affectio im Laufe der Jahre „als an ganz bestimmte Provinzen im Gehirn und zwar an die dritte linke Stirnwindung und eine ziemlich genau begrenzte Umgebung derselben gebunden“ festgestellt, und zwar festgestellt, dass der Insult, der diesen Effect hervorruft, auf den verschiedensten Einzelwirkungen (Fall, Schlag, innere Geschwülste etc.)

beruhen kann. Hat man aber diese Affection als eine vereinzelte in ihrer localen pathologischen Ursache und ihrer psychischen Wirkung (Vergessen der Sprechfähigkeit), ja selbst als eine vorübergehende und heilbare nachgewiesen, so hat man auf der andern Seite auch wiederum zugeben müssen, dass dieser isolirte Insult des Centralorgans mitsammt seiner in der Thätigkeit der Psyche genau begrenzten destruierenden Wirkung auch sich zu anderen grösseren Destructionsprocessen des Centralorgans gesellen oder einen Theil derselben bilden könne. Vor Allem haben wir gesehen, dass, wenn einmal benachbarte Provinzen in Mitleidenschaft gezogen werden, ganz vorzüglich auch diejenigen mitergriffen werden, von welchen die normale Action des Sprechmechanismus abhängt, und in nächster Linie diejenigen, welche die Innervation bestimmter Sinnesthätigkeiten oder auch noch die Innervation der einen oder der andern Körperseite betreffen. Wenn aber in einem Falle wie in dem des K. S. eben diese einseitigen und zwar mit allen Mitteln bewiesenen einseitigen Lähmungen und wenn die im Bereiche der Sinnesorgane (wenn auch nur gröbere; denn die feineren Diagnosen, ob er z. B. „intacten Geruch hat“, sind bei seiner Sprechunsicherheit anhaltlos und unmöglich) vorhandenen Lähmungen, dem allgemeinen Gesetze von der Kreuzung entsprechend, „dass bei einem Rechtsseitiggelähmten die locale Erkrankung des Gehirns auf der entgegengesetzten Seite zu suchen und zu finden sei“, ebenfalls auf die Seite des Schädels hinweisen, wo schon die Ursache der Aphasie gesucht werden muss, so ist im Allgemeinen und bei K. S. im Speciellen der Rückschluss von den gemeinschaftlichen Wirkungen auf die gemeinschaftliche Ursache und damit die Annahme gerechtfertigt, „dass hier eine und dieselbe Destruction, dass hier ein und derselbe Insult eine grössere Partie des Gehirns und zwar in seiner stärkeren Intensität einstweilen nur des linken Gehirns getroffen habe und unter Anderm die linke vordere Stirnseite und wohl, ganz genau genommen, die III. linke Stirnwindung sammt angedeuteter näherer Umgebung mitgetroffen hat.“

Mit dieser Annahme werden sämmtliche im Status praesens wie auch im Verlaufe der Krankheit genau aufgezählten Symptome, bis auf das beständige eigene Betasten des linken Schädels und das idiopathische Schmerzgefühl, auf's Beste in Einklang, auf's Beste in ein System gebracht.

Unter die Degenerationsformen, die, wie gesagt, als „die groben Insulte und Erkrankungen des Gehirns“ aufgefasst werden müssen, sind nun von je hauptsächlich: der chronische Alkoholismus mit seinen

deletären Ausgängen, die Atrophia praematura oder der vorzeitige Altersschwund des Hirns, die Paralysis progrediens (fortschreitende Lähmung; vulgär „Hirnerweichung“) und die verschiedenen apoplektiformen Zustände, die mit ihren sich immer wieder erneuernden Attacken einen, dem unsrigen ganz ähnlichen, Effect hervorrufen können, gerechnet worden! Ausserdem hat die Erfahrung ergeben, dass einzelne Tumoren (Neubildungen) in der Schädelhöhle, wie sie überhaupt die merkwürdigsten Bilder vorzutäuschen vermögen, so auch eine, gänzlich in den weitläufig zusammengestellten Symptomen-Complex, wie ihn K. S. bietet, hineinpassende, Wirkung hervorzubringen vermögen. Und schliesslich ist in den beiden letzten Jahren besonders durch die Studien des damaligen Assistenzarztes, jetzigen Professors, Dr. Heubner in Leipzig eine letzte, hier zu erwähnende, das ganze Gehirn destruirende Krankheit, „die syphilitische Entartung der Hirngefässe“, in die Literatur eingeführt worden.

Diese sämtlichen Formen greifen aber in ihren Ursachen sowohl, als auch in ihren Wirkungen, bekanntermassen, in einander über. Man wird bei den meisten an Paralysis progrediens Leidenden Syphilis als Praecedens (um nicht von „Ursache“ zu reden) suchen und finden. Und man wird wiederum bei der Section und makroskopischen Untersuchung von, an der Heubner'schen Hirndegeneration gestorbenen, Leichen mehr oder weniger den nämlichen Befund antreffen wie an solchen, deren Hirnswund unter dem psychopathischen Bilde der Paralysis progrediens verlaufen ist. Ebenso hat jeder erfahrene und Sectionen liebende oder treibende Irrenarzt Fälle von Paralysis progressiva unter dem täuschenden Bilde der einfachen Atrophien sich abwickeln sehen.

Und deshalb ist im Allgemeinen schon die differentielle Diagnose, „an welcher genau-spezifischen Gehirnkrankheit ein Patient leide,“ oft eine sehr schwer zu stellende. Wenn aber vollends durch das wichtigste Hinderniss, die unsichere und unzuverlässliche Mittheilung des Patienten selbst, bei Mangel anderweitiger, Vertrauen verdienender und sachverständiger anamnestischer Aussage, nicht einmal Aufschluss gegeben werden kann über die etwa eingewirkt habenden schädlichen Momente (Schlag, Sturz, Syphilis, Rheumatismus acutus; — seiner eigenen Aussage, die er mir mehrfach auf Befragen, freilich sehr verschieden, machte, „dass er einmal vor einiger Zeit eine schlagähnliche Ohnmacht durchgemacht und seitdem sich leidend gefühlt habe bis heute“, habe ich mich nicht entschliessen können, ein entscheidendes Gewicht beizulegen), so entgeht einem auch das Hülfsmittel, von dem etwa schädlichen ursächlichen Momente einen Folgeschluss auf die

erfahrungsgemäss häufig gesetzte schädliche Krankheits-Wirkung zu machen.

Dies Letztere ist bei Karl Sutter ganz besonders der Fall; es fehlt jede Sicherheit, sagen zu können: „Der Mann war constitutionell syphilitisch, ergo —“, oder: „der Mann hat einen Rheumatismus gehabt und in Folge dessen Herzfehler und Hirnschlag erlitten,“ oder: „am so und so vielsten ist der Kr. unter den und den Symptomen zusammengestürzt und seitdem ist er rechts gelähmt;“ wir vermögen auch nicht mit einem Schein auf einen solchen Bericht hinzuweisen und ihn als Beleg für eine aufzustellende Diagnose zu verwenden.

Nur einige minder wichtige und nicht absolute Sicherheit gebende Punkte mögen noch betreffs der Differential-Diagnose etwas weiter besprochen werden, und zwar wiederum auf dem Wege der Exclusions-Methode.

Nehmen wir zuerst die Möglichkeit einer Apoplexie vor, so muss vor Allem und fast als allein massgebend zur Hervorrufung einer solchen Apoplexie der Zustand des Herzens und des ganzen Gefäss-Systems besprochen werden. Der Umfang des Herzens ist nicht vergrössert; seine Action ist abnorm schwach; Potator war der Besprochene lange Jahre: so schliessen wir mit einigen anderen Hülfsmitteln auf eine vorhandene, aber noch nicht weit gediehene Fettmetamorphose der Primitivbündel der Herzmuskulatur! Und aus der Spaltung des ersten Tones, entfernt von der mitralis, schliessen (mit Zuhülfenahme der leichten Affection der Radialis und dem, freilich nicht bedeutenden Klopfen der Schläfegefässe etc.) wir auf Atheromatose, wenn auch geringeren Grades, der Aorta mitsammt den besonders hierzu disponirten Schädelgefässen.

Nachdem wir nun diese pathologische Diagnose gestellt, müssen wir freilich gestehen, dass sie unseres Erachtens, trotz ihres unfehlbaren Vorhandenseins, doch nicht mit Bestimmtheit als sichere oder gar einzige Ursache einer linksseitigen Hirndestruction hervorvorrufenden Apoplexie angenommen werden müsse. — Es könnte also bei dem Patienten der eben besprochene Vorgang stattgefunden haben; sicher ist diese Art der Entstehung nicht.

Was ferner eine Neubildung (einen Tumor) im Schädel betrifft, so glaube ich denselben ausschliessen zu können, weil das Krankheitsbild sonst einen schnelleren Verlauf nehmen müsste, und weil die plötzliche Attaque, weil der vom 6. oder 7. bis 18. März verlaufende Nachschub der Krankheit unmöglich gestattet hätte, sich wieder auf

den verhältnissmässig günstigen Zustand, auf dem jetzt Patient sich befindet, zurückzuarbeiten.

Die grösste Gefahr, sich in der Diagnose zu täuschen, bietet sicherlich das specifische (wenn es sich noch im Laufe der nächsten Jahre als solches völlig herausstellen und befestigen sollte) von Heubner, wie gesagt, aufgestellte Krankheitsbild der „syphilitischen Verengerung der Hirngefässe und der dadurch bewirkten Atrophie des Gehirns“! Gewiss, je nachdem sich nun diese Krankheit mehr in dem einen oder mehr in dem andern Theile des Gehirns domizilirte, hat sie auch bald das Bild der Paralysis progressiva, oder (anfänglich) einer reinen Manie, oder (schliesslich) das des einfachen Blödsinns, oder auch das einer einseitigen neophytischen Hirnerkrankung vorgetäuscht, und in sofern müssten wir bei der höchst wahrscheinlich einst vorhanden gewesenen syphilitischen Grundlage für solch eine Ausgangsform der Krankheit bei Sutter, müssten für die Möglichkeit einer dahin lautenden Diagnose Partei ergreifen, selbst wenn gegenwärtig alle Zeichen constitutioneller Lues fehlen sollten; allein wichtiger als dies letzte, vielleicht fälschlich entgegenzuführende Beweismittel ist für uns der schon jetzt feststehende Erfahrungssatz, „dass bei der syphilitischen Degeneration des Gehirns die einzelnen Stadien zu schnell zu wechseln pflegen,“ dass also speciell bei Sutter die rechtsseitige Lähmung längst schon einmal verschwunden, oder auf die andere Seite übersprungen, oder doch wenigstens gemindert sein müsste.

Es bleibt uns also, um eine Anzahl von sich noch aufdrängenden Beweisen und Bedenken der Kürze halber bei Seite zu lassen, als höchst wahrscheinliches Krankheitsbild bei dem Besprochenen (nachdem für den chronischen Alkoholismus die specifische Lähmung mit dem an die Atrophie sich anschliessenden Sprachdefect durchaus nicht passen will, und nachdem die Atrophia simplex praematura aus, bei Sutter auf der Hand liegenden, Gründen ausgeschlossen werden muss), es bleibt uns also das weitläufige Gebiet der Atrophia cerebri unter der mehr oder weniger ausgeprägten klinischen Form der Paralysis progrediens oder Periencephalitis chronica übrig. Wie es nach unseren obigen Worten schon im Leben schwer ist, alle in solch ähnlicher Erkrankungsweise dem Tode zueilenden Patienten in ganz bestimmte Kategorien, ich möchte sagen Schubfächer, unterzubringen; ohne dass nicht zugleich der eine oder andere Fall irgend eine gewisse Verwandtschaft und Beimischung böte, die es zweifelhaft machte, ob er nicht auch in eine zweite Abtheilung mitclassificirt werden

könnte, so geht es auch öfters nach dem Tode, am Secirtische: von all den Haupterfordernissen, die man sich gestellt hat, um die Leichen-diagnose „Paralysis progrediens oder Periencephalitis chronica“ zu stellen, fehlt häufig dies oder jenes Leichensymptom; und dennoch ist der Kranke im Leben bestimmt unter die Abtheilung dieser sogenannten Gehirnerweichung eingereiht gewesen und hat wirklich damals auch, allen Anhaltspunkten nach, dahin gehört. Ferner ist aber der Begriff, ob Paralysis progrediens im Leben diagnosticirt werden müsse, kein absolut feststehender; der eine Autor fasst ihn enger, der andere fasst ihn weiter. So viel ist aber sicher, dass bei dem unendlich schwierigen Erkennen eben der Gehirnkrankheiten ein solches Schwanken ihrer Grenzen auch bei den gewaltigsten wissenschaftlichen Errungenschaften der Zukunft doch stets noch vorhanden sein wird.

Ob nun unser Kranker direct in den Rahmen der Paralysis progrediens eingereiht werden darf, ob er gar daselbst eingereiht werden muss, ist schwer mit Bestimmtheit zu entscheiden. Wäre der Bescheid, den er mir mehrfach auf mein Befragen gab, „dass er einen ohnmachtähnlichen Anfall gehabt habe,“ wahr, so könnte man diesen als den bekannten Initialanfall der Paralyse betrachten; freilich, eine so einseitige Lähmung mit theilweiser Aphasie kommt selten in dieser Weise als erstes Stadium der Paralysis vor. Das Stieren und Träumen aber, das Schwanken der Stimmung, der vorhandene Schwachsinn würden gut zu der Diagnose „Paralysis progrediens“ passen. Ja selbst für ein scheinbar vermisstes Symptom, den bekannten Grössenwahn, liessen sich bestimmte Momente aufführen, so: das gerade in den allerletzten Tagen von grosser, unmotivirter Heiterkeit und bramarbasirendem Thatendrang („will 'naus, am liebsten in'n Kieg“ [Krieg]) am andern Tage in sprachloses Dämmern und Schlafen übergehende Schwanken, ferner die, freilich nicht bewiesene, aber doch wahrscheinlichen Hallucinationen, und schliesslich der, Referenten gegenüber einmal klar aufgetretene, euphoristische Glückseligkeits- und Grössenwahn.

Mag aber bisher noch manches Symptom, theils ungenügend beobachtet, theils noch nicht wirklich in Sicht getreten, ausstehen und vermisst werden — so viel steht fest: ausbleiben wird es nicht; es wird doch noch erscheinen. Und dann wird die Diagnose, „ob Patient genau in die Kategorie dieser oder jener Degenerationsform der Hirnkrankheiten gehöre?“ wohl leichter entschieden werden können, als jetzt.

Ebenso fest steht aber, „dass wir es hier bei K. S. nicht mit

einer simulirten, sondern einer wirklich vorhandenen und zwar graven Gehirn- und Geisteskrankheit zu thun haben.“

Ob nun die bisher beobachteten Erscheinungen als Theilerscheinungen dem bekannten Gesamtbilde der Paralysis progrediens angehören, oder ob sie einer der oben angeführten Terminalformen von Gehirnaffectationen angehören, bleibt, wenn wir uns auch der ersteren Ansicht zuneigen, einstweilen irrelevant; uns genügt, nachgewiesen zu haben:

Der Karl Sutter leidet an einseitiger Lähmung der R. Seite sammt Lähmung der Sprachmechanik, er leidet an theilweisem Verlust des Sprachbildungs-Gedächtnisses und des Gedächtnisses überhaupt, er leidet an Schwachsinn mit wechselnder Depression und Exaltation und — die Krankheit ist keine simulirte, sondern eine über kurz oder lang weiterschreitende und zum tödtlichen Ende führende.

Obige Darstellung entspricht meinen in der Anstalt gemachten Beobachtungen und die daraus gewonnenen Folgerungen sind meiner wahrhaftigen Ueberzeugung gemäss dargelegt, was hierdurch unterschriftlich bestätigt wird.

Frankfurt a. M., Anfang Mai 1876.

Dr. med. Lotz,

II. Arzt der Städt. Irrenanstalt.
