

III.

Drei Gutachten über Unfallserkrankungen.

Von

Ludwig Meyer.



Aus einer grösseren Zahl von Gutachten über Erkrankungen nach Unfällen scheinen mir die drei hier mitgetheilten ein allgemeines ärztliches Interesse zu verdienen. Die beiden ersten sind ohne Zweifel Verletzungen des Centralnervensystems und es lässt sich die Frage aufwerfen, ob wir nach Charcot die beobachteten Neurosen als unabhängig von ihnen (*superposés*) auffassen sollen, da sie bekanntlich in unzähligen Fällen ohne palpable cerebrale oder spinale Erkrankungen, als sogenannte rein functionelle Störungen vorkommen.

Der Charcot'sche Standpunkt muss zur Zeit als ein wenigstens formell berechtigter anerkannt werden und habe ich daher in den von mir abgegebenen Gutachten die selbstständige symptomatische Bedeutung der sogenannten traumatischen Neurosen anerkennen müssen. Dabei soll indess nicht übersehen werden, dass das gedachte gleichzeitige Vorkommen von functionellen und Herdsymptomen sich nicht auf die nach Unfällen auftretenden Erkrankungen beschränkt. Hysterische und überhaupt nervöse Störungen functionellen Charakters schliessen sich häufig genug, wenn nicht mehr oder weniger stets, schweren Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen (der progressiven Paralyse, Apoplexie, Tabes, multiplen Sklerose etc. etc.) an; sie werden aus begreiflichen Gründen in der Regel nicht beachtet.

Wie die drei mitgetheilten sind alle übrigen von mir beobachteten Fälle hauptsächlich deshalb zu meiner Beurtheilung gelangt, weil sie in früheren Instanzen als Simulationen erklärt worden waren. Auf die bis zur Uebermüdung behandelte Frage der Simulation und Uebertreibung hier im Allgemeinen einzugehen, verbietet der Raum

und widerstrebt mir schon deshalb, da ich aus meiner Erfahrung überzeugt bin, dass gerade auf dem Gebiete der Geistes- und Nervenkrankheiten nur die strengste Individualisirung zu bestimmteren Entscheidungen führen kann. Mit Vergnügen erinnere ich mich stets einer meisterhaft simulirten Epilepsie einer Frau. Wiederholt längere Zeit beobachtet hatte sie eine ganze Reihe von Aerzten, unter ihnen eine namhafte Autorität, getäuscht oder zu keinem bestimmten Schluss kommen lassen. Mir selbst wäre es schwerlich besser ergangen, hätte sie nicht, wohl des langen Treibens müde, „aus purer Gefälligkeit“, die Simulation eingestanden. Sie hat dann noch einigemal vor einem ausgewählten Kreise, auch in meiner Klinik Vorstellungen gegeben, denen die verdiente allgemeine Anerkennung nicht gefehlt hat.

Es wird Niemandem einfallen, das allgemein menschliche Privilegium des Irrsins den Aerzten und am wenigstens auf dem Gebiete der Unfallserkrankungen zu beschränken. Um so weniger dürfen wir es billigen, wenn sehr schmerzhaft und schädliche Eingriffe lediglich in der Absicht stattfinden, dem eigenen schwankenden Urtheil, wie die Thatsachen lehren, so gut wie stets vergeblich zu Hülfe zu kommen. Kommen dazu noch Aeusserungen wie: „endlich bekannte der Untersuchte, dass er simulirt habe“ oder wird von einem Arzte berichtet, durch seine Anwendung des elektrischen Stromes die Simulanten stets dahin gebracht zu haben, „Christum zu bekennen“, so fühlt man sich von einem Hauche aus den Zeiten der Folter und Hexenprocesse gestreift. Uebrigens ist ein derartiges Verfahren gesetzlich unzulässig, wenigstens ohne besondere Erlaubniss des zu Untersuchenden. Eine hiesige strafrechtliche Autorität hat mich wenigstens darüber nicht in Zweifel gelassen.

I.

Das Reichsversicherungsamt hat mich (Schreiben vom 12. März 1892) in der Unfallsversicherungssache des Schreiners Julius L. zu X. wider die Süddeutsche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft über die Frage, ob der Kläger an den Folgen des am 31. October 1890 erlittenen Unfalls noch jetzt leidet, und ob und in wie weit er in Folge seines, auf den fraglichen Unfall zurückführenden, Leidens in seiner Erwerbsfähigkeit behindert ist, zur Erstattung eines Obergutachtens aufgefordert. Begründet sei diese Aufforderung durch den Mangel an Uebereinstimmung in den Beobachtungen und Ansichten der bisher vernommenen Aerzte, namentlich durch den Widerspruch zwischen den Gutachten des Professors X. zu H. und denen der Dr. med. X. und S. zu N. Eine längere Beobachtung des L. in der von mir geleiteten Anstalt sei dem Obergutachten zu Grunde zu legen.

L. war am Tage des Unfalls an einer $1\frac{1}{2}$ Meter im Durchmesser haltenden, schnell rotirenden Kreissäge damit beschäftigt, einen grösseren und schweren Eichenholzbalken in einzelne Stücke (Eichenstollen) zerschneiden zu lassen. Eines der schweren Stücke, die nach dem Abschneiden auf die entgegengesetzte Seite der Säge fielen, ist dann von der Säge erfasst und ihm an die Stirne geschleudert worden. Es zeigte sich an der rechten Stirnhälfte eine strahlenförmige, bis auf die Knochenhaut dringende Verletzung, die nach $3\frac{1}{2}$ Wochen unter Hinterlassung einer festen strahlenförmigen Narbe heilte. Etwa 4 Wochen nach dem Unfälle versuchte L. die Arbeit wieder aufzunehmen. Der Versuch musste aber, wie ein späterer, aufgegeben werden wegen heftiger rechtsseitiger Kopfschmerzen, denen sich weiterhin Aufregtheit, Schlaflosigkeit und andere subjective Erscheinungen hinzugesellten. Dr. H., der den Verletzten sehr bald nach dem Unfälle gesehen und weiterhin beobachtet hatte, gelangt in seinem etwa 3 Monate nach dem Unfälle abgegebenen Gutachten zu dem Schluss, dass L. wegen seiner nervösen Störungen noch gänzlich erwerbsunfähig sei, hält indess zur weiteren Klarstellung der Sachlage die Beobachtung in einer dazu geeigneten Anstalt für nothwendig. Die Beobachtung ist dann in der Heilanstalt für Nervenkranken des Prof. Dr. X. vom 15. April bis 6. Juni 1891 vorgenommen worden. L. ist dort für einen Simulanten genommen worden. — Die Beobachtung hatte keinerlei Störungen namentlich des Nervensystems ergeben, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten.

Auf Grund dieses Gutachtens hat die Berufsgenossenschaft in allen Instanzen jeden Entschädigungsanspruch des Klägers abgelehnt. L. liess sich nunmehr von Dr. X. in N., Spezialarzt für Nervenkranken längere Zeit vom 3. Juli bis 15. September beobachten. Dr. X. bestreitet in seinem auf seine Beobachtungen gestützten Gutachten zunächst aus verschiedenen Gründen die von Prof. X. vorausgesetzte Simulation und gelangt zu dem Schluss, „dass L. an einer traumatischen Psychose, bedingt durch anatomische Veränderungen der Gehirnhäute und der Gehirnsubstanz leide, er sei völlig arbeitsunfähig. An der Hand dieses Gutachtens legte L. Berufung an das Reichsversicherungsamt ein, das dann den im Eingange angeführten Beschluss gefasst hat.

L. ist vom 2. Mai bis zum 2. Juni d. J. in der unter meiner Leitung stehenden Provinzialirrenanstalt beobachtet worden. Er war auf der s. g. klinischen, zu derartigen Zwecken bestimmten und besonders eingerichteten Abtheilung untergebracht; er konnte sich innerhalb derselben frei bewegen und sie, da er nicht geisteskrank war, nach Belieben zu Spaziergängen etc. verlassen. Ohne seine Aufmerksamkeit zu erregen, wurde er nicht nur in der Krankenabtheilung so gut wie stets beobachtet, es wurde dafür gesorgt, dass er auch bei seinen Bewegungen im Freien, die übrigens nur in der Nähe der Anstalt stattfanden, nicht leicht längere Zeit unbeaufsichtigt bleiben konnte.

Der entschiedenen Behauptung des Prof. X. gegenüber, dass L. übertriebe und simulire, kam es zunächst darauf an, sein gesamtes Verhalten in möglichst unbefangener Weise festzustellen. Es handelte sich, nach den bisherigen ärztlichen Untersuchungen, um Klagen L.'s über Schmerzen und Miss-

empfindungen verschiedener Art, die eine objective Feststellung ausschlossen. Es kam also wesentlich auf seine Glaubwürdigkeit an. Ueber sie konnte aber nur das gesammte Verhalten eine einigermaßen sichere Auskunft gewähren.

L. genießt nach den Mittheilungen der Acten, die durch eigene gelegentliche Erkundigungen bestätigt wurden, den Ruf eines pflichttreuen, tüchtigen, nüchternen Arbeiters. — Seit vielen Jahren als Schreiner in derselben Fabrik thätig, hat er niemals eine Ordnungsstrafe erlitten. Das Verhalten in der Anstalt war stets ein durchaus ungezwungenes und unbefangenes, im wesentlichen stets das gleiche, ob er sich nun allein und unbeobachtet glaubte, wie auf seinen Spaziergängen, oder sich im Wohnzimmer der Abtheilung unter den anderen Kranken und den Wärtern befand. Der Gesichtsausdruck war, wenn er nicht durch längeres Gespräch, ärztliche Untersuchung erregt war, stets das gleiche traurige, in sich gekehrte, auch wohl etwas stumpfe. Er war indess weit entfernt davon, seine Verstimmung anderen bemerklich zu machen — niemals hat er sich wie das von Leuten seiner Art bei längerem Zusammensein sonst leicht geschieht, zu Mittheilungen über seine, ihn sehr bedrückenden Verhältnisse sei es auch nur, um sich im Gespräche die Zeit zu vertreiben, herbeigelassen. Gleich nach seiner Aufnahme, als er in Erfahrung gebracht hatte, dass er sich in einer Irrenanstalt befinde, war er sehr erschreckt, sagte mir, er sei doch nicht geisteskrank und beruhigte sich erst, als ich ihm das bestätigte, mit der Bemerkung, dass er jeden Augenblick die Anstalt verlassen könne. Zuweilen sah er dem Kartenspiel und anderen Unterhaltungen seiner Umgebung zu, ohne sich zu betheiligen. Auch las er niemals die Zeitung oder die vorhandenen, zur Zerstreuung der Kranken bestimmten Bücher, obwohl er ohne Schwierigkeiten las — ebenso wenig suchte er sich durch Hülfe bei den häuslichen Arbeiten nützlich zu machen. Gefragt, meinte er, dass er keine Langeweile habe. Er sei von früher her nicht gewohnt, zu lesen oder Karten zu spielen — auch könne er es nicht lange aushalten, die Buchstaben etc. gingen ihm bald durcheinander und bekomme er Kopfschmerz und Schwindel.

Neben dem niedergedrückten Gesichtsausdruck fällt die schlaffe, vornübergebeugte Haltung L.'s beim Gehen und Stehen sehr auf. Er befindet sich noch im besten Lebensalter (44 Jahr), ist ungewöhnlich kräftig gebaut, auch das Aussehen seines Gesichtes ist nach einigen Tagen guter Pflege ein gesundes und frisches. Beim Gehen hält er sich nach vorn und etwas nach rechts übergebeugt, zuweilen schwankt er leicht. Er klagt, dass das Gehen ihm Mühe mache; auch nach kürzeren Wegen fühle er sich müde und erschöpft. Er hat jedoch zuweilen Wege von einer halben Stunde und darüber willig ausgeführt. Z. B. ist er auf meinen Wunsch zu der über $\frac{1}{4}$ Stunde entfernten Augenklinik, dann später zu der mehr als $\frac{1}{2}$ Stunde abgelegenen chirurgischen Klinik hin und her gegangen.

Zu einer Mittheilung seiner Beschwerden aufgefordert, gab er zunächst kurze und sachgemässe Auskunft. Sehr bald aber gerieth er in eine eigenthümliche Aufregung — eine Klage reihte sich an die andere, er schilderte seine Leiden in immer lebhafteren Farben, seine Züge belebten sich dabei,

die Augen blitzten, die Gesichtsmuskeln zitterten, die Sprache wurde laut, überstürzte sich, war von heftigen Gesticulationen begleitet. Bei diesen Gelegenheiten machte er offenbar den Eindruck der Uebertreibung, wenn man den allerdings nicht erheblichen Mangel an genauer Uebereinstimmung in den zu verschiedenen Zeiten unter den gleichen Einflüssen der Erregtheit hervorgerufenen Aeusserungen hinzunimmt, selbst den der Erdichtung. Diese Vorkommnisse als Beweise einer erstrebten Täuschung zu betrachten, wäre aber sehr vorschnell — sie sind vielmehr, wie das später dargethan werden soll, lediglich Erscheinungen, und zwar sehr verbreitete und bekannte Erscheinungen der Erkrankung des Nervensystems (Neurose), an der L. leidet. Ebenso verkehrt wäre es, ihn der Unwahrhaftigkeit zu bezichtigen wegen seiner Klagen, dass er nur etwa 2—3 Stunden in der Nacht geschlafen habe, während festgestellt worden war, dass der Schlaf 4—5 Stunden gedauert hatte.

Eingehendere Untersuchungen sind erst nach einem zehntägigen Aufenthalte L.'s in der Anstalt vorgenommen worden, nachdem man in hinreichender Weise sich überzeugt hatte, dass man es nicht mit einer auf Täuschung der Aerzte bedachten Persönlichkeit zu thun habe. Bis dahin beschränkte ich mich auf kürzere Fragen und gelegentliche, sich von selbst darbietende Feststellungen des Pulses u. dergl. Dieses geschah mehr zu dem Zwecke, L. in möglichster Unbefangenheit zu erhalten.

Die Sensibilität der Körperoberfläche ist wiederholt und auf verschiedene Weise untersucht worden und sind sich die Resultate im Wesentlichen gleich geblieben. Zuletzt habe ich die auch von Charcot empfohlene Methode benutzt, weil sie mir, da dem zu Untersuchenden die Kenntniss der zur Annäherung benutzten Gegenstände fehlt, am sichersten gegen Täuschung zu schützen schien. L. wurden von einem Assistenten durch Herabdrücken der Augenlider die Augen geschlossen gehalten, nachdem ich mich vorher mit freien Händen vor ihn gestellt und ihn noch mit offenen Augen aufgefordert hatte, mit dem Zeigefinger der rechten oder linken Hand die von mir mit der Kuppe des eigenen Fingers leise berührte Stelle rasch zu bezeichnen. Dann brachte ich ihm in unregelmässiger Reihenfolge neben den Fingerberührungen Eindrücke mit der in der linken Hand verborgen gehaltenen Nadel bei, mit dem Kopfe, der Spitze bis zu sehr (über $\frac{1}{2}$ Ctm.) tiefen Stichen. Das Tastgefühl war überall leidlich intact, nur fiel es auf, dass es sehr oft der energischen sofortigen Aufforderung bedurfte, sollte die bewusste Stelle richtig und genau getroffen werden. Unterliess ich die Aufforderung oder wartete einige Secunden mit ihr, so wurde oft weit über die bewusste Stelle gegriffen. Das Schmerzgefühl war auch links nicht sehr lebhaft, auf der ganzen rechten Körperhälfte aber sehr abgestumpft. Stiche am Rücken, an der Dorsalfäche der Arme und Beine wurden oft gar nicht oder als blosse Berührungen empfunden; bei sehr tiefen energischen selbst heftigen Stichen erfolgte kein Zusammenzucken, L. meinte dann regelmässig, ich hätte ihn wohl mit dem Fingernagel gedrückt. Die Anwendung des faradischen Stromes führte, soweit das Schmerzgefühl in Frage kam, zu dem gleichen Ergebnisse. Dagegen zeigen die Prüfungen des Lagegefühls, des Drucksinns, der Empfindung für Wärme und Feuchtigkeit nirgend erheb-

liche Abweichungen. Die Anwendung der faradischen wie galvanischen Elektrizität auf Nerven wie Muskeln ergiebt keine Abweichungen vom normalen Verhalten. Die Hautbedeckung der gesamten rechten Körperhälfte sollte nach der Angabe L.'s nicht schwitzen. Sie erscheint dem Gefühl nach, auch wenn Schweiß links nicht vorhanden war, trockener. In den sehr warmen Tagen im letzten Drittel des Mai habe ich wiederholt Gesicht, Hände und andere Körpertheile links mit reichlichen Schweißstropfen bedeckt gefunden, während die rechte Seite nichts dergleichen zeigte. Druck auf eine nach L.'s Angaben fast stets dumpf oder lebhafter schmerzende Stelle auf dem Scheitel steigerte den geklagten Schmerz nicht. Mein College, der Geheime Medicinalrath Prof. Dr. Schmidt-Rimpler, Director der Universitäts-Augenklinik, hatte die Freundlichkeit die Augen L.'s zu prüfen und schrieb mir darüber: „Derselbe zeigte eine mässige concentrische Gesichtsfeldeinengung; Prüfungen in verschiedener Entfernung mit Prismen ergaben die Zuverlässigkeit seiner Angaben. Im Uebrigen sind die Augen normal und haben volle Sehschärfe. Eine Behinderung in der Erwerbsfähigkeit wird das Augenleiden nicht bewirken, aber vielleicht damit der Nachweis zur Stütze der traumatischen Neurose unterstützt“.

Der Patellarreflex ist auf beiden Seiten bemerkenswerth lebhaft. Es erscheint nicht ausgeschlossen, dass L., der auf diese Untersuchung sehr eingeübt erscheint, wennauch unwillkürlich, etwas nachhilft. Die übrigen Sehnenreflexe sind, bis auf den Fussclonus, der nicht auszulösen ist, in normaler Stärke vorhanden. Beim Stehen mit geschlossenen Augen und aneinander gestellten Füßen tritt leichtes Schwanken ein, stärkeres bei raschen Wendungen, die auch bei offenen Augen immer mit Vorsicht ausgeführt werden. Auch bei fortgesetztem Gehen im Zimmer bemerkt man ein hin und wieder leichtes Abweichen und Schwanken. L. scheint sich dessen nicht ganz bewusst zu sein. Er erklärt auf Befragen, nie ganz frei von Schwindelgefühl zu sein — er merke das aber selbst wohl weniger, als seine Umgebung. Oft sei ihm gesagt worden: „Kerl, was läufst Du immer hin und her“. L. spricht etwas zögernd, bei längerem Sprechen hin und wieder anstossend; die ausgestreckte Zunge wie die Lippen zittern dann leicht. Es ist schon bemerkt worden, dass L. bei längeren Aeusserungen zusehends erregter wird. Er erschien stets niedergedrückt — in Empfindungen, wie Gedanken von seinen Leiden und seiner vermeintlich noch traurigeren Zukunft beherrscht. Je länger er darüber spricht, desto heftiger werden seine Klagen. Er spricht so gut wie ausschliesslich über seine Beschwerden — immer kehrt er zu diesen zurück, so oft man auch versucht, ihn durch andere Fragen abzulenken. In der mannigfaltigsten Weise stellt er die wesentlich durch Gefühle der Ermüdung, Hinfälligkeit, Kopfschmerz verursachten Störungen dar. Er habe immer Lust zum Arbeiten gehabt, aber ihn überfalle eine Angst, wenn er jetzt nur daran denke. Zweimal habe er den Vorsatz gehabt, wieder an der Säge zu arbeiten, aber schon beim Betreten des Maschinenraums sei ihm roth vor den Augen geworden und habe er solche Angst bekommen, dass er ganz verwirrt geworden sei. Das wieder-

hole sich, wenn auch nicht so stark, bei jedem ernstlichen und dauernden Versuche zu arbeiten.

Der Puls zeigt eine bei dem kräftigen Bau und guten Ernährungszustande L.'s auffallende Frequenz und Kleinheit. Der Puls ist recht häufig untersucht worden, oft lediglich im Vorübergehen, wie der Form wegen; es ist so jede Beeinflussung des Pulses etc. durch Erregung auszuschliessen. Es waren stets nicht weniger als 84 Pulse in der Minute vorhanden, bei längeren Untersuchungen erheblich mehr. Selbstverständlich sind auch die Herzbewegungen entsprechend beschleunigt. Die Untersuchung der Lage und Grösse des Herzens ergibt die normalen Verhältnisse, dagegen zeigt der zweite Ton bei der Auscultation eine erhöhte Accentuation, wie sie bei fast allen Störungen des kleinen Kreislaufs, die das rechte Herz stärker belasten, gefunden wird. Der erste Ton zeigte eine wechselnde Beschaffenheit. Meist wurde er verlängert und unrein gefunden. Dann wieder völlig rein. Die durch die Untersuchung und auch von unbekannten Umständen verursachte Erregung schien dabei von Einfluss zu sein.

Erscheinungen, die sich auf einen längeren und zu starken Branntweingenuss (chronischen Alkoholismus) beziehen liessen, sind nicht vorhanden. Die Zunge ist rein, nicht rissig oder rothglatt, der Pharynx zeigt keine besondere Röthe; Magenocatarrh ist nicht vorhanden, die Leber ist nicht vergrössert. Ihre Dämpfung beginnt an der 6. Rippe und reicht nicht ganz bis zum Rippenrand; sie bleibt 1,5 Ctm. hinter demselben zurück. Im Uebrigen zeigen Bauch- wie Brustorgane keine Abweichungen.

Es erscheint mir übersichtlicher und die Beurtheilung des Falles zu erleichtern, wenn ich zunächst die diagnostische Deutung der bisher beschriebenen Erscheinungen erledige. Sie geben bereits ein hinreichend deutliches geschlossenes Krankheitsbild. Die anderen beobachteten Krankheitserscheinungen gehören nicht in den Rahmen dieser Krankheitsgruppe und müsste jeder Versuch, sie mit ihr zu verbinden, oder wie das von anderen Sachverständigen (Dr. J. etc.) geschehen ist, sie zu ihrer Begründung zu verwerthen, zu einer irrthümlichen Auffassung führen. Die schweren Verletzungen des Gehirns und des Centralnervensystems überhaupt auf die jene Erscheinungen hinweisen, stehen, soweit alle Erfahrung reicht, in keinem unmittelbaren Zusammenhange mit den bisher beschriebenen rein functionellen Störungen des Nervensystems. Aus naheliegenden äusseren Gründen kommen beide Reihen von Störungen, die functionellen wie die materiell organischen des Centralnervensystems nach schweren Unfällen oft genug gleichzeitig vor. Aber sie bleiben verschiedener Natur. Die centralen Symptome sind, wie Charcot sich geistreich ausdrückt, den functionellen nur übergelagert (*superposés*).

Die halbseitige erhebliche Herabsetzung des Schmerzgefühls (Analgesie), die auf der gleichen Seite fehlende Schweisssecretion, die Einschränkung des Gesichtsfeldes, der frequente schwache Puls, das wechselnde Auftreten von Herzgeräuschen bei völlig normaler Lage und Grösse des Herzens, der als *Clavus hystericus* vorhandene Kopfschmerz, die stete hypochondrisch melancholische

Verstimmung, die sich bei Versuchen zur gewohnten Arbeit zurückzukehren, zu völligen Angstfällen steigert, lässt an dem Bestehen jener functionellen Erkrankung des Nervensystems nicht zweifeln, wie sie zur Zeit in geradezu überwältigender Häufigkeit nach Unfällen beobachtet worden ist. Mag die wissenschaftliche Auffassung noch nicht feststehen, mögen die Einen mit Oppenheim in ihr eine besondere vorzugsweise den Unfällen anhaftende Neurose, eine traumatische Neurose, erblicken, andere in ihr die altbekannte Hysterie wiedererkennen wollen, deren nur hereditär übertragbare Anlage bereits vor dem Unfälle vorhanden gewesen sein müsse, und dem Unfälle nur die Bedeutung eines veranlassenden und entwickelnden Factors zu schreiben, die Thatsache der Hervorrufung der Neurose durch Unfälle ist so gut wie unanfechtbar. Ich verzichte darauf, jedes einzelne Symptom des Breiteren zu erörtern — die meisten haben für sich keinen diagnostischen Werth, und ihre Bedeutung liegt in ihrer Gemeinsamkeit. Nur auf eine Erscheinung will ich näher eingehen, weil sie in nächster Beziehung zu der Arbeit- und Erwerbsfähigkeit L.'s zu stehen scheint, die beschriebenen Angstfälle bei der Wiederaufnahme der gewohnten Arbeit. Den Irrenärzten ist es durch zahlreiche Beobachtungen bekannt, wie sich Angstzustände und verwandte krankhafte Gefühlserregungen auf das innigste mit den gerade vorhandenen Wahrnehmungen, Gedanken und Willensrichtungen, verbinden. Perverse Gefühlserregungen, Wahnideen und krankhafte Willensimpulse verschmelzen zu einer unlösbaren Kette, deren Glieder, von welcher Seite immer, gleichzeitig hervorgezogen werden. So ruft bei L. der Anblick des Arbeitsraumes, der blosser starke Gedanke an Arbeit Angstzustände mit krankhaften Willensäusserungen hervor. In den Mittheilungen Charcot's wie Oppenheim's finden sich ähnliche Beispiele. Im Laufe der Jahre 1888 und 1889 beobachtete ich bei einem Locomotivführer nach einem durch eine Collision zweier Züge herbeigeführten Unfälle ohne schwere Verletzungen die gleichen Zustände. Jedesmal, wenn er einen vorbeifahrenden Zug erblickte oder hörte, fuhr er heftig zusammen und erlitt einen Angstfall nicht selten mit entsprechenden Hallucinationen; er glaubte die Nothpfeife zu hören etc.

Die von dem Unfälle zurückgebliebene Narbe an der rechten Stirn über der Mitte der Augenbrauen, ziemlich in der Mitte zwischen dieser und dem Stirnhöcker gelegen, zeigt eine etwa stecknadelkopfgrosse eckigestärkere Einziehung, von der nach oben und schräg nach beiden Seiten flachere 1—3 Ctm. lange Risse ausgehen. Ueber dem Knochen ist die Haut mit der Narbe zwar verschiebbar, doch in geringerem Grade, wie an den benachbarten unverletzten Stellen. Die Knochenoberfläche lässt beim Anfühlen deutliche, der Narbe entsprechende Vertiefungen erkennen. Beim Untersuchen der Narbe zuckt L. zusammen und klagt über heftige Schmerzen. Bei stärkerem Druck werden Zuckungen und Schmerzbewegungen stärker. L. stösst zornige Schmerzenslaute aus, sein Gesicht nimmt einen verstörten und drohenden Ausdruck an. Die Augen funkeln und kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass er sich im nächsten Augenblicke des Untersuchenden gewaltsam erwehren würde. Nach jedem

Druckversuche blieb kürzere oder längere Zeit eine gewisse Verstörtheit zurück. Auch war L. Stunden lang nachher zornig entrüstet: „Er hätte von mir nicht gedacht, dass ich sein Leiden noch vermehren wolle. Die ganze Unfallentschädigung möchte der Teufel holen. Zum Sattwerden wäre es ja doch zu wenig und zum Verhungern zu viel.“ Es war nicht leicht, ihn zu beruhigen und eine richtigere Anschauung des Geschehenen zu bewirken.

Die rechte Hand zitterte, wenn auch in geringerem Grade, so gut wie stets. Das Zittern wurde beim Ausstrecken und Emporheben der Hand (z. B. beim Pulsfühlen, Verbinden eines kleinen Geschwürs auf dem Handrücken etc.) weit stärker. Während der Druckversuche steigerte sich das Zittern aber nicht nur zu heftigerem Tremuliren der Finger und ganzen Hand, diese krampfartigen Bewegungen ergriffen auch den ganzen Arm. L. klagte, dass bei jedem stärkeren Druck der Stirnnarbe der Arm heftig schmerze und zwar fühle er deutlich, dass ein eigenthümlicher zusammenziehender Schmerz wie ein electrischer Strom von der Achsel her den ganzen Arm bis zu den Fingerspitzen durchströme. Der ganze rechte Arm (L. ist rechtshändig) erscheint in seiner Muskulatur hinter dem linken Arm deutlich zurückzustehen. Der rechte Oberarm hat in der Mitte einen Umfang von 27 Ctm., der linke von 29 Ctm. Da nun (es wurde das durch Messungen an anderen Arbeitern bestätigt) der linke Arm um 1—2 Ctm. an der bezeichneten Stelle hinter dem rechten Arm zurückbleibt, so ergibt sich hier für L. die sehr erhebliche Abnahme von 3—4 Ctm. der rechten Oberarmdicke. Die Abmagerung des Vorderarms und der Hand war eine entsprechende.

Das Auftreten von Schmerzen und Zuckungen im rechten Arm nach schmerzhaftem Druck der Stirnnarbe muss, anerkannten Anschauungen gemäss, als eine Irradiations- und Reflexerscheinung aufgefasst werden. Die Empfindung eines peripherischen Reizes, hier des Schmerzes der Stirnnarbe, geht auf andere, oft weit entlegene Empfindungsbezirke, hier der Armnerven über — ihr zugleich ergriffenes motorisches Centrum äussert sich im Zittern und Zucken der Armmuskeln. Die Uebertragung des Schmerzreizes von dem Centrum der Stirnnerven (Trigeminus) auf das Centrum der Armnerven (Plexus brachialis), sei es im Gehirn oder Rückenmark oder in beiden hat etwas Ueberraschendes. Beide Centren sind, so weit die Untersuchungen reichen, weit von einander entfernt und zeigen auch in ihrer Thätigkeit eine nur lose und ohne Zweifel sehr vermittelte Verbindung, wie z. B. in den Abwehrbewegungen des Armes und der Hand bei Verletzungen der Stirn. Anders verhält es sich, wenn eine krankhafte Ueberreizung in beiden Nervencentren besteht, denn dann ist die gegenseitige Uebertragung von Reizen nicht so ungewöhnlich und unschwer zu erklären. Das krankhaft überreizte Centrum des Plexus brachialis reagirt auf die ohne Zweifel auf das gesamte Centralnervensystem ausstrahlende Erregung des Trigeminuscentrums in besonders heftiger Weise. Für eine Verletzung jenes Theils des Rückenmarks, aus dem die Armnerven entspringen, spricht übrigens schon die Atrophie des ganzen rechten Armes. Es lässt sich unschwer vorstellen, dass der gewaltige Anprall des schweren Holzstückes an die Stirne die Halswirbel-

säule und ihren Inhalt, das Halsmark mit seinen Häuten und Annexen heftig erschüttert habe.

Eine genauere Untersuchung der Innervation des Gesichtes und der Zunge zeigt auch hier bleibende Schädigungen. Das während der Untersuchung mehr hervortretende fasciculäre Zucken im Gesichte und ein leichtes Zittern der vorgestreckten Zunge liess sich noch als functionelle und vorübergehende Störung auffassen. Diese Deutung war aber nicht mehr statthaft bei den übrigen auch bei völliger Ruhe noch stets vorhandenen Abweichungen. Die rechte Nasolabialfalte ist fast verstrichen, der rechte Mundwinkel steht ein wenig, aber deutlich tiefer als der linke. Die Backen können noch aufgeblasen werden, aber das (früher leichte) Pfeifen ist schwierig. Zungenspitze und Zäpfchen krümmen sich nach links.

Die bei Druck auf die Stirnnarbe auftretenden Erscheinungen hatten mich nach einer früheren Erfahrung an einen günstigen Erfolg ihrer Excision denken lassen. Mein College, der Geheime Medicinalrath Professor König, Director der chirurgischen Universitätsklinik, hatte die Güte, L. genauer zu untersuchen. Er erklärte sich durchaus mit mir einverstanden, „dass es sich empfehle, die Narbe anzuschneiden und zu sehen, was dahinter liege. — Zugleich aber stehe es seinen Erfahrungen nach fast ausser Zweifel, dass es sich hier um eine Basisfractur handle; die unvollkommene Facialislähmung rechts sei geradezu als typisch dafür zu betrachten.“ Als ein fernerer Hinweis auf einen durch den Unfall erlittenen Bruch der Schädelbasis muss die Mittheilung L.'s, dass ihm gleich nachher eine blutige Flüssigkeit aus dem rechten Ohre geflossen sei, angeführt werden.

Die von mir gemachten Ermittlungen über den Zustand L.'s befinden sich, so weit wenigstens das Schlussresultat einer schweren Erkrankung der Nervencentren in Frage kommt, in wesentlicher Uebereinstimmung mit den Anschauungen des Dr. G. und der übrigen Aerzte. Zwar haben die Erscheinungen „einer beträchtlichen Demenz mit Gedächtnisschwäche“, die der genannte Arzt in seinem Gutachten (S. 10 der Act. d. R.-V.-A.) anführt, von mir nicht mit der wünschenswerthen Deutlichkeit festgestellt werden können. Indess machte doch das gesammte Verhalten L.'s, wie es oben ausführlich geschildert ist, auf mich den Eindruck einer Abschwächung der Intelligenz. L. konnte der Prüfung seiner Hautsensibilität nur folgen, wenn seine Aufmerksamkeit durch fast stetes Anrufen wach gehalten wurde — ohne eine solche Anregung griff er oft weit neben die berührte oder gestochene Stelle. Die gleichen Vorgänge lassen sich bei jedem Schwachsinnigen beobachten: bei jüngeren Kindern sind sie bekannt. Dann bekundet das Benehmen und die Aeusserungen L.'s nach den Untersuchungen der Stirnnarbe eine um so grössere Urtheilslosigkeit, je mehr ihn eigene vorhergegangene Erfahrung auf sie vorbereitet und über ihren Zweck belehrt haben musste.

Das X.'sche Gutachten erklärt die Klagen L.'s hauptsächlich deshalb für unbegründet, weil sie bei den vorgenommenen Untersuchungen nicht oder doch nicht immer in gleicher Weise hervorgetreten seien. Auch von mir ist Aehnliches, die Häufung und Steigerung der Klagen bei längerem Sprechen,

die unrichtige Angabe über seinen Schlaf, mitgetheilt. Aber das Gleiche kann man bei allen hypochondrisch afficirten Geisteskranken beobachten, ein erfahrener Beobachter wird hier keinen Augenblick an bewusste Uebertreibung oder Simulation denken, sondern nur ein bekanntes Symptom derartiger Erkrankungen finden. In gleicher Weise ist das Gebahren L.'s nur als ein Ausfluss seiner hypochondrischen Verstimmung aufzufassen. Wenn unter dem Einfluss eindringlicher Untersuchungen die Klagen schweigen, so ist das bei der bekannten grossen Impressionabilität dieser Kranken kaum anders zu erwarten.

Professor X. hat nur die subjectiven Beschwerden L.'s berücksichtigt. Es ist aber kaum zu bezweifeln, dass die objectiven Erscheinungen der rechten Gesichtshälfte, Zunge, des Arms etc. zur Zeit seiner Untersuchungen vorhanden waren. Dass derartiges einem bekannten Neurologen, dem Verfasser eines Lehrbuches über Nervenkrankheiten hat passiren können, ist verwunderlich genug, aber bei seinem bekannten extremen Standpunkte in der Simulationsfrage der Unfallneurosen nicht gerade unbegreiflich.

L. leidet nach den von mir gemachten Beobachtungen und Erwägungen nicht nur an einer functionellen Nervenkrankheit (traumatischer Neurose nach Oppenheim, Hysterie nach Charcot), es bestehen ausserdem schwere motorische Erkrankungen des Centralnervensystems (des Gehirns und Rückenmarks). Die Erkrankungen sind als Folgen des am 31. October 1890 erlittenen Unfalls zu erachten und machen L. völlig erwerbsunfähig.

Göttingen, Juni 1892.

II.

Das Reichsversicherungsamt hat mich durch ein Schreiben vom 5. April 1893 aufgefordert, „den oben bezeichneten p. St. zu untersuchen, auch, so weit es nöthig erscheinen sollte, längere Zeit zu beobachten und, unter Berücksichtigung der Krankengeschichte und der, in den mir zugleich übersandten Acten enthaltenen, verschiedenen ärztlichen Gutachten, mich gutachtlich über seine in Folge des am 9. November 1889 erlittenen Unfalls eingetretene Erwerbsunfähigkeit, soweit sie am 1. Juni 1892 bestanden hat und noch besteht, zu äussern.“

St. fiel an dem gedachten Tage mit einem gefüllten Mörtelgefässe aus dem dritten in das zweite Stock eines im Bau begriffenen Hauses 4—5 Mtr. hoch herab und zwar wie es scheint, so unglücklich, dass er mit dem Rücken auf den Rand des Gefässes aufschlug. Nach dem Fall war er besinnungslos, kam aber bald wieder zu sich und ist dann mit der Tragbahre in das Clemenshospital gebracht worden. Er lag dort regungslos im Bette und klagte über heftige Schmerzen im Rücken und Nacken; äussere Verletzungen sind indess nicht bemerkt worden. Dieser Zustand hielt unverändert etwa zwei Monate an—er bedurfte der Hülfe von 3—4 Personen, wenn er das Bett einmal verlassen sollte. Erst im Februar 1890 war er im Stande, allein aufzustehen und sich mit Hülfe von zwei Stöcken etwas umher zu bewegen.

Am 28. Februar 1890 hat St. das Hospital verlassen. Die am Tage nach der Entlassung stattgehabte Untersuchung des Oberstabsarztes Dr. M. bestätigte im Wesentlichen die mitgetheilten Beobachtungen. Er hebt noch die Knickung der Wirbelsäule in der Höhe des unteren Schulterblattwinkels und die besonders grosse Schmerzhaftigkeit der Knickungsgegend hervor. Er, wie der Chefarzt des Clemenshospitals ist der Ansicht, dass eine Quetschung der Wirbelsäule stattgefunden habe und er zur Zeit (4 Monate nach dem Unfall) völlig arbeitsunfähig sei (Bl. 6, 14, 30). Eine mit Massage und Elektrizität verbundene Badecur in M. im August, die dann im folgenden Jahre wiederholt worden ist, hat keine Besserung gebracht und hat nach den Mittheilungen des Badaerztes Dr. W. der Zustand bis Ende Juli 1891 wesentlich unverändert fortbestanden (Bl. 58, 74). Es ist daher mehr als überraschend, dass die nunmehr fast drei Jahre hindurch geklagten und wiederholt von ärztlicher Seite anerkannten Krankheitserscheinungen St.'s von Dr. H., Director einer orthopädischen Privatheilanstalt in M., nicht nur als Uebertreibungen, sondern geradezu als Erdichtungen hingestellt werden. Die mit vollster Entschiedenheit wiederholt in verschiedenen Berichten auftretende Behauptung stützt sich lediglich auf folgende Punkte: 1. St. äussere heftigen Schmerz bei Berührungen des Rückens, während er starken Druck und selbst Anspannungen und Zerrungen (durch Bewegungen) verhältnissmässig gut ertrage; 2. während er sonst stets gebückt und nur mit Hülfe eines Stockes stehe und gehe, überhaupt selbst leichte Bewegungen nur mühsam ausführe, habe er bei verschiedenen Versuchen sich gerade zu stellen, auch verschiedene Bewegungen (Aufheben von Gegenständen vom Fussboden etc.) ohne sonderlichen Anstoss ausgeführt, die er nach früheren eigenen Angaben wegen zu grosser Schmerzen nicht habe machen können. Namentlich sei es auffallend, dass St. zu Hause Holz gehackt habe — es sei aber undenkbar, dass jemand Holz hacken könne, der bei der leisesten Berührung seines Rückens laut aufschreien müsse vor Schmerz.“ Wenn mit diesen Aufstellungen etwas erwiesen ist, so ist das die Unkenntniss von Thatsachen, die jedem Neurologen geläufig sind. Wie noch jüngst von dem bekannten Leipziger Neurologen Moebius bemerkt worden ist, wird nicht selten starker Druck etc. an Stellen gut ertragen, die bei leiser Berührung und selbst spontan schmerzen. Aber selbst bei Muskel- und Gelenkschmerzen (es weiss das jeder Rheumatiker) lernt man bald, gewisse Bewegungen, die den täglichen Bedürfnissen entsprechen, in gewünschter Weise beschäftigen oder zerstreuen etc. ohne erhebliche Beschwerde ausführen. Zur Erklärung des inkriminirten Holzhauens bedürfen wir daher der Versicherung St.'s nicht, „dass das Holz nur fingerdick und der Hauklotz so hoch gewesen sei, dass er sich nicht tief zu bücken gebraucht habe.“ Viel verwunderlicher erscheint es mir, dass die einfache Mittheilung St.'s den festen Glauben an seine Simulation nicht einigermassen erschüttert hat; ein wirklicher Simulant der Erwerbsunfähigkeit hätte schwerlich in dieser Weise von seinen häuslichen Arbeiten gesprochen. Dass die kräftigen Handhabungen, um eine andre naheliegende Bezeichnung zu vermeiden, in den erwähnten Versuchen der Gradehaltung etc. von einigem Erfolg gewesen sind, ist so gut

wie selbstverständlich. Deshalb Simulation zu vermuthen, ist mehr als kühn. Es ist hier in der That schwer, nicht Eulenspiegel's zu gedenken, der seine gelähmten Kranken zum hartigen Davonlaufen brachte. Aber einem Arzte darf es nicht unbekannt sein, dass wirklich Gelähmte, unter gewissen Bedingungen, mit den gelähmten Gliedmassen die gewünschten Bewegungen (Handgeben etc.) auszuführen vermögen. Schliesslich kann ich die Bemerkung nicht unterdrücken, dass der zuversichtlich aufgestellten Behauptung der Simulation doch die volle Zuversicht gefehlt zu haben scheint. Wie wäre es sonst zu erklären, dass überhaupt eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit (einmal zu 30, das andere Mal zu 15 pCt.) zugestanden wird (Bl. 78—89).

S. ist dann noch einmal von Dr. W. untersucht worden. Wenn er auch der Ansicht ist, dass eine geringe Skoliose und Kyphose jedenfalls (?) schon vor dem Unfalle bestanden habe, so kann er doch die mehrere Jahre bestehenden, sich an einen schweren Unfall anschliessenden Beschwerden St.'s nicht für simulirt halten. Durchaus im Sinne der von mir soeben gemachten Bemerkungen über die Schmerzäusserungen derartiger Kranken führt er noch an, dass die Anwendung des elektrischen Pinsels mehrere Wochen nicht schmerzhaft empfunden worden sei; er glaube aber nicht, dass jemand, dessen Sensibilität nicht gestört sei, diesen Versuch ohne Reaction von Seiten der Nerven aushalten könne. Ausserdem hätte es S., wenn er simuliren wollte, näher gelegen, die Schmerzen zu übertreiben. Alle Erkundigungen, die er bei Leuten, die S. öfters hätten beobachtet, gemacht habe, hätten ihn in seiner Auffassung, dass S. nicht simulire, nur bestärken können (Bl. 90). In einer weiteren Nachricht vom 8. Mai 1892 bestätigt Dr. W., dass der seit circa 2½ Jahren von ihm beobachtete und behandelte Zustand noch bestehe (Schiedsgerichtsacten Bl. 3). Gleiches ist auch aus einem Attest des Ziegelmeisters W. zu M. zu ersehen (Schiedsger.-Act. Bl. 16) vom 16. November 1892. S. hat bei ihm im Laufe des Sommers das Füttern der Pferde besorgt, auch mitunter gefahren; die Wagen mussten aber von anderen Arbeitern be- und entladen werden; er hatte nur die Pferde zu lenken. Zu anderer leichter Arbeit konnte er nicht gebraucht werden, weil er sehr schwer von Begriff und in seinem Alter schlecht mehr was zu lernen sei.

Die vielfach abweichenden und in wesentlichen Beziehungen unvollständigen Beobachtungen S.'s machten eine erneute und längere Zeit fortgesetzte Beobachtung unerlässlich. S. ist zu diesem Zwecke in die von mir geleitete Anstalt am 4. Mai d. J. aufgenommen worden, am 3. Juni hat er sie nach Abschluss der Untersuchung wieder verlassen.

Das Bestehen einer Simulation war von einem früheren Beobachter mit solcher Bestimmtheit ausgesprochen, dass es zunächst darauf ankommen musste, das gesammte Verhalten S.'s in einer für den Beobachteten wie für die Beobachter möglichst unbefangenen Weise kennen zu lernen. Er ist daher in den beiden ersten Wochen seines Aufenthalts in der Anstalt, abgesehen von gelegentlichen Fragen nach seinem Befinden, um den Schein jeder Absichtlichkeit zu entfernen, mit Untersuchungen nicht weiter behelligt worden. Dabei ist er aber von den Aerzten und dem Wartepersonale der klinischen

Abtheilung, auf der er untergebracht war und die für derartige Beobachtungen besonders eingerichtet ist, nicht aus den Augen gelassen worden. Er hielt sich auf meinen Rath, sehr viel im Park der Anstalt auf; ich habe ihn dort täglich gesehen. Meist sass er, vornübergebeugt auf seinem Stock gestützt, mit stumpfem, zerstreutem und zugleich traurigem Gesichtsausdruck auf einer der Bänke, kaum der Vorübergehenden achtend. Ging er, so stützte er sich, vornüber und etwas nach links gebeugt, stark auf seinen Stock. Den Stock hielt er mit der rechten Hand, während er die linke geballte Hand auf die hervorspringende Stelle seiner Wirbelsäule presste; dabei schleppte er deutlich das rechte Bein nach, etwa so, wie man das bei gebesserten Hemiplegikern (einseitig gelähmten) sehen kann; er ist von Vorübergehenden, die seinen Zustand nicht kannten, auch für einen Kranken, der einen Schlagfluss überstanden habe, genommen worden. Das, was um ihn vorging, vermochte seine Aufmerksamkeit und Theilnahme nicht zu erregen, so fremdartig ihm seine neue Umgebung auch vorkommen musste. Er erschien stets in sich versunken, stumpf und interessenlos. Zuweilen schien er in einem Buche, das ihm aus der Bibliothek der Anstalt gegeben war und leichte Erzählungen enthielt, zu lesen, aber stets nur kurze Zeit; er könne es nicht lange aushalten. Ueber seine Leiden spricht er nur, wenn er gefragt und soweit er gefragt wird; man muss Alles aus ihm gleichsam herausholen.

Es war mir bereits bei den ersten kurzen Unterredungen aufgefallen, dass er auf meine natürlich einfachen Fragen stets einige Zeit, als ob ihm das Besinnen schwer werde, vergehen liess, bis er, auch stets langsam und etwas schwerfällig antwortete. Ich glaubte zunächst, er sei schwerhörig. Das verneinte er aber, auch erwies sich seine Hörfähigkeit bei unserer Prüfung als normal. S. gab auf Befragen, ob ihm denn das Verstehen und Antworten so schwer werde, ob er etwa ängstlich und deshalb zurückhaltend sei (man durfte das seines melancholischen Verhaltens wegen wohl vermuthen), an, er sei wohl stets bekümmert wegen seines leidenden Zustandes, aber das sei nicht der Grund. Es sei ihm selbst aufgefallen, dass es seit dem Unfalle mit seinem Verstande schwächer geworden sei; es werde ihm schwer, seine Gedanken „zusammen zu bringen“, auch vergesse er leichter wie früher. Eine nähere Prüfung erwies die intellektuelle Thätigkeit zweifellos als geschwächt. St. zeigte grosse Gedächtnisslücken, das eben Gelesene hatte er nur sehr unvollständig oder überhaupt nicht verstanden, was er auch durch confuses Vorlesen, unrichtiges Aussprechen des Gelesenen zeigte. Im Rechnen war er überhaupt schwach, selbst das Einmaleins konnte er nur mit Mühe und nur in den unteren Beispielen, etwas bis 7 mal 7, herausbringen, 7 mal 8 war ihm 52, 8 mal 9 71 etc. St. berichtete, dass er einen guten Schulunterricht gehabt habe und konnte die Prüfung seiner Intelligenz das nur bestätigen; seine Mittheilungen verriethen dann öfter gute Kenntnisse dessen, was der elementare Schulunterricht bringt.

Die bisherigen Beobachtungen hatten einem Verdachte auf Simulation oder Uebertreibung keinerlei Anhalt geboten. Indess zog ich es vor einer weiteren eingehenden Untersuchung vor, seinen Gesichtssinn, über den er

übrigens niemals geklagt hatte, prüfen zu lassen, hauptsächlich deshalb, weil sich hier eine etwaige Neigung zur Simulation oder Uebertreibung mit fast absoluter Gewissheit nachweisen lässt. Die Untersuchung der Augen, die mein College der Director der Universitäts-Augenklinik Professor Schmidt-Rimpler mit gewohnter Freundlichkeit übernahm, hat meine Beobachtung, dass St. nicht simulire oder übertreibe, in vollem Masse bestätigt. Abweichungen, wie Einengungen des Gesichtsfeldes, Ermüdungserscheinungen, die häufiger bei allgemeinen Erkrankungen des Nervensystems (Neurosen) vorkommen, sind nicht vorhanden; St. ist nur schwach kurzsichtig, die Sehschärfe ist normal. Bemerkenswerth ist vielleicht noch die Ungleichheit der Pupillen, die linke ist etwas weiter, als die rechte; doch ist der Grössenunterschied nicht immer gleich gross.

St. klagt über stete heftige Schmerzen im Rücken und Hinterkopf. Er habe das Gefühl, als ob im Rückenmark, in der Gegend der Knickung herumgestochert werde — das zöge dann nach unten in das rechte Bein und nach oben in den Hinterkopf; in der ganzen rechten Seite habe er ein Gefühl von Taubheit. Er fühle sich schwach und hinfällig und sei stets traurig im Gemüth. Sein Schlaf sei schlecht, manche Nächte bringe er völlig ohne Schlaf hin. Dabei ist zu bemerken, dass die mit seiner Beobachtung beauftragte Nachtwache ihn wiederholt schlafend angetroffen hat. Es wäre jedoch verkehrt, ihn deshalb der Uebertreibung zu bezichtigen; melancholische und sonst nervenkranken Menschen klagen in der Regel über mangelnden oder schlechten Schlaf, wenn dies auch wenigstens nicht in dem angegebenen Masse, der Fall ist. Wahrscheinlich liegt das hier fehlende, dem normalen Schlafe folgende Gefühl der Erfrischung dieser Täuschung zu Grunde.

Die Untersuchung der Sensibilität führte zu keinen nennenswerthen Ergebnissen. Stiche werden von Berührungen genau unterschieden. Wärme und Kälte, Feuchtigkeit, Druckunterschiede werden gut erkannt. Um so auffallender ist es, dass das Auffinden berührter Stellen (Localisiren) mangelhaft geschieht, auch die Stellung der Glieder nicht genau genug empfunden zu werden scheint. Diese Mängel verschwinden oder werden doch erheblich vermindert, sobald man die Aufmerksamkeit St.'s durch Anrufen u. dgl. m. anregt. Es handelt sich hier offenbar um verminderte Aufmerksamkeitsfähigkeit, wie das häufig bei schwachsinnigen Personen beobachtet wird. Die früher demonstrirte intellectuelle Schwäche wird also auch durch diese Versuche bestätigt. Die faradische und galvanische elektrische Prüfung der Nerven und Muskeln ergibt keine bemerkenswerthe Abweichungen vom Normalen; auch reagieren die rechte und linke Körperhälfte gleich gut.

Haltung und Gang St.'s sind bereits geschildert. Die grobe Kraft der rechten Extremitäten ist stark vermindert; auch erscheinen sie auf den ersten Blick an Dicke eingebüsst zu haben. Der Umfang des Oberarms beträgt rechts 27, links 28, des Unterarms rechts 26, links 27,5, des Oberschenkels rechts 46,5, links 48,5, des Unterschenkels (an der Wade gemessen) rechts 31,5, links 34,5 Ctm. Der Umfang der rechtsseitigen Extremitäten (St. ist rechts-händig) beträgt aber, nach hier vorgenommenen Messungen, normal 1,5 bis

reichlich 2 Ctm. mehr als links; die Reduction der rechtsseitigen Extremitäten ist daher eine recht erhebliche, am Oberarm auf ca. 2,5 am Unterarm auf ca. 3, am Oberschenkel auf ca. 4, am Unterschenkel auf ca. 5 Ctm. zu schätzen. Die Reduction ist stärker am Bein, als am Arm; namentlich ist sie am Unterschenkel auffällig. Das ganze Verhältniss rechtfertigt die Vermuthung einer Schädigung des Rückenmarks in seiner rechten Hälfte.

Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer, als der linke, die rechte Nasolabialfalte ist flacher als die linke. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert aber etwas. Das Zäpfchen weicht ein wenig nach links ab. Runzeln der Stirn ist beiderseits gleich. Die gespreizten Finger zittern.

Die Wirbelsäule zeigt etwa in der Höhe des unteren Schulterblattwinkels eine mässige Knickung (Kyphose), doch stehen die Dornfortsätze, von der Verbiegung abgesehen in Reihe; eine merkliche seitliche Verbiegung (Skoliose) ist nicht vorhanden. Die Versicherung St.'s, dass die Knickung der Wirbelsäule sich erst mit dem Unfalle gezeigt habe, erhielt dadurch eine nicht geringe Stütze. Er war zur Zeit des Unfalls erst 40 Jahre alt, eine erhebliche Verkürzung der Wirbelsäule wie sie bei einem vorgerückteren Alter unter dem Einfluss einseitiger und gebeugter Haltung wohl eintritt, konnte sich kaum ausgebildet haben. Vor Allem aber ist hervorzuheben, dass St. das Mörtelgefäss wie wohl alle Handlanger auf der linken Schulter trug und so viel mehr eine seitliche Verbiegung (sog. habituelle Skoliose) als eine Knickung begünstigte. Bemerkt sei noch, dass nirgend in den Acten erwähnt wird, dass die Knickung der Wirbelsäule und der von ihr abhängigen, immerhin hinreichend auffälligen, vornüber gebeugten Haltung St.'s vor dem Unfalle beobachtet sei. Auf Druck wie Rütteln der Wirbelsäule vom oberen Brusttheil bis ins Kreuz hinab erfolgen sofort Schmerzäusserungen.

Bei einigermaßen complicirten Bewegungen, Aufstehen vom Stuhle, Wendungen etc. zeigt sich eine grosse Unbeholfenheit und Unsicherheit; St. greift dabei um sich, als suche er nach einer Stütze. Die Patellarreflexe sind sehr ungleich auf beiden Seiten. Links ist er von mindestens normaler Lebhaftigkeit, rechts scheint er ganz zu fehlen oder ist kaum merklich. Das Beklopfen der Muskeln löst mehrere lebhafte Contractionen, in denselben Bündeln oft 2—3, aus. Den Contractionen schliesst sich eine auffällig starke, einige Zeit bestehende Wulstung an der beklopfen Stelle an. Bei etwas längerer Entblössung zeigten sich Undulationen (wellenförmige Contractionen) im Rücken, an den Vorderarmen zitternde Zuckungen.

Der Puls war besonders auffallend durch seine rasch wechselnde Frequenz, oft bis zu 20 Pulsschlägen in der Minute. Nur zweimal habe ich ihn von normaler Frequenz (68—72) gefunden, meist kamen 100—120 Pulse auf die Minute. Der Puls war stets klein. In den letzten Wochen war der Appetit schlecht.

Die Beschwerden St.'s hauptsächlich durch eine traumatische Neurose, also durch eine sog. functionelle Nervenkrankheit zu erklären, erschien mir nicht zulässig. Es fehlten vor Allem die charakteristischen Störungen der Anästhesie und Analgesie, Sehschränkung etc. Um so mehr musste ich an

der Ansicht festhalten, dass es sich hier wesentlich um greifbare Verletzungen und zwar in erster Linie der Wirbelsäule handle. Der Director der chirurgischen Universitätsklinik, Herr Prof. König, ist daher von mir gebeten worden, St. gleichfalls zu untersuchen. Obwohl er nach der einmaligen Untersuchung ein ganz sicheres Urtheil zu fällen, nicht im Stande zu sein glaubte, erschien es ihm doch als das Wahrscheinlichste, dass es sich um eine Wirbelfractur in der Gegend der schmerzhaften Knickung handle, auf die auch ein Theil der Erscheinungen bezogen werden müsse.

Bei einer Zusammenfassung des Wesentlichen im Verlauf der Krankheit des St. und der hier stattgehabten Untersuchung lässt sich folgendes Ergebniss als hinreichend gesichert hinstellen. Nach einem schweren Fall, aller Wahrscheinlichkeit nach auf Rücken und Hinterkopf, zeigte sich zunächst eine fast vollständige, mehrere Monate anhaltende Lähmung der oberen wie unteren Gliedmassen. Nach langsam eintretender Besserung ist eine, wenn auch nicht vollständige Lähmung (Parese) des rechten Arms und noch mehr des rechten Beins zurück geblieben. Beide, am meisten wieder das Bein und der Unterschenkel, zeigen eine nicht unerhebliche Muskelatrophie. Es ist eine höchst schmerzhaft verbiegung der Wirbelsäule vorhanden. Die Diagnose ist daher, mindestens mit höchster Wahrscheinlichkeit auf eine durch den Unfall verursachte Rückenmarksverletzung zu stellen.

Die intellectuelle Schwäche, der stete heftige Kopfschmerz, die unvollkommene Facialislähmung müssen auch eine Schädigung des Gehirns durch den Unfall (vielleicht nach Fractur der Schädelbasis) voraussetzen lassen.

Dass der gelähmte Zustand der rechten Gliedmassen schwereres Arbeiten nicht gestattet, bedarf keiner Auseinandersetzung. Dazu kommt, dass, wie bereits der Ziegelmeister W. richtig beobachtet hat, die Verwendbarkeit St.'s zu leichteren Arbeiten durch seine intellectuelle Schwäche erheblich beeinträchtigt ist. Die Verminderung der Erwerbsfähigkeit ist daher als eine sehr grosse zu erachten; ich kann sie zur Zeit, wie für den 1. Juni 1892 nicht unter 80 Procent schätzen.

III.

Das Kaiserliche Reichs-Versicherungsamt hat mich (Schreiben vom 31. März 1892) aufgefordert, „den p. B. eingehend daraufhin zu beobachten, ob und eventuell in wie weit er die von ihm geäusserten Beschwerden etwa simulire und [nach Abschluss der Beobachtungen sich in einem eingehenden Gutachten darüber auszusprechen, ob der Kläger mit einem Nervenleiden in Folge des erlittenen Unfalls (17. September 1889) noch jetzt behaftet ist und in wie weit eventuell dadurch seine Erwerbsfähigkeit noch jetzt beeinträchtigt wird“.

Die Verbüssung einer Gefängnisstrafe von 3 Monaten (vom 26. März d. J. ab) hat die Aufnahme des p. B. in die von mir geleitete Anstalt erheblich verzögert. Er ist am 13. Juli aufgenommen und am 15. August entlassen worden.

B. kam in Begleitung seiner Frau, von ihr unterstützt und an zwei Krücken anscheinend mühsam humpelnd, und über die Strapazen der weiten Reise stöhnend von dem etwa 20 Minuten von der Anstalt entfernten Bahnhof an. Er erhält seine Wohnung in der klinischen Abtheilung der Anstalt, die für alle neu aufgenommene Kranke bestimmt, mit Einrichtungen zu einer genaueren Beobachtung, auch des Nachts, versehen ist, auch ein intelligenteres, entsprechend geschultes Wartepersonal besitzt. B. wurde sogleich mitgetheilt, dass er sich nach Belieben in den von etwa 25 Kranken bewohnten Räumen seiner Abtheilung bewegen dürfe — wolle er sich im Freien aufhalten, was ihm seines Zustandes wegen nur gerathen werden könne, so werde der Wärter ihm die Thüre öffnen. Während der ganzen Zeit seines Aufenthaltes hat B. unter so gut wie steter Beobachtung gestanden. Dabei ist, nach der in allen Fällen eines etwaigen Verdachtes auf Simulation eingehaltenen Vorschrift, Alles vermieden worden, was die Aufmerksamkeit des Beobachteten hätte erregen oder gar Misstrauen hätte hervorrufen können. Ich habe es mir besonders angelegen sein lassen, B. auf seinen Spaziergängen und seinem, bei guter Witterung sehr ausgedehnten Aufenthalt auf einer vor einem Birkenhäuschen des Parkes befindlichen Bank anzureden. Es kam dabei oft zu längeren Gesprächen, was durch die grosse Gesprächigkeit B.'s sehr erleichtert wurde. Ich gelangte sehr bald zu einem guten, fast kordialen Verhältnisse zu ihm. Er war offenbar vergnügt, dass man ihm nicht misstrauete, vielmehr aufrichtiges Mitleid schenke. Er liess sich völlig gehen, es war leicht zu sehen, wess Geistes Kind er war, aber man musste zugleich den überzeugenden Eindruck gewinnen, dass von einer systematischen Simulation nicht die Rede sein könne.

B. legte sich nach seiner Ankunft gleich zu Bette und blieb auch den folgenden Tag, angeblich wegen zu grosser Erschöpfung durch die Reise, in ihm. Er wurde absichtlich sich selbst überlassen und nicht weiter untersucht. Am 15., dem nächsten Tage, deckte er bei meinem und der mich begleitenden Aerzte Eintreten, ohne dazu aufgefordert zu sein, das Bett auf, zeigte sein linkes Bein und suchte es mit den Händen zu bewegen, ohne Zweifel, um zu zeigen, dass er es nicht willkürlich bewegen könne. Am Nachmittag stand er von selbst auf und ging längere Zeit an seinen Krücken in der Abtheilung umher. Er bewegte sich je länger, desto leichter an seinen Krücken. Bereits am folgenden Tage (am 16. Juli) ging er Vormittags wie Nachmittags in den Parkanlagen der Anstalt umher, anscheinend ohne sonderliche Beschwerde — auch klagte er nicht über Ermüdung. Am 19. machte er auf meinen Wunsch den später öfter wiederholten Versuch, ohne Krücken zu stehen und nur mit dem linken Arm sich am Bettrande haltend zu gehen. Er unterzog sich dem Versuche willig und vollbrachte ihn mit ziemlicher, wie es schien zunehmender Leichtigkeit, doch schonte er auffallend das linke Bein und stützte sich hauptsächlich auf das rechte. Ich hatte ihm gerathen, die Steh- und Gehversuche ohne Krücken öfter auch allein täglich zu wiederholen, um die noch vorhandene Kraft des gelähmten Beines nach Möglichkeit zu erhalten und habe auch einige Male gesehen, ehe er meine Annäherung gewahr

wurde, dass er, sich auf die Lehne der Gartenbank mit dem linken Arm stützend, an ihr hin und her ging. Ataktische Bewegungen habe ich bei diesen Versuchen nicht beobachtet.

B., der bei seiner Aufnahme blass und etwas heruntergekommen aussah, gewann rasch in Ernährung und Aussehen. Er machte bereits nach 2 bis 3 Wochen den Eindruck eines gut genährten Individuums von frischem Aussehen und heiterer Gemüthsart. Nur zuweilen brach er, mehr den Wärtern, als den Aerzten gegenüber, in Klagen aus: „wenn ich nur erst todt wäre etc.“

Die Untersuchung der inneren Organe (Bauch und Brust) ergab keine erheblicheren Abweichungen. Ueber den Lungen bestand überall lauter Schall und vesiculäres Athmen. Die Resistenz des Herzens begann links etwas innerhalb der Mammillarlinie, rechts 2,5 cm vom rechten Sternalrande. Der erste Ton erschien an der Spitze nicht ganz rein. Der zweite Ton über der Arteria pulmonalis war nicht verstärkt. Der Urin zeigte sich frei von Eiweiss und Zucker. In den Unterleibsorganen liess sich keine Abweichung constataren.

Mein College, der Geheime Medicinalrath Professor Schmidt-Rimpler, hatte die Freundlichkeit, die Augen B.'s zu untersuchen und mir folgende Mittheilung darüber zu machen: „B. hat bei geringer Kurzsichtigkeit eine Sehschärfe von über einer halben der normalen. Das Gesichtsfeld ist frei, nicht eingeeengt. Kein Verschiebungstypus. Die Herabsetzung der Sehschärfe erklärt sich aus den Hornhautflecken. Dabei Strabismus divergens concomitans, nicht auf Paralyse beruhend. Persönlich erhielt ich auf meine Fragen noch die Mittheilung, dass B. in keiner Weise zu simuliren versucht habe. Ein Zusammenhang zwischen den Hornhautflecken und dem Schielen bestehe nicht. Erstere seien sehr alt, wahrscheinlich älter als der Unfall (17. September 1889). Doch sei immerhin die Möglichkeit zuzugeben, dass dem B., der nach seiner Angabe besinnungslos vorn über auf den Boden gefallen sei, Kalkstaub in die Augen gedrungen sei, der dann zu Erosionen der Hornhaut und den erwähnten Flecken Veranlassung gegeben habe. Es komme das nicht eben selten bei Maurern und anderen mit der Zubereitung des Maurerkalkes beschäftigten Arbeitern vor. Da B. bei seiner Behauptung blieb, er schiele erst seit dem Unfalle, hielt ich es für geboten, weitere Erkundigungen einzuziehen. Es ergiebt sich nun aus dem bei den Strafprocessacten des Landgerichts Düsseldorf befindlichen Signalement vom Jahre 1885, dass das Schielen schon damals, also vier Jahre vor dem Unfalle bestanden habe. Es muss indess hervorgehoben werden, dass B. über seine Augen nie Klagen vorgebracht, im Gegentheil bei ihrer Untersuchung sowie auf Fragen stets geäussert hat, dass seine Augen ihn nicht störten und er froh sein wollte, wenn er nur über die zu klagen habe — dass er zeitweilig doppelt sehe. genire ihn wenig und würde ihm auch bei der Arbeit nicht hinderlich seint

B. ist ohne Zweifel ein Schnapssäufer. Sehr bald nach dem Antritt seiner letzten Gefängnisstrafe brach, wahrscheinlich in Folge der ihm plötzlich auferlegten völligen Abstinenz vom Brauntwein, Delirium tremens aus.

(Mittheilung des Anstaltsarztes in dem Bericht des Anstaltsdirectors.) B. befand sich hier im Besitze einer grossen Flasche, die er geschickt in einer entsprechenden Seitentasche seines Rockes zu verbergen wusste. Es ist wiederholt gesehen worden, dass er aus ihr trank und roch er häufig nach Schnaps. Am Abend des 13. August kam er völlig betrunken von einem Spaziergange in die Anstalt zurück. Eine Aenderung in seinem Gehen und sonstigen körperlichen Verhalten ist dabei, von der Rauschwirkung abgesehen, nicht beobachtet worden. Das Geld zu dem Schnaps hat er ohne Zweifel erbettelt. Er hat sich nicht gescheut, selbst den Anstaltsgeistlichen und einen jüngeren Assistenzarzt anzubetteln. Symptome des chronischen Alkoholismus haben übrigens nicht festgestellt werden können.

B. klagte, wie bereits bemerkt worden ist, den Aerzten nur selten. Auf meine Aufforderung erging er sich allerdings wiederholt in eine sehr drastische Darstellung seiner Leiden von Anbeginn an und zwar um so mehr, je weiter er gelangte. Man erhielt den Eindruck, dass er bei längerem Sprechen stets heftiger würde und übertreibe. „Er sei in den Keller des Neubaus, bei dem er als Maurer beschäftigt gewesen, hinabgegangen. Dort sei ein schweres Eisen, ein sog. T-Eisen auf ihn gefallen. In den Rücken getroffen, sei er besinnungslos vornüber gefallen, später dann von anderen Arbeitern heraufgebracht worden. Er sei auf einen Haufen Ziegelsteine gefallen und habe sich an Brust und Kopf verletzt. Die Verletzungen seien indess leicht gewesen, so dass er sehr bald nach dem Unfalle zu seiner Arbeit zurückgekehrt wäre und eine Reihe von Tagen hätte arbeiten können. Aber es hätten sich mehr und mehr andere Beschwerden eingestellt, die ihm das Arbeiten unmöglich gemacht hätten. Trotz der vielfachen und kräftigen Behandlung (man habe ihn elektrisirt und kalt geduscht, bis er die Besinnung verloren habe) sei niemals eine länger dauernde Besserung eingetreten, sein Leiden bestehe heute noch unverändert fort. Sein linkes Bein sei so schwach, dass er ohne Stütze weder stehen noch gehen könne. Versuche er, mit Anlehnen zu stehen, so stelle sich sehr bald Zittern ein und er würde hinfallen, wenn er sich nicht setze oder mit den Händen festhalte. Auch der linke Arm sei steif und könne er ihn nicht so gut bewegen wie den rechten. Schmerzen habe er fast immer, einmal stärker, das andere Mal schwächer. Am meisten und unerträglichsten schmerze der Rücken — dahin habe ihn ja das Eisen geschlagen — aber auch am Bauch und der linken Hüfte fühle er oft Schmerzen, namentlich bei Druck. Die Schmerzen störten ihn auch im Schlafe, so dass er oft aufwache und immer nur kurze Zeit schlafe.“ Es sei hier gleich bemerkt, dass die Nachtwache ihn wiederholt im ruhigen, festen Schlafe angetroffen hat. Eine so erhebliche Schlafstörung, wie B. sie angiebt, besteht jedenfalls nicht.

Am linken Bein sieht man unterhalb des Kniegelenkes zwei oberflächliche pigmentirte Narben, ausserdem über den ganzen Unterschenkel vertheilt mehrfache weisse, ganz flache Narben. Aehnliche Hautnarben finden sich am Oberschenkel und Oberarm der gleichen Seite. Sie sollen angeblich auch von dem Unfalle herrühren.

Bei Druck auf verschiedene Stellen des Körpers erklärte B., es thäte ihm

Alles weh. Besonders lebhaften Schmerz äusserte er bei Druck auf die linke Hüfte, die Unterbauchgegend, den unteren Theil der Wirbelsäule (Lumbar- und Sacralgegend). Er krümmte sich förmlich vor Schmerz, wenn man die Dornfortsätze der genannten Wirbel stärker drückte.

Berührte man B., während die Augen von einem Assistenten geschlossen gehalten wurden, mit der Fingerkuppe, so fand er die berührte Stelle auf beiden Seiten gleich gut. Dagegen kann er auf der ganzen linken Körperhälfte (vom Kopfe ab) Nadelknopf und Nadelspitze nicht unterscheiden. Er hält selbst bei tieferen Stichen die Spitze für den Knopf. Nur bei einzelnen sehr tief eindringenden Stichen meinte er, „das sei wohl die Spitze“. Die Schleimhaut der Nase und des Mundes verhielt sich ebenso. Auf der rechten Körperhälfte unterscheidet er Knopf und Spitze schon bei gewöhnlichen Berührungen.

Wurden ihm Wassertropfen (stubenwarm) auf die linke Seite geträufelt (selbstverständlich bei geschlossenen Augen), so vermeinte er mit dem Finger berührt zu werden. Rechts gab er sofort an, dass man ihn mit einer Feuchtigkeit benetze. Die Empfindung für mittlere Temperaturgrade erschien auf der linken Seite, gegenüber der rechten, abgeschwächt. Der Drucksinn erschien nur am linken Arm etwas herabgesetzt. Das Ergebniss der Untersuchung erschien als unsicher, da B. die Druckversuche mit Schmerzáusserungen begleitete, namentlich bei Druck auf das linke Bein. Veränderungen der Stellung an den rechten Extremitäten werden von den linken Extremitäten mit hinreichender Genauigkeit wiederholt.

Die grobe Kraft der Extremitäten erwies sich auf beiden Seiten als gering. Der Händedruck war links jedoch bedeutend schwächer, als rechts. Ebenso drückte das rechte Bein die Hand des Untersuchenden bedeutend stärker herunter als das linke. Die linken Extremitäten erschienen etwas schlaffer als die rechten. Unterschiede im Umfange, dem Aussehen, die auf ein Zurückbleiben der Ernährung (Atrophie) der linksseitigen Extremitäten hätten schliessen lassen, waren nicht nachzuweisen.

Das elektrische Verhalten der Muskeln und Nerven, dem faradischen wie galvanischen Strom gegenüber, zeigte keine merkbaren Abweichungen und Ungleichheiten, sowohl rechts wie links. Etwas stärkere faradische Ströme, die auf der rechten Seite in völlig normaler Weise als recht schmerzhaft empfunden werden, riefen links keine Schmerzensäusserung hervor. Setzte man die Elektroden auf die linke Seite des Rückens, so fuhr er das eine Mal, wie vom Schmerz ergriffen, zusammen, während er das andre Mal sagte: „fahren Sie auf der Seite nur tüchtig umher!“

Während der elektrischen Untersuchung ging zeitweise eine zuckungsartige Unruhe durch die linke Seite, als ob er fröre. Gefragt, verneinte er es. Er meinte, das Zucken käme vom Klopfen im Rückenmark. Auf die Aufforderung, den Ort des Klopfens genauer zu bezeichnen, deutete er auf das Kreuzbein und sagte: „man müsse das Klopfen auch fühlen können. Auf die Stelle sei die Eisenschiene gefallen“.

Der Mund war ein wenig nach links verzogen. Im Uebrigen waren Stö-

rungen der Motilität im Gebiete des Facialis weder im Stirn- noch Wangen- theil nachzuweisen. B. vermochte die Stirnhaut in wage- und senkrechte Falten zu legen, konnte pfeifen, lachen, die Zähne zeigen, ohne dass ein Unterschied in beiden Gesichtshälften bemerkt wurde. Die Zunge kam gerade heraus und zitterte nicht. Das Gaumensegel hob sich beiderseits gleich gut beim Phoniren.

B. bewegte die rechten Extremitäten auf Verlangen in ausgiebiger und in völlig normaler Weise. Dagegen wurden die activen Bewegungen am linken Beine und Arme unbeholfen, langsam und beschränkt ausgeführt. Die Bewegungsstörungen traten indess, wenn nicht ausschliesslich, so doch hauptsächlich, bei Bewegungen im Hüft- und Schultergelenk hervor. Die Bewegungen des Unterarms und Unterschenkels geschahen wesentlich freier. An Händen und Füssen konnte nichts Abweichendes beobachtet werden.

Die passive Beweglichkeit war in allen Gelenken, auch in denen der linken Körperhälfte völlig normal. Wiederholt wurde bemerkt und zwar mehr am linken Arme, als am linken Beine, dass einige Zeit fortgesetzte passive Bewegungen eine Besserung der activen Bewegungen zur Folge hatten.

Es wurde bereits bemerkt, dass B. sich beim aufrechten Stehen wie Gehen einer Krücke bedient. Beim Gehen schleppte er das linke Bein stets nach, Versuche, ohne Stütze zu stehen, riefen sehr bald Zittern im linken Beine hervor. Weitergehende Bewegungen (Steigen auf eine Fussbank etc.) konnte er überhaupt ohne Hülfe der Hände nicht ausführen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen trat ein erhebliches Schwanken nicht ein.

Die von mir gemachten mitgetheilten Beobachtungen und Untersuchungen gestatten zunächst die Frage des Reichsgesundheitsamtes, „ob und in wie weit B. simulire“, mit aller möglichen Bestimmtheit dahin zu beantworten, dass eine Simulation nicht vorausgesetzt werden kann. B. benahm sich durchaus unbefangen, bemühte sich niemals, Aerzten und Wärtern gegenüber leidender zu erscheinen, als wenn er sich unbeobachtet glaubte. Vielmehr konnte er unschwer von seiner Umgebung zu einem wohlgemuthen und selbst heiteren Verhalten veranlasst werden. Mit grosser Bereitwilligkeit ging er auf die Wünsche der Aerzte, seinen Beschwerden beim Gehen zu trotzen und sich möglichst viel Bewegung zu machen, ein. So hat er, ohne den geringsten Versuch eines Widerspruchs, den etwa 20 Minuten betragenden Weg zur Augenklinik hin und zurück gemacht. Obwohl Jedermann hier B. für eine Art Strolch hält, war doch der allgemeine Eindruck, und darauf ist doch einiges Gewicht zu legen, dass er nicht simulire.

Auf die Uebertreibungen, die B. namentlich bei den Darstellungen seiner Leiden zeigte, möchte ich kein besonderes Gewicht legen. Man sollte sich bei der Beurtheilung derartiger Persönlichkeiten doch erinnern, dass Uebertreibungen von Beschwerden und Leiden aller Art, namentlich unter weniger Gebildeten, sehr gewöhnlich sind; sie gleichen darin den Kindern.

Geradezu unmöglich erscheint die Simulation den Ergebnissen der Sensibilitäts- und Motilitätsprüfungen gegenüber. Dass B. bei der Untersuchung seiner Augen nicht zu täuschen versuchte, liesse sich vielleicht, wenn auch

sehr gezwungen, dadurch erklären, dass bei einem sozusagen mit allen Hunden gehetzten Menschen, nach so vielfältigen ärztlichen Untersuchungen, die Schwierigkeit der Täuschung gerade auf diesem Gebiete nicht entgangen sei. Die Methoden, die bei dem typischen Augenleiden nach Unfällen, der Gesichtsfeldeinschränkung, mit Sicherheit vor Täuschungen schützen (Schmidt-Rimpler) u. A., sind allerdings so neu, dass sie kaum zur Kenntniss B.'s hätten gelangen können. Aber seine Angaben, dass tiefe Nadelstiche auf der von ihm als schmerzhaft bezeichneten linken Körperhälfte ihm keinen Schmerz verursachten, während er bei den Druckversuchen über die heftigsten Schmerzen klagte, lässt sich mit dem Gedanken einer beabsichtigten Täuschung nicht vereinigen. Fast noch weniger begreiflich wäre es, wenn Bewegungsstörungen an Schulter- und Hüftgelenk simulirt, dabei Hände und Füße völlig frei bewegt würden.

Bei der Deutung der krankhaften Erscheinungen im Gebiete des Nervensystems bei B. bedarf es keiner Auseinandersetzung, dass localisirte centrale Schädigungen (im Gehirn und Rückenmarke) nicht nachzuweisen seien. Die halbseitige Lähmung wie Sensibilitätsstörung entsprechen dem gut gekannten und oft beschriebenen Bilde einer Neurose, das sich häufig, wenn auch bei Weitem nicht ausschliesslich, nach Unfällen einstellt, und von Oppenheim als traumatische Neurose bezeichnet ist. Bemerkenswerth, weil typisch für die Erkrankung, erscheint noch der Einfluss psychischer Momente. Das herabfallende Eisen hat nach der Ansicht B.'s, die linke Seite getroffen. Dort fühlt B. das eigenthümliche Klopfen, die Schmerzen; auf der gleichen Seite befinden sich die Empfindungs- und Bewegungsstörungen. Auch hier ist ein Wechsel der Erscheinungen unter psychischen Einflüssen bemerkt worden, das plötzliche Weichen einiger z. B. der Lähmung des linken Beines während eines im Gefängnisse vorgekommenen Anfalls von Delirium tremens. Derartige Vorkommnisse sind aber den nervösen (systematischen) Lähmungen eigenthümlich; allerdings sind sie unter gewissen Verhältnissen auch bei centralen Läsionen beobachtet. Ich selbst habe wiederholt schwere Lähmungen, vollständige Paraplegien der unteren Extremitäten etc. plötzlich weichen sehen, allerdings um ebenso plötzlich wiederzukehren. Es ist begreiflich, dass Laien in solchen Fällen an Täuschungen glauben, von einem Arzte musste man doch unter allen Umständen erwarten, dass er sich, um nicht Schärferes zu sagen, solcher vorschnellen Schlüsse enthalte. Einer weiter gehenden Besprechung der seit dem Unfälle abgegebenen Gutachten bedarf es an dieser Stelle nicht. Ich würde nur im Wesentlichen wiederholen können, was Prof. Oppenheim in seinem Gutachten ausgeführt hat. Die Mittheilungen aus den übrigen Gutachten lassen keinen Zweifel darüber, dass die Erkrankung seit dem Unfälle bestehe und durch ihn hervorgerufen sei.

Die Erwerbsfähigkeit B.'s ist durch die Lähmung des linken Beins beeinträchtigt — er kann sein altes Handwerk, das viel Bewegung und aufrechte Haltung erfordert, nicht mehr treiben. Dagegen kann er sitzend mit den Händen arbeiten, auch kleinere Wege machen. Eine noch nähere Feststellung der Erwerbsfähigkeit entzieht sich dem ärztlichen Urtheil.