

## XXII.

(Aus dem Allgemeinen Krankenhouse Hamburg-Eppendorf,  
Abtheilung Oberarzt Dr. Nonne und aus der Irrenanstalt  
Friedrichsberg.)

### Ueber atypisch verlaufende Psychosen nach Unfall.

Von

Dr. Hasche-Klündter  
Eppendorf-Friedrichsberg.

Während meiner Assistentenzeit im Allgemeinen Krankenhouse Hamburg - Eppendorf auf der Abtheilung des Herrn Dr. Nonne hatte ich Gelegenheit, zahlreiche Unfallkranke mit ihren nervösen Beschwerden, Neurosen und Psychosen kennen zu lernen. Mehrere von ihnen habe ich 3 Jahre später in der Irrenanstalt Friedrichsberg wieder getroffen und war so durch weitere Beobachtung im Stande, derartige Unfallpsychosen in ihrer allmählichen Entwicklung und in ihrem weiteren Verlaufe eingehend zu beobachten. Durch die Liebenswürdigkeit von Herrn Dr. Nonne, Professor Dr. Buchholz und Körtke wurde mir reichliches Material zur Verfügung gestellt und mir so Gelegenheit gegeben, mich eingehender mit nach Unfall entstehenden Geisteskrankheiten zu beschäftigen. Hierbei fiel es mir auf, dass gelegentlich nicht nur nach schweren, sondern auch nach leichteren Kopfverletzungen, ja sogar nach anderen körperlichen Verletzungen mehr oder weniger leichterer Art mannigfache Psychosen ausgelöst werden können, und dass diese Psychosen in vielen Fällen derartig atypisch verlaufen, dass es häufig schwer ist, derartige Unfallkranke mit ihren Beschwerden anfangs gerecht zu beurtheilen und richtig zu begutachten, die sich allmählich entwickelnde Geisteskrankheit schon im Beginn festzustellen, sowie den ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall nachzuweisen.

Das Atypische bei einzelnen Psychosen liegt in ihrer Entwicklung, indem im Anschluss an den Unfall eine Neurose entsteht, die

erst nach vielen Jahren plötzlich oder allmählich in eine Geisteskrankheit übergeht. Bei anderen liegt das Atypische in dem eigenartigen Verlauf: wir sehen bei derselben Psychose im Laufe der Jahre in den einzelnen Stadien mehrere, unter einander gänzlich verschiedene Krankheitsbilder auftreten, so dass nicht nur im Beginn der psychischen Erkrankung es unmöglich ist, eine richtige definitive Diagnose zu stellen, sondern dass es auch nach Jahre langer Beobachtung nicht gelingt, die Geisteskrankheit in ein Schema einzuordnen.

Ogleich die Literatur über Unfallpsychosen recht umfangreich ist, so ist doch auf derartig atypisch verlaufende Fälle bisher nicht genügend hingewiesen, wie denn überhaupt eingehende Mittheilungen über Unfallpsychosen, d. h. ausführliche Mittheilungen, die sich auf eine Reihe von Jahren erstrecken, noch recht spärlich sind. Durch die mir zur Verfügung gestellten Akten der Berufsgenossenschaften, die Krankengeschichten von Eppendorf und Friedrichsberg bin ich in die Lage versetzt, in dieser Hinsicht die bisherige Literatur zu ergänzen und einzelne derartig atypische Unfallspsychosen, die gutachtlich, in ihrem Beginn und ihrem weiteren Verlaufe, sowie schiedsgerichtlich principielles Interesse bieten, mitzutheilen.

Zunächst seien 8 Fälle von chronischen Psychosen, bei denen auch der Kampf um die Rente eine mehr oder weniger wesentliche Rolle spielte, ja sogar zum Theil als Hauptfactor der Entstehung des Leidens anzusehen ist, mitgetheilt.

In den ersten der drei vorliegenden Fälle entwickelte sich im Anschluss an den Unfall ein epileptisches Leiden, das nach Jahre langem Bestehen in eine Psychose überging.

### Fall I.

Der Arbeiter G. M. H., der nicht hereditär belastet, früher nie ernstlich krank gewesen ist, Lues, Alkoholismus negirt, fiel am 5. October 1886 von einem 7 m hohen Dach auf Bauschutt herab und zog sich hierbei eine Kopf-, Rücken- und Hüftverletzung mit einer Gehirnerschütterung zu. Ungefähr sechs Wochen nach dem Unfall trat plötzlich eine rechtsseitige Lähmung mit Aphasie auf, die ziemlich schnell zurückgegangen sein soll. Später stellten sich alle 8—14 Tage epileptische Anfälle ein.

Am 24. März 1887 constatirt Dr. E. in seinem Gutachten Folgendes: M., der über Schmerzen im Kopf, im Genick und Rücken, in der linken Hüfte sowie über Flimmern in den Augen, Schwindel und allgemeine Schwäche klagt, macht körperlich einen leidenden, schlaffen Eindruck, erscheint psychisch indolent und schwachsinnig. Langsame eintönige Sprache, starrer Blick, Pupillen r.  $>$  l. Das rechte Auge kann nicht völlig geschlossen werden. Rechte Gesichtshälfte schlaff. Der Mund nach rechts verzogen und schief. Beim Sprechen

Vibriren der Muskeln der linken Gesichtshälfte. Sehkraft des rechten Auges stark herabgesetzt. Gesichtsfeld desselben peripher nicht unerheblich eingeschränkt. Grösse des rechten Gesichtsfeldes: zur Grösse des linken Gesichtsfeldes = 1 : 8. Augenhintergrund normal. Gehör normal; r.=1. Keine Lähmungen, zieht beim Gehen das linke Bein nach.

Der Zustand des Kranken hat sich mit der Zeit gebessert, doch ist er in Folge seiner Kreuz- und Kopfschmerzen und der alle paar Wochen auftretenden epileptischen Anfälle, grösstenteils erwerbsunfähig geblieben. Ende 1902 blieben die Anfälle fort, doch soll M. seitdem geistig stumpfer geworden sein. Mitte Mai 1903, d. h. 16 Jahre nach der Verletzung, traten Verfolgungsideen, Gehörshallucinationen und dadurch bedingte Erregungszustände auf. M. glaubte sich von Nachbarn beschimpft, er hätte die Berufsgenossenschaft betrogen, er wäre verrückt, müsste in die Zwangsjacke gesteckt werden. Er lief in seiner Angst von Hause fort, doch hätten die Leute immer hinter ihm hergeschrien; seine Frau hätte seine Kinder umgebracht, wäre deshalb verhaftet worden. Er ist kreuz und quer in der Stadt herumgeirrt, bis er auf einer Wiese vor Ermattung niedergesunken ist und so aufgefunden wurde. Nach Hause gebracht, traten die Hallucinationen wieder auf; es wurde ihm gesagt, seine Frau wäre verführt, wäre geschlechtskrank, stände mit den Nachbarn, die ihm die Rente nicht gönnten, in Verbindung. Er bedrohte seine Ehegattin schliesslich mit Todtschlag und wurde am 4. Juni 1903 ins Allgemeine Krankenhaus Eppendorf eingeliefert.

Befund: Kräftiger muskulöser Mann, von anämischem Aussehen, verschlossener, verstörter Gesichtsausdruck, recht stumpfsinnig, schlaftrig, apathisch, gleichgültig, indifferent, ist zeitlich desorientirt, Schädel ist diffus klopfempfindlich.

Pupillen: r.=1., reagiren prompt auf L., C. und A. Augenhintergrund normal.

Belegte, trockene, nicht zitternde Zunge.

Innere Organe ausser rechtsseitigem Leistenbruch o. B.

Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Keine Steigerung der Sehnenreflexe, keine motorischen Störungen. Keine Sensibilitätsstörungen.

Psychisch war M. sehr stumpfsinnig, apathisch, hatte keine Neigung sich irgendwie zu beschäftigen, verhielt sich sonst im Ganzen ruhig. Er hat in Eppendorf keine Erregungszustände, nachweisbaren Hallucinationen und Wahnideen gehabt, wurde Ende Juni ungeheilt entlassen. Zu Hause hat er wiederum in Folge seiner Gehörstäuschungen Erregungszustände bekommen, hat Frau und Kinder misshandelt, so dass er Mitte Juli durch die Polizei abermals ins Allgemeine Krankenhaus Eppendorf eingeliefert wurde. Er bot im Wesentlichen dasselbe Bild wie bei seinem vorigen Aufenthalte und wurde am 20. Juli nach der Irrenanstalt Friedrichsberg verlegt.

Auch hier war er ebenfalls anfangs sehr apathisch, indifferent, motorisch stark akinetisch, affectlos, örtlich und zeitlich desorientirt, Merkfähigkeit war sehr gering, auch Gedächtniss für weiter Zurückliegendes sehr lückenhaft;

er war gehemmt, schwer besinnlich, geistesträge; äusserte mehrfach, man wolle ihn hier zum Arbeiten veranlassen, um ihm nachher seine Rente zu entziehen, war sehr unzufrieden, leicht reiz- und erregbar; später fing er allmählich an sich zu beschäftigen, wurde ein fleissiger Arbeiter, war psychisch viel freier, und schliesslich völlig geordnet, blieb allerdings einsichtslos. Hallucinationen, Wahnideen, epileptische Anfälle hat er hier nicht gehabt. Er wurde am 15. Januar 1904 als wesentlich gebessert entlassen.

Zu Hause ist es die erste Zeit gut gegangen, dann ist er wieder in Folge von Gehörshallucinationen leicht reizbar geworden, glaubte sich wiederum von den Nachbarn beschimpft, meinte, seine Frau hätte mit seinen Freunden ein Verhältniss, und hätte ihm, um ihn zum Verbrecher zu machen, heimlich Blei in die Wohnung getragen; er sah Telephon und Drähte an den Wänden, durch die ihm Schimpfworte zugerufen wurden; richtete an den Senat ein Schreiben, um sich über seine Verfolger zu beschweren, wurde gegen Frau und Kinder wiederum gewaltthätig und kam 8. Juni 1905 abermals nach Friedrichsberg.

Bei seiner zweiten Aufnahme bot er gegen früher ein wesentlich anderes Bild. Er war örtlich und zeitlich orientirt, zeigte gehobenes Selbstbewusstsein, war ziemlich euphorisch, übermässig höflich und zuvorkommend, weitschweifig, geschwätzig, zeigte Ideenflucht; er war etwas unklar, nicht recht fähig, scharf aufzufassen, faselig, und verlor bei der Unterhaltung häufiger den Faden, kam immer darauf zurück, dass seine Frau an allem Schuld sei, sie habe ihn in Geldangelegenheiten als auch ehelich hintergangen. Er wäre zu alt für seine Frau, könnte sie nicht mehr befriedigen, sie müsste etwas Jüngeres haben. Er dissimulierte, bestritt, jemals Wahnideen gehabt und Stimmen gehört zu haben, doch ergab sich bei eingehender Exploration, dass er an seinen alten Wahnideen festhielt. („Sie seien alle hinter ihm her gewesen, so dass er sich nirgends hin hätte retten können, man habe ihn zum Bleidieb machen wollen, auf der Strasse sei hinter ihm hertelephonirt worden, aus den Wirthschaften seien die Leute herausgelaufen und hätten hinter ihm her gepöbelt. Hinter allem stecke seine Frau“.) Während seines Aufenthaltes hier hat er sich nicht wesentlich verändert, nur fing er an, viel um seine Entlassung zu queruliren, schrieb viele Seiten lange, nichtssagende, in ihrem Inhalt sich stets wiederholende Briefe an die behandelnden Aerzte, den Director, die Irrencommission, die Berufsgenossenschaft. Er ist noch ohne Einsicht und dissimulirt auch jetzt noch.

Der Schädel ist nicht mehr druckempfindlich. Pupillen sind gleich, reagiren prompt. Keine Gesichtsfeldeinschränkung. Sehkraft beiderseits normal.

Keine Lähmungserscheinungen mehr nachweisbar; Reflexe lebhaft, aber nicht pathologisch gesteigert. Keine Sensibilitätsstörungen.

Im vorliegenden Falle entwickelt sich im Anschluss an den Unfall eine Epilepsie ohne wesentliche Intelligenzdefekte, die ca. 16 Jahre später plötzlich in eine Psychose übergeht. Obwohl es sich hier nicht um periodisch auftretende Anfälle von Geisteskrankheit handelt, so

können wir doch von einem Uebergang der Epilepsie in Geisteskrankheit sprechen, da die Anfälle beim Einsetzen der Psychose sistiren. Interessant ist auch der Verlauf: Im Beginn bestehen Wahnideen, Sinnes-täuschungen und Erregungszustände; kurze Zeit später finden wir den Kranken in Eppendorf und Friedrichsberg im Stuporzustand; er ist stumpfsinnig, gehemmt, apathisch, indolent, macht einen schwachsinnigen Eindruck; allmählich wird er dann psychisch freier. Drei Jahre später ist er euphorisch, gehobener Stimmung, geschwätzig, submanisch; dabei jedoch faselig und fängt an zu queruliren. Wenngleich auch eine gewisse Kritiklosigkeit besteht, so sind doch Zeichen hochgradigeren Schwachsinns nicht nachzuweisen.

Wenn man diese Psychose irgendwie rubriciren will, so gleicht sie in vieler Beziehung der chronischen Paranoia, in mancher Beziehung der Katatonie, wenn man nach Kahlbaum die Katatonie als ein Krankheitsbild auffasst, welches bald die Zeichen der Melancholie, bald die die der Manie, bald die des Stupors darbietet, als ein Krankheitsbild, das durch das Auftreten von Hemmungserscheinungen charakterisiert ist. Endlich sind das gehobene Selbstbewusstsein, die etwas süßliche Höflichkeit und Zuvorkommenheit, die Verschrobenheit der Ausdrucksweise, die Umständlichkeit, die nichtssagenden, weitschweifigen, inhaltslosen Schriftstücke, die enorme Reizbarkeit doch wieder Züge, die uns an den Charakter des Epileptikers erinnern.

Der Uebergang einer Epilepsie in eine andere Psychose als die des epileptischen Irreseins dürfte jedenfalls etwas Ungewöhnliches sein. Wagner führt in seiner Arbeit „Ueber Trauma, Epilepsie und Geistesstörung“ Fälle an, in denen meist belastete (zum Theil epileptische) Individuen in Folge einer Kopfverletzung eine meist periodisch auftretende Psychose mit hallucinatorischen Delirien ähnlichen Zuständen bekommen, oder es entwickelt sich neben einer Epilepsie gleichzeitig eine Geisteskrankheit. Es sind das meist Krankheitsbilder, die den epileptischen Delirien, Verwirrtheitszuständen und Dämmerzuständen ähnlich sehen. Gnauck und Buchholz berichten über chronische Paranoia bei nicht traumatischer Epilepsie. Nur in einem Fall, den Buchholz erwähnt, blieben, ebenso wie im oben erwähnten, die epileptischen Anfälle nach Ausbruch der Psychose fort. Auch Rathmann, welcher die Psychosen nach Kopfverletzung, die im Verlauf von 10 Jahren in der Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn aufgenommen waren, zusammengestellt hat, berichtet nicht über einen ähnlichen Fall.

Den Uebergang einer traumatischen Epilepsie ohne Bestehen von Intelligenzdefecten in eine Psychose theils paranoidischen, theils katatonischen, theils epileptischen Charak-

ters mit gleichzeitigem Sistiren der Anfälle habe ich in der Literatur nicht erwähnt gefunden.

Im zweiten Falle entwickelte sich an eine traumatische Epilepsie ein der Dementia paralytica ähnliches Krankheitsbild, während die Anfälle völlig zurücktreten.

### Fall II.

Der Nieter A. W., der früher nie ernstlich gewesen, hereditär nicht belastet, übermässigen Potus und Lues negirt, that am 29. Januar 1901, als er sich umdrehen wollte, einen Fehltritt und fiel von einer Stellage auf den Kopf und zog sich einen complicirten Bruch des Stirnbeins zu. Er war im Hafenkrankenhouse tagelang bewusstlos, litt hinterher noch an Schlafsucht, Schwerhörigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, sowie an einer Beeinträchtigung seiner Geisteskräfte (Schwachsinn).

Beider Entlassung aus dem Hafenkrankenhouse bestanden noch oben genannte Beschwerden, so dass W. völlig arbeitsunfähig war.

Der behandelnde Arzt im Hafenkrankenhouse, Dr. L., constatirte am 10. April 1901: Mit dem Knochen verwachsene Narbe an der linken Stirnbeinhälfte, normal reagirende Pupillen, Schwerhörigkeit, Symptome von Schwachsinn. Rente 100 pCt.

Am 30. Juli 1901 constatirte Dr. M.: Besserung des Allgemeinbefindens. Keine Zeichen von Schwachsinn mehr, sonst wie Dr. L. am 10. April 1901 (normal reagirende Pupillen und Kopfempfindlichkeit der Narbe. W. behauptete gelegentlich, am Tage Anfälle von Bewusstlosigkeit zu bekommen. Rente 100 pCt.

Am 28. October 1901 begutachtete derselbe Arzt: Besserung des Allgemeinzustandes, Klopfempfindlichkeit der Narbe, normal reagirende Pupillen, Besserung des Hörvermögens, keine Zeichen von Schwachsinn; Herabsetzung der Rente auf 50 pCt., wogegen die schiedsgerichtliche Entscheidung beantragt wird.

Am 22. Januar 1902 Gutachten von Dr. L., dem behandelnden Arzt im Hafenkrankenhouse. W. hat seit November 1901 leichte Arbeit wieder gethan und vergönnungsweise denselben Lohn wie früher erhalten; klagt hauptsächlich über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Objectiv: Druckempfindlichkeit der Narbe. Klopfempfindlichkeit des Hinterkopfes; enge, träge auf L. und A. reagirende Pupillen, sonst Befund wie zuletzt. Beantragt Herabsetzung der Rente auf 50 pCt. W. legt Berufung beim Reichsgericht ein.

Dasselbe setzte die Rente auf 75 pCt. fest, da durch den Arbeitgeber festgestellt wird, dass W. nur im Stande ist, leichte Arbeiten zu thun und den Lohn nur vergönnungsweise erhält.

9. Januar 1903. Begutachtung von Phys. Dr. W.: Der Zustand hat sich gebessert. Klagen über zeitweise auftretende, sehr heftige Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, anfallsweise auftretende Erregungszustände, einhergehend mit Bewusstlosigkeit. Objectiver Befund wie früher und Klop-

empfindlichkeit des ganzen Schädels, träge reagirende Pupillen, Pulsbeschleunigung.

W. hat sich an Accordarbeiten betheiligt, hat im letzten Halbjahr 121 Tage gearbeitet. Eine Gewöhnung an den Zustand ist eingetreten. Vorschlag: Herabsetzung der Rente auf 50 pCt.

30. December 1903. Begutachtung von Dr. W.: Es ist keine weitere Besserung eingetreten. Erwerbsbeschränkung beträgt noch 50 pCt. Nachuntersuchung in einem Jahr.

Ende Januar 1904 behauptete die Ehefrau, W. sei sehr leicht reizbar und erregbar, leide an Wuthanfällen, in denen er sie mit Todtschlag bedroht hätte. 2 Zeugen können bestätigen, dass W. gelegentlich ca. 10 Minuten dauernde Anfälle von Bewusstlosigkeit bekommt, „in denen er vor sich hinstarrt, blass wird und in denen seine Augen aus den Höhlen treten“.

Aufnahme in's Allgemeine Krankenhaus Eppendorf, Abtheilung Dr. Nonne am 1. Februar, wo ich als Assistenzarzt W. beobachtete und begutachtete. Es sollte damals festgestellt werden, ob Verschlimmerung eingetreten sei. Klagen: Schwindel, Kopfschmerzen, Anfälle von Bewusstseinsstörungen.

Geisteszustand erschien normal. Ein kurz dauernder Anfall von Bewusstseinsstörung, in dem W. plötzlich vor sich hin starre und die Sprache verlor, soll einmal auf einem Spaziergang von einem Patienten beobachtet sein. Vom Arzt und Pflegepersonal wurden derartige Zustände nicht beobachtet.

Somat. Befund: Die oben beschriebene bei Beklopfung und auf Nadelstiche empfindliche Narbe

Pupillen: gleichweit, die rechte entrundet, reagirt träge, nicht normal ausgiebig a. L., normal auf Convergenz; Reaction der linken Pupille normal, ebenfalls Augenhintergrund.

Alte Otitis media inveterata, die nicht mit dem Unfall zusammenhängt, zeitweise etwas frequenter Puls, normale Reflexe, nirgends nachweisbare organische Störungen des Centralnervensystems (abges. von Pup.). Keine Zeichen von Hysterie. Die Möglichkeit der Entwicklung eines epileptischen Leidens wird zugegeben; eine Verschlimmerung des Leidens kann nach der bisherigen Beobachtung nicht constatirt werden. 50 pCt. Rente.

Es erfolgt Berufung. Dir. Dr. R. 27. Mai 1904 glaubt nach Schilderung der Verhältnisse an epileptoides Leiden, hält W. um 75 pCt. in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

Dir. Dr. D. 26. Juli weist darauf hin, dass derartige Anfälle bereits seit dem 31. März 1901 angeblich bestanden haben, bestätigt den Befund vom Februar 1904, weist nach, dass W. im Krankenhouse St. Georg aggravirte und simulirte. Festsetzung der Rente auf 50 pCt. Einlegung von Berufung an das Reichsversicherungsamt.

Gntachten von Dr. L., 7. Februar 1905, dem früher behandelnden Arzt im Hafenkrankenhouse. W. klagt über erhebliche Zunahme der Beschwerden.

Gegen früher keine Veränderungen, keine Störungen der Intelligenz, keine Störungen der Sprache. Befinden wie früher, jedoch wurde nach kurzer Beob-

achtung ein typischer, schwerer epileptischer Anfall mit anschliessender Bewusstlosigkeit und folgendem Verwirrtheits- und Dämmerzustande beobachtet. Vom Versicherungsamt wurde ihm 75 pCt. zugesprochen.

Seit Ende September 1905 ist W. nun völlig arbeitsunfähig. Er soll seit November 1905 völlig verwirrt sein, hat allerlei Verkehrtheiten gemacht, so z.B. Petroleum ins Essen gegossen, eignete sich Gegenstände fremder Personen an, wurde gedächtnissschwach und völlig hilflos, so dass er warte- und pflegebedürftig war. Seine epileptischen Anfälle sind seit der Zeit mehr und mehr zurückgetreten. Er kam am 30. April 1906 in's Allgemeine Krankenhaus Eppendorf.

Befund: Die bekannte Narbe an der linken Stirnbeinhälfte, deren Bereich jedoch nicht klopfempfindlich ist. Pupillen sind gleich, etwas eng, verzogen, die rechte reagirt fast normal auf L. und C., die linke ist reflectorisch fast vollkommen lichtsarr. Der Augenhintergrund ist normal; Zittern der Zunge beim Herausstrecken, keine Bisswunde, keine Narbe; etwas gespannter Puls, von normaler Frequenz, sonst innere Organe normal. Keine Arteriosklerose. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten sehr lebhaft. Babinski beiderseits — Oppenheim links schwach +, rechts —. Keine Störungen der Motilität und Sensibilität. Lymphocytose in der Spinalflüssigkeit. Die Psyche ist traumhaft verwirrt, etwas gehemmt. Patient ist örtlich orientirt, zeitlich desorientirt. Sinnestäuschungen nicht nachweisbar; Patient ist euphorisch, es besteht kein subjectives Krankheitsgefühl. Erinnerung für frühere Erlebnisse ist gut, für jüngst Geschehenes in hohem Grade gestört. Starke Herabsetzung der Merkfähigkeit. Deutliche Intelligenzdefekte. Keine Sprachstörungen, dagegen Störungen der Schrift. Bei weiterer Beobachtung zeigt er sich harmlos, dement vergnügt, völlig interessenlos, willensschwach, zeitweilig völlig verwirrt, confabulirt, macht allerlei Verkehrtheiten. Hin und wieder rasch vorübergehende Errégungszustände, in denen er gewaltthätig wird; später macht er einen mehr einen mehr stumpfsinnigen Eindruck. Am 10. Mai 1906 Verlegung nach Friedrichsberg.

Aufnahmefbefund wie in Eppendorf. Betreffs der Pupillen ist notirt: Pupillen eng, r. = l., ziemlich rund, minimale Lichtreaction, gute Reaction auf A. und C.

Er war hier sehr euphorisch, recht confus, interessenlos. Im Juli Erregungszustände, beruhigte sich bald wieder.

Ende Juli, als ich ihn begutachtete, bot er folgendes Bild: In der Ernährung ziemlich heruntergekommen, blasse Gesichtsfarbe. Keine Druckempfindlichkeit der von dem Unfall herrührenden Narbe oder des Schädels, Bereich der Narbe nicht übermäßig empfindlich auf Nadelstiche.

Pupillen sind eng, gleich, entrundet, die rechte reagirt sehr wenig auf L., die linke ist reflectorisch starr. Reaction beider Pupillen auf A. und C. normal.

Schlaffe Innervation der Gesichtsmuskulatur. Innere Organe normal.

Keine Arteriosklerose. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Sehnenphänomene an den unteren Extremitäten sehr lebhaft. Bauch- und Cremasterreflexe fehlen. Deutliche Ataxie in den unteren Extremitäten. Gang breitbeinig, atactisch: beim plötzlichen Kehrtmachen geräth der Verletzte in's Schwanken. Kein Romberg. Hypalgesie in toto. Keine Blasen- und Mastdarmstörung. Geschlechtliche Functionen normal. Sprache schwerfällig, verwaschen, lallend. Schrift atactisch, unsicher, nachlässig, kaum leserlich; Buchstaben und Silben werden ausgelassen oder doppelt geschrieben; bei jedem Worte mus W. sich besinnen, einzelne Buchstaben scheinen ihm gänzlich aus dem Gedächtniss entschwunden zu sein.

Psychisch war er derartig psychomotorisch erregt, laut, unruhig und bettflüchtig, dass er meist während meiner Vertretungszeit isolirt war. Er war unsauber, bespeichelte sich, liess häufiger Urin und Stuhl in die Stube. Stimmung war gehoben, euphorisch, heiter; er war meist gutmütig harmlos, wurde jedoch auch gelegentlich gewaltthätig, liess sich dann jedoch bald wieder beruhigen. Bei der Unterhaltung benahm er sich albern, schweifte ab, konnte seine Aufmerksamkeit nur für kurze Zeit concentriren. Seine Antworten waren confus, zum Theil sinnlos. Er war örtlich, aber nicht zeitlich orientirt, nur schlecht orientirt über seine Familienverhältnisse. Er war verwirrt, schwachsinnig, kritiklos, gab als Datum den 39. April 1956 an, wollte 42 Jahre alt, 50 Jahre verheirathet sein. Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins konnte er nicht lösen. Seine Taschen hatte er mit Unrath gefüllt; erkannte zeitweise richtig die Personen seiner Umgebung, konnte sie unmittelbar hinterher nicht mehr bezeichnen. Die Merkfähigkeit war nahezu völlig geschwunden; das Gedächtniss für jüngst und weiter Zurückliegendes war sehr gering. Er war völlig kritik- und einsichtslos. Gelegentlich hatte er Gesichts- und Gehörs-hallucinationen, behauptete, seine Frau gesehen und sprechen gehört zu haben. Wahnideen (Grössenideen) wurden nicht beobachtet. Epileptische Anfälle hat er hier in Friedrichsberg nicht gehabt. Er bot damals das typische Bild einer foudroyanten Dementia paralytica.

In den nächsten Monaten beruhigte er sich, zeigte sich apathisch, indiffer-  
rent, schwachsinnig, lag meist theilnahmlos im Bett, zeigte nicht die geringste Lust, sich zu beschäftigen. Seit Januar 1907 steht er wieder auf, hat sich seit-  
dem psychisch und körperlich sehr erholt.

Allgemeiner Besund am 15. März 1907 (eigene Untersuchung). Somatisch: W. sieht körperlich gesund und wohlgenährt aus. Keine Klopftestsindlichkeit des Kopfes oder Druckempfindlichkeit der Narbe.

Pupillen eng, entrundet, r. = l. Die linke reagirt bei con-  
centrirtem Licht prompt, aber nicht völlig normal ausgiebig a. L. Die rechte prompt, aber wenig ausgiebig auf L. Reaction auf A. und C. normal. Sehnenphänomene an den unteren Extremitäten normal. Bauchdecken- und Cremasterreflexe normal. Kein Babinski; kein Oppenheim. Keine Ataxie, kein Romberg. Geringe Hypalgesien. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Sprache ist etwas langsam, schwerfällig, zeigt keine articulatorischen Störungen. Merkwörter werden gut nachgesprochen. Die Schrift

hat sich bedeulend gebessert, hat jedenfalls keine erheblichen atactischen Störungen mehr, ist deutlich lesbar wie vor ca. 4 Jahren; hin und wieder ist einmal ein Buchstabe fortgelassen. (Karte bezw. Namensunterschrift befindet sich unter den Acten).

Psychisch ist er völlig ruhig, hat keine Erregungszustände mehr gehabt. Stimmung noch immer gehoben, heiter, euphorisch. Er ist zeitlich und örtlich völlig orientirt, ebenfalls über seine Familienverhältnisse. Giebt heutiges Datum, auch seinen Geburtstag und sein Geburtsjahr, sowie sein Alter richtig an. Er ist aber recht schwachsinnig, kritiklos, gleichgültig, indifferent, zeigt keine Lust, sich zu beschäftigen. Er, 43 Jahre alt, will 50 Jahre verheirathet sein, sein Unfall liegt bald 20, bald 25 Jahre zurück; Bedeutung der kirchlichen Feste, Unterschied zwischen Mord und Todtschlag, Namen des Kaisers etc. kann er nicht angeben. Rechnen ziemlich gut. Erist schwer besinnlich; bei der Unterhaltung fällt ihm schliesslich manches ein. Erweiss, dass er den ihn untersuchenden Arzt früher gesehen hat, kann sich nicht besinnen, wo es war. W. weiss nicht, dass er überhaupt im Allgemeinen Krankenhouse Eppendorf gewesen ist; er entsinnt sich dunkel des Oberarztes und der Assistenzärzte im Hafenkrankenhouse, weiss, dass er öfter, da ihm nicht die genügende Rente bewilligt wurde, Berufung eingelegt hat, schildert ziemlich richtig und genau, wo und wie er den Unfall erlitten hat, kann sich nicht entsinnen, was alles in den letzten Jahren mit ihm passirt sei, weiss, dass er sehr erregt war. Sein Gedächtniss für jüngst zurückliegende Ereignisse vor seinem Unfall ist stark herabgesetzt, das Gedächtniss für Ereignisse, die während seiner Krankheit bis etwa vor 2 Monaten passirt sind, ist auf ein Minimum reducirt. Giebt richtig an, was in den letzten Tagen passirt ist, kennt die behandelnden Aerzte und Wärter, jedoch nicht deren Namen. Seine Merkfähigkeit ist gut; Sammeltrieb, Hang zur Unsauberkeit ist nicht vorhanden, hat auch keine Verkehrtheiten mehr gemacht. Sinnestäuschungen sind nicht mehr aufgetreten, epileptische Anfälle hat W. hier in Fr. überhaupt nicht mehr gehabt. Er hält sich für völlig arbeitsfähig, will aber seine Rente weiter beziehen. Bietet psychisch das Bild eines noch verwirrten, schwachsinnigen Menschen.

In diesem Falle traten etwa 6 Monate nach dem Unfall (31. Juli 1901) Absencen, später allmählich immer häufiger wiederkehrende Dämmer-, Verwirrtheits- und dann Erregungszustände auf. Im Februar 1905 wird endlich, nach langer vergeblicher Beobachtung im Krankenhouse Eppendorf und St. Georg, im Hafenkrankenhouse ein typischer epileptischer Aufall mit folgender Verwirrtheit ärztlich constatirt. W. wird dann schnell verwirrter und dementer, verfällt anscheinend psychisch völlig und bietet bei seiner zweiten Aufnahme in Eppendorf sowie hier (im Juli 1906) somatisch und psychisch das typische Bild der Paralyse. Die entzündlichen Reizerscheinungen der Narbe, ihre Klopf- und Druckempfindlichkeit, sowie die übermässige Schmerzempfindlichkeit auf Nadelstiche, und vielleicht gleichzeitig mit diesen entzündlichen Erscheinungen traten die

epileptischen Anfälle zurück. Das Zittern der Zunge, die Hypalgesie, Babinski sowie die Sprach- und Schriftstörungen sind fast völlig verschwunden, Cremaster- und Bauchdeckenreflexe sind wieder gekommen. Die schweren psychomotorischen Erregungszustände liessen nach, der Kranke hat sich sehr erholt; psychisch und somatisch sind die Symptome, wie sie typisch bei der Paralyse vorhanden sind, zurückgetreten. Der Kranke bietet jetzt nur das Bild des heiteren Schwachsinns. Besonders sei aber auf das Zurückgehen der Pupillenerscheinungen hingewiesen.

Am 22. Januar 1902 wurden zuerst enge, auf Licht träge reagirende Pupillen festgestellt, ebenso am 9. Januar 1903, 30. Februar 1903. Am 1. Februar 1904 (eigene Untersuchung) heisst es: die rechte ist entrundet, reagirt träge und nicht normal ausgiebig auf L., die linke ist normal. Am 30. April 1906: die rechte reagirt nahezu normal, die linke nahezu reflectorisch starr. Im Mai nur minimale Lichtreaction beider Pupillen. Ende Juli (eigene Untersuchung): die rechte reagirt sehr wenig auf L., die linke ist reflectorisch starr. Am 15. März (eigene Untersuchung) reagirt die rechte wenig auf L., aber prompt, während die linke prompt und annähernd normal ausgiebig auf L. reagirt. Es ist also die Reaction der linken Pupille in nicht unwesentlichem Grade besser geworden.

Im vorliegenden Falle handelt es sich also um einen Uebergang einer traumatischen Epilepsie in ein Krankheitsbild, das psychisch und somatisch die charakteristischen Symptome der Paralyse trägt, während die epileptischen Anfälle sistiren. Die der Paralyse charakteristischen Erscheinungen verschwinden und die Psychose geht über in Schwachsinn.

Auf der Dementia paralytica ähnliche Krankheitsbilder nach Unfall und auf das Zurückgehen ihrer psychischen und somatischen Symptome komme ich noch später zu sprechen.

Der folgende Fall ist meiner Arbeit „Zur Pathologie des Alkohol-Deliriums“ entnommen. Ich erwähne ihn hier deshalb, weil auch hier nach Jahre lang bestehender traumatischer Epilepsie ohne Intelligenzdefekte eine Psychose aufgetreten ist, und weil ich auch diesen Kranken in Friedrichsberg wieder getroffen habe und so im Stande bin, über den weiteren Verlauf zu berichten. Interessant ist, dass die mehrere Jahre nach dem Unfall auftretende Geisteskrankheit bei Einlieferung des Patienten in das Eppendorfer Krankenhaus in den ersten Tagen, ehe die Anamnese bekannt war, mit einem Alkoholdelirium verwechselt wurde, und dass dieser Kranke Alkoholabstinent war.

**Fall III.**

J. M. ist nach der von dem Schwiegersohne aufgenommenen, von dem Kranken bestätigten Anamnese, Anfang der 90er Jahre aus dem ersten Stock auf den Kopf gefallen, und will sich hierbei eine Gehirnerschütterung zugezogen haben. Er war mehrere Wochen bettlägerig, hat dann seine Arbeit als Quartiersmann wieder aufgenommen, hat jedoch seit der Zeit an alle 6 Wochen auftretenden epileptischen Anfällen gelitten. Er negirt *vener. Infection*, war bis 1902 starker Potator, wohnte seit der Zeit bei dem Schwiegersohn, lebte dort von seinen Ersparnissen und war abstinent. Im September 1904 trat nun nach einer Serie von Anfällen ein Verwirrheitszustand auf. Der Kranke wurde apathisch, geistesabwesend, wurde ängstlich und fing an zu toben, so dass er am 7. September 1904 von der Sanitätscolonne ins Eppendorfer Krankenhaus gebracht wurde. Hier bot er das typische Bild eines Alkoholdeliranten.

Er war ein mittelgrosser, mässig genährter Mann mit magerer Oberarm- und Oberschenkelmusculatur, geröthetem Gesicht, Schweissausbruch am ganzen Körper und allgemeinem Tremor. Er war örtlich und zeitlich und über seine Lage völlig desorientirt, stark motorisch erregt, ängstlich, glaubte hingerichtet zu werden, hallucinirte und illusionirte. Er packte mit seinen Betten, als ob er etwas suche, glaubte sich verfolgt, wollte seinen Verfolgern entrinnen und wurde bettflüchtig. Er verlangte nach einem Messer, um einen Gurt zu durchschneiden. Ein ihm gereichter Spatel wurde als solches angesehen. Die körperliche Untersuchung ergab träge, wenig ausgiebige a. L. reagirende Pupillen, belegte zitternde Zunge, ohne Bisswunde und Narbe, gerötheten Rachen, Bronchitis, unregelmässigen, aber ziemlich kräftigen Puls, geschlängeltes Arterienrohr der Art. *radialis*, Spuren von Albumen im Urin (mikroskopisch keine Cylinder), sowie allgemeine Spannung der Musculatur, sonst nichts Abnormes. Nach 2 Tagen verfiel der Kranke in einen tiefen Schlaf und war noch mehrere Tage hinterher völlig unklar. Betreffs der Ereignisse während des Deliriums bestand Amnesie. Allmäthlich wurde Patient wieder völlig klar, bot psychisch nichts Besonderes, bis etwa nach 6 Wochen typisch epileptische Anfälle auftraten, an die sich wiederum ein alkoholdeliriumähnlicher Zustand anschloss. M. wurde im December 1904 in die Alsterdorfer Anstalt (Anstalt für Epileptische) verlegt und wegen epileptischer Erregungs- und Verwirrheitszustände am 13. Februar 1905 in die hiesige Anstalt gebracht. Bei seiner Aufnahme hier war er ruhig, geordnet, gleichgültig, apathisch, interessenlos, schlaftrig, etwas unbesinnlich, vergesslich. Im März 1905 ist an einzelnen Tagen das Bewusstsein leicht getrübt gewesen. Im Mai hatte er einen Depressionszustand, in dem er völlig orientirt war, doch litt er an Beeinträchtigungs- und Zwangsideen, glaubte elektrisirt zu werden, fürchtete zu erblinden, fühlte sein Ende herannahen; der elektrische Strom sei schon eingeschaltet, durch den er hingerichtet werden solle, er hat dann bis October 1905 mehrere Dämmer- und Verwirrheitszustände gehabt, doch war er bis dahin frei von Anfällen. Vom October bis Februar traten jedoch dieselben in 3 wöchentlichen Pausen mit postepileptischer Verwirrtheit wieder auf. Anfang Februar habe ich ihn bei

Uebernahme der Station wieder gefunden, als gerade ein epileptischer Verwirrheitszustand im Abklingen begriffen war. Er blieb dann von Ende Februar bis Anfang April völlig klar, war allerdings sehr apathisch, gleichgültig, interessenlos, etwas schwachsinnig. Am 8. April setzte wieder ein bis Mitte Mai andauernder Verwirrheitszustand ein. Deliriumähnliche Zustände habe ich hier nicht mehr beobachtet. Während M. vom Februar bis Mai 1906 wieder frei von epileptischen Anfällen gewesen ist, sind solche später wieder aufgetreten. Von Mai bis Ende August ist M. bis auf leichte Dämmerzustände psychisch annähernd normal geblieben. Wesentlich Neues hat er seit der Zeit nicht geboten.

Es traten hier also nach einer durch Unfall erlittenen Kopfverletzung in regelmässigen Intervallen epileptische Anfälle auf, ohne dass sich im Laufe der Zeit Intelligenzdefekte oder sonst psychische Störungen, wie Veränderungen des Charakters, leichte Reizbarkeit bemerkbar machen. Trotz seines Leidens hat M. noch ca. 10 Jahre seine volle Arbeit gethan bis er sich mit ca. 60 Jahren zur Ruhe setzte, um im Kreise seiner Familie von seinen Ersparnissen zu leben. Während er früher Potator war, wurde er jetzt Abstinent. 2 Jahre später sehen wir dann plötzlich alkoholdeliriumähnliche Erregungs- und Verwirrheitszustände entstehen, die theilweise sich an die Anfälle anschliesen, theilweise als epileptisches Aequivalent auftreten. Später finden sich die Zustände, wie sie für das epileptische Irresein typisch sind. Vom Mai 1905 an ist M. Monate lang deprimirt; er ist weder benommen noch verwirrt, zeigt hingegen allerlei Zwangsvorstellungen und Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, sowie Sinnestäuschungen. Ende 1905 treten dann wieder periodisch die Verwirrheits- und Erregungszustände in den Vordergrund. Während früher Intelligenzdefekte nicht nachzuweisen waren, macht sich seit dem Eintritt der psychischen Störungen ein allmählich auftretender, mehr und mehr zunehmender Schwachsinn bemerkbar. Störungen hingegen auf gemüthlichem Gebiet wie Reizbarkeit, Zornausbrüche mit Gewaltthätigkeit, Eigensinn, Launenhaftigkeit, Steigerung des eigenen Selbstgefühls, Eigenschaften, die sich bei epileptisch Irren nach Ansicht der Autoren fast stets bemerkbar machen, sind in diesem Falle nicht aufgetreten. Sobald der Kranke psychisch klar ist, verhält er sich stets ruhig, ist harmlos, dankbar und entgegenkommend, stets freundlich und zufrieden.

Bei einem abstinenteren traumatischen Epileptiker, der weder Intelligenzdefekte noch Charakterveränderungen zeigte, geht die Epilepsie nach ca. 10 Jahren plötzlich unter dem Auftreten alkoholdelirium-ähnlicher Krankheitsbilder in das epileptische Irresein über.

Werner hat bereits in seiner Arbeit „Ueber Geisteskrankheiten nach Kopfverletzung“ darauf hingewiesen, dass nach Kopfverletzungen geringfügiger Art bei hereditär Belasteten mit psychopathischer Constitution gelegentlich eine acute Geistesstörung expansiver oder depressiver Art zuweilen mit paranoischer Färbung mit Sinnestäuschungen ausgelöst werden kann, und dass es in einzelnen derartigen Fällen sogar zur Entwicklung einer Paranoia kommt. Schüller hat in 2 Fällen Psychosen nach einer leichten Kopfverletzung (ohne Commodoerscheinungen) durch einen Faustschlag, und zwar einmal eine Melancholie, einmal manische Zustände auftreten sehen. Kraepelin glaubt, Psychosen bei Unfalls-traumatikern nach anderen als Kopfverletzungen nie gesehen zu haben.

Dass eine chronische Paranoia aber auch nach einer Verletzung der Hand, lediglich hervorgerufen durch den Kampf um die Rente, entstehen kann, beweist der folgende Fall.

#### Fall IV.

Der Schlosser J. F. M., der früher nie krank gewesen und hereditär nicht belastet ist, zog sich am 18. Februar 1900 bei der Arbeit eine Quetschung der rechten Hand zu, indem ein 60—70 kg schweres Maschinenteil auf dieselbe herabfiel. Er war bis April in kassenärztlicher Behandlung und machte damals auf den Kassenarzt einen psychisch absolut normalen Eindruck. Der Arzt Dr. D. schildert M. als ruhigen, verständigen, geduldigen Menschen, der allerdings über die lange Dauer seines Leidens sowie über die etwaigen Folgen sich etwas allzu grosse Sorge machte. Im April nahm er, weil er für Frau und Kinder sorgen müsse, die Arbeit wieder auf und fand Beschäftigung bei einem Schlosser für einen Wochenlohn von 27 M. Ausserdem wurde ihm noch eine Rente von 20 pCt. bewilligt. Er war jedoch hiermit nicht zufrieden und stellte Antrag auf Erhöhung der Rente (bis zu  $33\frac{1}{3}$  pCt.), wurde aber nach Begutachtung von Dr. W. abgewiesen. M., der früher nach Aussage der Zeugen ein geselliger Mensch gewesen war, wurde nun allmählich zurückhaltend, menschenscheu, trübsinnig, argwöhnisch, misstrauisch, und bekam allmählich paranoide Wahnsinne. Er glaubte, er bekäme vom Meister zu hohen Lohn, da dieser mit der Unfallversicherung unter einer Decke stecke und fürchtete, man wolle ihn um seine Rente bringen. Auch die Aerzte sowie selbst seine Frau gönnten ihm diese nicht und ständen mit der Berufsgenossenschaft gegen ihn im Complot. Er glaubte, bei seinem Meister nicht länger arbeiten zu können, da die Gesellen sich über ihn lustig machen. M. wurde immer ernster, tiefssinniger, wurde religiös, redete sich ein, er wäre Klosterbruder, schloss sich ein, betete, äusserte, er wolle von der Welt gehen, seine Kinder müssten ihm vorangehen, seine Frau wäre gar nicht seine Frau, ein Klosterbruder könnte keine Frau besitzen. Im Mai 1901 sollte er aufs Neue von dem Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft untersucht werden. Er klagte damals über sehr heftige Schmerzen

in der rechten Hand, widerstrebe aber der Untersuchung, da er sich nicht wieder quälen lassen wollte. Da er später auf wiederholte Aufforderung bei Dr. W. und Dr. M. nicht erschien, wurde die Rente eingestellt. Dieser Beschluss wurde H. am 21. Juni mitgetheilt. Am selben Tage hat er dann die Arbeit niedergelegt und war seit der Zeit völlig erwerbsunfähig. Am 13. Juli fand Dr. D. ihn vor sich hinbrütend, im Bette liegend, gänzlich apathisch und energielos, über heftige Kopfschmerzen klagend und veranlasste seine Aufnahme ins M.-Krankenhaus. Gab damals an, sich über die Entziehung der Rente so aufgeregzt zu haben, dass ihm confus im Kopf geworden sei. Im M.-Krankenhaus wurden psychische Störungen nicht beobachtet; er wurde nach 14 Tagen bereits dort geheilt entlassen.

Nach seiner Entlassung hat er keinen Versuch zu arbeiten gemacht, hat den ganzen Tag zu Hause gesessen und gebetet, vom kommenden jüngsten Gericht und den ihn beschützenden Heiligen gesprochen, er brauche deshalb nichts mehr zu verdienen. Dr. D. fand ihn am 19. August in dieser Verfassung und veranlasste seine Aufnahme in's Allgemeine Krankenhaus Eppendorf.

Hier zeigt er sich deprimit, gehemmt, objectiv fand sich auf der Mitte des Handrückens im Bereiche des II. und III. Metacarpalknochens eine Verdickung. Er erholte sich im Krankenhouse, bot psychisch nichts Besonderes mehr (Gewichtszunahme 6 kg), und wurde am 3. September 1901 geheilt entlassen.

Wie im M.-Krankenhouse, so hat H. auch offenbar im Allgemeinen Krankenhaus Eppendorf dissimulirt, denn bereits auf dem Wege von dort nach Hause, hat er sich darüber beschwert, dass die Leute ihn alle ansähen, über ihn lachten und ihn zum Besten hielten; einen seiner Bekannten, der ihn unterwegs anredete und sich nach seinem Befinden erkundigte, liess er stehen, da er glaubte, derselbe wollte sich über ihn lustig machen. Er war muthlos, ängstlich, unruhig, irrite Tage lang ziellos umher, hatte allerlei Beeinträchtigungs-ideen, Zwangsvorstellungen, hatte das Gefühl, als ob Jemand hinter ihm herkomme, als ob sein Kopf durch einen Reifen zusammengepresst werde, ein Messer in seinem Kopfherumarbeite, er klage über plötzliche Schweißausbrüche, Flimmern vor den Augen und äusserte Lebensüberdruss. Gelegentlich traten Gehörstäuschungen auf. Zu Hause zeigte er sich leicht reiz- und erregbar, wurde in Folge dessen auch gewaltthätig; er war verdriesslich, misstrauisch fühlte sich unfähig zu jeder Arbeit. Beim Versuch, dieselbe aufzunehmen, zeigte er sich gedankenlos und vergesslich. Auf die Rente leistete er Verzicht, da er nicht für einen Simulanten gehalten werden wollte. Die Frau erhob schlieslich 1903 wieder Anspruch auf solche, und H. wurde hier am 16. November 1903 vom Schiedsgericht zur Beobachtung hergesandt.

Bei seiner Aufnahme finden sich seine Taschen voll Unrat. Er ist leicht deprimit, unbesinnlich, wortkarg, abweisend, misstrauisch. Bei eingehender Exploration zeigt sich, dass er in jeder Beziehung orientirt, völlig klar und geordnet ist; er ist leicht reizbar und erregbar, äussert gelegentlich, man wolle ihn zum Besten haben. Für seine früheren Gehörshallucinationen und Wahnideen hat er Einsicht, bezeichnet letztere auch als krankhaft, giebt an, dass

dieselben seit etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahr verschwunden seien. Wenngleich seine Merkfähigkeit gut ist, ist doch sein Gedächtniss für Dinge, die während seiner Krankheit passirt sind, defect. Er zeigt keinen Sinn, sich zu beschäftigen, ist recht energielos, leicht ermüdbar und hält sich selbst für völlig erwerbsunfähig.

Somatisch findet sich eine leichte Beugecontractur der 3 letzten Finger der rechten Hand, mässige Atrophie der rechten Handmuskulatur, Druckempfindlichkeit der Metacarpalknochen dieser Finger, geringe Herabsetzung der Kraft sowie eine mässige Beschränkung der Beweglichkeit der 3 Finger, eine bläuliche Verfärbung beider Hände, fehlende Rachen- und Schleimhautreflexe, lebhafte Patellarreflexe, sonst keine Zeichen von Neuropathie oder Hysterie.

Nach geschlossener Beobachtung wurde H. am 29. Januar 1903 entlassen. Er wurde im December 1906 abermals zur Beobachtung hierher geschickt, hat nach seiner Aussage sowie der seiner Frau keine Sinnestäuschungen und Wahnideen mehr gehabt, war jedoch noch immer sehr leicht reizbar, erregbar, verdriesslich, misstrauisch, energielos und arbeitsunfähig; er bot hier ungefähr dasselbe Bild wie 1903. Seine Erwerbsfähigkeit wurde hier auf circa 60 pCt. geschätzt.

Im vorliegenden Falle ist es die Sorge und vor Allem der Kampf um die Rente gewesen, die eine paranoide Psychose mit allerlei Wahnideen und Hallucinationen auslösten. Nach Entlassung aus kassenärztlicher Behandlung thut H. trotz Beschränkung der Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand volle Arbeit, indem er einen Wochenlohn von 27 M. verdient. Es werden ihm ausserdem noch 20 pCt. Rente bewilligt. Er ist damit jedoch nicht zufrieden und legt Berufung ein. Als er abgewiesen wird vom Schiedsgericht, kommt ihm die Idee, sein Meister stecke mit der Berufsgenossenschaft unter einer Decke, zahle ihm nur deshalb den hohen Lohn, um ihm die Rente zu entziehen. Aerzte, die Collegen, schliesslich auch seine Frau sind von der Berufsgenossenschaft gedungen und haben ein Complott gegen ihn geschmiedet; er wird schwermüthig, argwöhnisch, misstrauisch, menschenscheu, religiös, leicht reiz- und erregbar. Einer Nachuntersuchung widersetzt er sich, den weiteren Auflorderungen zu einer Nachuntersuchung leistet er nicht Folge, so dass ihm schliesslich die Rente völlig entzogen wird. Am selben Tage, als ihm hiervon Mittheilung gemacht wird, ist er völlig erwerbsunfähig. Er wird gänzlich apathisch und energielos, gehemmt, verwirrt, kommt in's M.-Krankenhaus und Allgemeine Krankenhaus Eppendorf, wo er geschickt dissimulirt, da er mit den Aerzten, die ihm nicht günstig gesinnt wären, nichts mehr zu thun haben will. Er bekommt Verfolgungsideen, Beziehungsideen, allerlei Zwangsvorstellungen und Beeinträchtigungen, und schliesslich Hallucinationen. Er leistet Verzicht auf die Rente. Mit der Zeit tritt dann Besserung ein; ihm wurde 1903 75 pCt. Rente

zugebilligt; die im Januar 1907, da der Zustand sich weiter besserte, — er bot zuletzt das typische Bild eines Unfallhysterikers — auf 60 pCt. herabgesetzt wurde. Gegen diesen Beschluss hat H. bereits Berufung eingelegt. Ob dadurch eine Verschlimmerung seines Zustandes eingetreten ist, liess sich nicht feststellen.

Aehnlich wie der eben erwähnte ist auch der folgende Fall, der noch dadurch besonderes Interesse bietet, dass das Individuum zwei Mal nach einem Unfall psychisch schwer erkrankte und in der 12jährigen Zwischenzeit völlig erwerbsfähig war.

### Fall V.

Der Dockarbeiter Ch. L., Pole, zog sich am 3. October 1903 bei der Arbeit an Bord des Dampfers A. dadurch eine Kopfverletzung zu, dass ihm eine schwere Holzbohle auf den Kopf fiel. Er hat nicht das Bewusstsein verloren, keine ernstere Verletzung davon getragen, hinterher nicht erbrochen, sondern am selben Tage noch weiter gearbeitet, am folgenden Tage dagegen wegen angeblicher Kopfschmerzen, Schwindel und Brechreiz die Arbeit eingestellt. Er wurde anfangs vom Kassenarzt, später auf der chirurgischen Abtheilung (20. October bis 7. December 1903) des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf behandelt. Dort konnte, abgesehen von einer allgemeinen Niedergeschlagenheit, einer Druckempfindlichkeit des Mittelkopfes, einer Schmerzhaftigkeit bei passiven Bewegungen des Kopfes, nichts Krankhaftes festgestellt werden. L. wurde am 7. December 1903 auf sein Drängen gebessert entlassen. Er fühlte sich jedoch noch nicht wieder arbeitsfähig, erhob Anspruch auf Rente und wurde in Folge dessen am 6. Januar 1904 abermals vom Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft zur Beobachtung in's Allgemeine Krankenhaus Eppendorf (Abtheilung Dr. Nonne) geschickt.

L. gab „damals“ an, aus gesunder Familie zu stammen, bisher nie ernstlich krank gewesen zu sein, negirte Potus und Lues. Seine vom Unfall herührenden Beschwerden bestanden angeblich in allgemeiner Schwäche, Schlaflosigkeit, Schmerzen im Genick und Hinterkopf, und in Uebelkeit. Aeusserlich bot er typisch das Bild eines hypochondrischen Unfallhysterikers; er sah blass, trübselig aus, sank gewissermaassen in sich zusammen, war verdriesslich, sehr argwöhnisch und misstrauisch, deprimirt, gehemmt, völlig willen- und energielos, war leicht reizbar und erregbar, sehr schwerfällig, grübelte viel über seinen Unfall nach, er könne nicht mehr arbeiten und sei völlig erwerbsunfähig. Er war äusserst wehleidig, rührselig, so dass ihm, auf seinen Unfall gebracht, leicht die Thränen in die Augen traten. Seine Beschwerden übertrieb er, offenbar aus Furcht, es würde ihnen nicht die genügende Beobachtung beigegeben. Somatisch war angeblich eine allgemeine Klopfeempfindlichkeit des Schädelns sowie eine Hyperästhesie der Kopfhaut auf Nadelstiche, eine mässige Einengung des Gesichtsfeldes, eine Schwerhörigkeit, eine Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule im Lendentheil sowie eine Schwäche der gesamten Muskulatur vorhanden, die jedenfalls psychisch bedingt war; beim Bücken liess er

sich vorsichtig auf die Erde fallen. Krankhaftes war somatisch nicht nachzuweisen. Der Kranke wurde nach ca. 14 Tagen auf seinen Wunsch ungeheilt entlassen und kam in das von Herrn Dr. Nonne ärztlich geleitete Abstinenz-Sanatorium Waldesruh in Reinbeck. Wie in Eppendorf war er auch hier zu keiner Arbeit zu bewegen und verliess das Sanatorium ebenso wie das Eppendorfer Krankenhaus, in das er nochmals zwecks Heilung seines Leidens geschickt wurde, nach kurzer Zeit ungeheilt auf seinen Wunsch, so dass ihm wegen völliger Erwerbsunfähigkeit Vollrente zugebilligt werden musste. Die häuslichen Verhältnisse waren die denkbar schlechtesten. L., der schon in Folge des Unfalles sehr leicht reizbar war, lebte mit seiner Frau, die es offenbar mit der ehelichen Treue nicht genau nahm, ständig in Streit. Ende November 1904 musste Frau L. sich (wegen Salpingitis und Oophoritis!) in's Krankenhaus aufnehmen lassen und überliess ihren Ehemann gänzlich seinem Schicksal. L. kam in Folge dessen psychisch immer weiter herunter. Ende Januar 1905 fand der Arzt Dr. M. bzw. die Sanitätscolonne ihn eingeschlossen in seiner Wohnung. Da er auf mehrfaches Klopfen nicht reagirte, musste die Thür gewaltsam geöffnet werden. Er sass vor sich hinbrütend, stumpfsinnig, ohne sich um den Hereinkommenden zu kümmern, mit abgewandtem Gesicht, in sich versunken, gänzlich apathisch auf einem Stuhl. Das Mittagessen, das ihm von einem Mädchen täglich aus einer Speisewirthschaft gebracht wurde, stand nahezu unangerührt vom Tage vorher noch im Geschirr. Von den Eintretenden und ihrer Begrüssung nahm er keine Notiz. Auf mehrfaches Anrufen brachte er nur wenige, kaum verständliche Worte heraus. Beim Gehen bewegte er sich mühsam, auf einem Stock gestützt, vorwärts und machte den Eindruck eines Gelähmten. Ohne irgendwie zu widerstreben, liess er sich gänzlich willenlos von den Angestellten der Sanitätscolonne fortführen.

Bei seiner Aufnahme in Friedrichsberg am 2. Februar 1905 bot er folgendes Bild: Er war gehemmt, hochgradig deprimirt und hypochondrisch gestimmt, gänzlich apathisch, interessenlos und energielos, sehr missgestimmt, unzufrieden, ängstlich, fing bei jeder Gelegenheit an zu weinen, klagte und jammerte, wünschte zu sterben. Er sass meist da, in sich zusammengekauert mit leerem, müdem Gesichtsausdruck, vor sich hinbrütend, von Zeit zu Zeit vor sich hinseufzend, ohne irgend welchen Anteil an seine Umgebung zu nehmen. Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen wurden nicht festgestellt.

Somatisch war der Schädel klopf- und druckempfindlich, es bestand ein allgemeines Flimmern der Gesichtsmusculatur, Pupillen reagirten prompt auf L., C. und A. Zunge war belegt, wurde zitternd hervorgestreckt. Beim Herausstrecken gerieth auch die Nasen- und Lippenmusculatur in Zuckungen. Innere Organe waren normal. Beim Prüfen auf Romberg blieb der Kranke anfangs stehen, um dann nach wenigen Sekunden steif nach hintenüber zu fallen; der Gang war langsam, unsicher; die Kraft der Musculatur schien äusserst herabgesetzt (psychisch bedingt), Hypalgesie in toto. Das Gehör war stark herabgesetzt, ohne dass objectiv etwas nachzuweisen war. Die Schrift war stark ataktisch, die Sprache langsam, schleppend, articulatorisch leicht gestört.

L. war äusserst ungern in der Anstalt, fühlte sich hier, wie er sich selbst ausdrückte, wie ein Verbrecher im Gefängniss; keiner seiner Bekannten kümmerte sich um ihn. Seine Frau besuchte ihn höchst selten, er hatte außerdem Verdacht, dass sie ihm untreu war. Sie gebar denn auch ein Kind, dessen Vaterschaft er mit Bestimmtheit in Abrede stellte. Er kam zur Ueberzeugung, dass seine Frau alles daran setzte, um ihn dauernd in der Anstalt zu behalten. Seine Entlassung wurde ihm in Aussicht gestellt, sobald er zeigte, dass er draussen selbstständig sein Brod verdienen könnte. So kam es, dass L., der sonst in Folge seiner enormen Energielosigkeit zu keiner Arbeit zu bewegen war, anfing, sich wieder zu beschäftigen. Allmählich schwanden seine sämtlichen Beschwerden, er wurde ein fleissiger Feldarbeiter und bot somatisch und psychisch, abgesehen von schwachen Schleimhaut- und fehlenden Rachenreflexen und der Angst, er und seine Frau könnten draussen völlig ohne Rente doch nicht leben, nichts Abnormes. L. wurde am 14. April 1906 plötzlich, leider zu früh, von Verwandten abgeholt und beurlaubt.

Ihm wurde eine Uebergangsrente von 40 pCt. bewilligt. L. hat garnicht den Versuch gemacht, draussen sich Arbeit zu suchen, sondern behauptete nach Herabsetzung der Rente (etwa 4 Wochen nach der Entlassung) völlig arbeitsunfähig zu sein. Er hat selbstverständlich wieder Berufung beim Schiedsgericht und dann beim Reichsversicherungsamt eingelegt und bietet seit Monaten wiederum das Bild eines typischen Unfallhysterikers.

Während des Aufenthaltes in der Irrenanstalt Friedrichsberg stellte sich durch Zufall heraus, dass L., der angab, früher stets gesund gewesen zu sein, bereits während bzw. nach seiner Dienstzeit geisteskrank gewesen ist.

L. war am 23. Februar 1887 als unsicherer Dienstpflchtiger eingestellt und batte sich kurz vor der Einstellung eine Quetschung des rechten Beines zugezogen. Seitdem litt er an heftigem Reissen in den Beinen, die durch die Anstrengungen des Dienstes unerträglich wurden. Infolge schlechten Exercirens, das vielleicht durch die Schmerzen bedingt war, wurde L. viel getadelt und soll auch angeblich von Unterofficiren geschlagen und chicanirt sein, so dass er im Juni 1887 vorzog, zu desertiren.

Am Bau des Nordostseekanals fand er Beschäftigung, doch nahmen die Beschwerden ganz allmählich derartig zu, dass er gänzlich erwerbsunfähig würde und sich schliesslich bei der Compagnie freiwillig zurückmeldete. Er wurde dann wegen seiner Beschwerden aus dem Arrest dem Lazareth in H. zugeführt.

Es bestand hier (psychisch bedingt) völlige Abasie und Astasie, enorme Hyperästhesie der unteren Extremitäten. Er war deprimirt, gehemmt, ängstlich, webleidig, gänzlich willen- und energielos, missmuthig und verdriesslich, hochgradig apathisch. Auch hat er damals Wahniddeen geäussert, wie, es würden ihm die Augen ausgerissen, die Beine stürben ab, er werde in die rechte Hand gestochen. Im weiteren Verlauf der Beobachtung wurde er motorisch unruhig, es traten Verwirrtheitszustände mit Gesichts- und Gehörhallusionen und Beeinträchtigungsidenen und Erregungszustände auf, in denen er gewaltthätig wurde, und gelegentlich Urin unter sich liess. Er sah sich von

einem Lehrling S. geschlagen und gequält, sah Hunde an sein Bett herankommen, die ihn in die Beine bissen. Für diese Zustände bestand später retrograde Anamnesie.

Später liessen die Erregungszustände nach, und L. wurde dann wegen er Paranoia hypochondrica nach der Irrenanstalt H. verlegt.

Auch hier in der Irrenanstalt ist allmählich Besserung eingetreten, so dass nach 6 Monaten geheilt aus derselben entlassen wurde.

L., der offenbar psychopathisch bzw. hysterisch veranlagt ist, hat unmittelbar vor seiner Dienstzeit eine verhältnismässig geringfügige Verletzung des Kniees erlitten. Aerger, Verdruss, Missmuth und Unzufriedenheit seiner Vorgesetzten mit ihm, eine gewisse Scheu und Furcht vor denselben, die Anstrengungen des Dienstes bei den schon vorhandenen Beschwerden, späterhin das Ringen um das tägliche Brod, Entbehrungen und Erschöpfungen körperlicher und psychischer Art, schliesslich die Furcht vor der ihm drohenden empfindlichen Strafe, sowie die Ungewissheit über das zukünftige Schicksal haben eine eigenartige Psychose melancholisch-hypochondrisch-hysterischer Art mit allei Angst-, Verwirrtheits-, Dämmer- und Erregungszuständen und Sinnestäuschungen (hallucinatorischen Delirien) ausgelöst. Sobald das Strafverfahren aufgehoben wurde und L. körperlich und psychisch zur Ruhe kam, sobald der Wunsch sich regte, aus der Irrenanstalt entlassen zu werden und sich die Aussicht hierzu bot, sobald er sich als im Stande erwies, draussen selbstständig sein Brod sich zu verdienen, trat in verhältnismässig kurzer Zeit Besserung bzw. Heilung ein. 12 Jahre hindurch ist L. dann völlig erwerbsfähig und im Stande gewesen, sich, seine Frau und seine Kinder zu ernähren, bis ihn im October 1903 eine neue Verletzung traf. Der Kampf um die Rente, die trüben häuslichen Verhältnisse lösten eine neue Psychose ganz ähnlicher Art aus, bis ihn abermals die Irrenanstalt oder besser gesagt, der Wunsch aus ihr entlassen zu werden, zur Arbeit wieder aufraffte und ihm Heilung brachte. Leider ist jedoch diese nicht von Dauer gewesen. Als ihm die Rente gekürzt wurde, ist er von Neuem erkrankt.

Während es in den letzten beiden Fällen hauptsächlich der Kampf um die Rente bzw. die Angst vor der bevorstehenden Strafe gewesen sind, die zunächst einen hypochondrisch-melancholisch-hysterischen Zustand verursachten, der später in eine paranoide Psychose überging, scheinen es im folgenden Falle, der wegen seines eigenartigen Verlaufs Interesse bietet, wohl mehr noch der bei dem anscheinend leichten Unfall erlittene Schreck, die später nach der Verletzung sich einstellenden Beschwerden, die den Kranken immer wieder zwangen, die Arbeit einzustellen sowie die Sorge um die Zukunft gewesen zu sein, die einen

Stuporzustand und eine Geisteskrankheit mit allerlei Hallucinationen und Wahnvorstellungen auslösten.

### Fall VI.

E. B. H., Malergeselle, hereditär nicht belastet, früher stets gesund, negirt Alkoholismus, concedirt Lues, Abusus in Tabak. Patient rutschte am 15. October 1904 bei der Arbeit mit einer Leiter aus, schlug mit dem Hinterkopfe gegen eine Eisenstange und zog sich eine 5 cm lange, klaffende Wunde zu. Zeichen von Commotio cerebri traten nicht auf. H. wurde im Allgemeinen Krankenhaus St. Georg behandelt und am 26. October 1904 geheilt entlassen. Er nahm dann seine Arbeit wieder auf, musste sie jedoch wegen auftretenden Schwindels, Kopfschmerzen, Schwächegefühl immer wieder einstellen. Nach Aussagen seiner Wirthin war seit dem Unfall eine völlige Aenderung mit ihm vorgegangen. Er wurde verdriesslich, war in sich gekehrt, energielos, leicht ermüdbar, hatte keine Lust mehr zur Arbeit. Seit Mitte 1905 ist er gänzlich erwerbsunfähig und erhob Anspruch auf Vollrente. Er wurde wegen seiner Beschwerden im Sommer 1905 dreimal im Allgemeinen Krankenhaus Eppendorf behandelt; hier war man der Ansicht, dass es sich um eine beginnende Paralyse handelte. November 1905 fand er im St. Georger Krankenhaus zwecks Beobachtung und Begutachtung Aufnahme.

Der körperliche Befund ergab: Am Hinterhaupt eine winkelig verlaufende Narbe, gleichweite, prompt reagirende, runde Pupillen, leicht nystagmusartige Zuckungen der Bulbi in den Endstellungen; etwas gesteigerte Patellarreflexe.

Psychisch zeigte er sich apathisch, gänzlich theilnahmslos,träumerisch, unbesinnlich, deprimirt, gehemmt, hatte Gehörshallucinationen, hörte allerlei Schimpfworte. Er war völlig erwerbsunfähig, so dass ihm Vollrente zugesprochen wurde.

Am 23. April 1906 hatte sich sein Zustand derartig verschlimmert, dass er in Friedrichsberg aufgenommen werden musste.

Bei seiner Aufnahme klagte er über Schwindel, Stechen im Kopfe, Ziehen und Zittern im ganzen Körper, Ohrensausen. Die Beschwerden steigerten sich, sowie er sich beschäftigte.

Ist mittelgross, kräftig gebaut, muskulös, von blasser Gesichtsfarbe. Abgesehen von einzelnen leicht geschwollenen Leistendrüsen besteht keine Adenopathie. Alte Narbe am Penis. An der Stirn drei kleinere alte Narben. Am Hinterkopfe die von dem Unfalle herrührende 5 cm lange Narbe, die verschieblich über dem Knochen und etwas druckempfindlich, deren Umgebung etwas hyperästhetisch auf Nadelstiche ist. Otitis media inveterata, Zunge zittert beim Herausstecken, kein Bleisaum. Innere Organe normal. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Stuhl normal. Keine Lähmungen; gleiche, mittelweite, runde, prompt auf L., A. und C. reagirende Pupillen. Etwas lebhafte Sehnen- und Hautreflexe. Keine motorischen, keine Sensibilitätsstörungen. Keine Zeichen von Hysterie.

Psychisch machte er anfangs einen verblödeten Eindruck. Er war sehr

apathisch, gleichgültig, indifferent, gehemmt, deprimirt, sass meist zusammengekauert vor sich hinbrütend da, mit auf die Brust gesenktem Haupte, gerunzelter Stirn, halb offenem Munde, starr vor sich hinstierend, von seiner Umgebung wenig Notiz nehmend. Er fasste etwas schwer auf; hatte er die Fragen verstanden, gab er sinngemässen Antworten, zeigte sich völlig orientirt. In der ersten Zeit war er gänzlich interessenoslos, kannte nach Monaten weder die Namen der Aerzte noch die der Wärter, äusserte keinerlei Wünsche, lag meist den ganzen Tag auf Bänken und Stühlen ausgestreckt herum. Eigentliche Intelligenzdefekte waren nicht nachzuweisen. Ende August hellten sich plötzlich, von einem zum anderen Tage, seine starren Züge auf, er bekam Verlangen zu arbeiten, zeigte Freiheitsdrang und machte einen, zwar missglückten, Fluchtversuch. Zurückgebracht, bezeichnetet er sein gesammtes früheres Verhalten als Simulation. Er entpuppte sich hier als ein geschickter, fleissiger Maler, der hier mehrere Zimmer und Corridore nicht ohne Geschmack gemalt hat und bot psychisch nichts Besonderes mehr. Ende October fing er wieder an zu halluciniren, die Stimmen forderten ihn auf fortzulaufen, ein Freund von ihm, Prediger in Stelle, habe ihm gesagt, er solle nach Holland reisen. Er entwich, ging aufs Consulat, doch forderten die Stimmen ihn auf, zurückzukehren. Er wurde von der Polizei zurückgebracht. Hier verhielt er sich in den nächsten Monaten anfangs ruhig und hat auch wieder gearbeitet, später wurde er streitsüchtig, leicht reizbar und gewaltthätig, sprang plötzlich auf einen Wärter zu, versuchte diesen zu erdrosseln, gab als Grund seiner Handlungsweise an, der Wärter habe einen Kranken misshandelt, und er habe diesem Hülfe leisten wollen. H. hat sich dann allmäthlich wieder beruhigt, wurde wieder gehemmt, deprimirt, apathisch, stellte die Arbeit ein. Jetzt behauptete er wiederum, er habe alles simulirt, sei überhaupt nie krank gewesen, habe die Berufsgenossenschaft und Aerzte beschwindelt, habe nie Stimmen gehört. Dissimulation ist leicht nachweisbar. Bei der Exploration giebt er die Hallucinationen zu, behauptete jedoch, die Stimmen bereits als Kind gehört zu haben, hält sich gelegentlich die Ohren zu, um von den Stimmen nicht belästigt zu werden. Während der Exploration wird ihm zugerufen: „Das liegt im Blut“, „Thierisches Beschick, wir leben blind“ etc. Er glaubt, dass die Schallwellen auf die Schnecken im Ohr übergehen, glaubt im Ohr ein Telephon zu haben. Die Art und Weise, wie die Worte und Stimmen entstehen, kann er sich nicht erklären, trotzdem er häufig darüber nachgedacht habe.

Er ist auch jetzt noch etwas apathisch, etwas schwer besinnlich, leicht gehemmt, er versucht sich zur Arbeit zu zwingen, will nicht wieder fortlaufen, da sein Freund in Srelle ihm gesagt habe, er müsse noch hier bleiben. Gröbere Intelligenzdefekte sind auch jetzt nicht nachzuweisen.

Wie beim circulären Irresein, so ist auch hier auffallend der plötzliche Wechsel der Psychose, bald Gemisch von Stupor und Depressionszustand, bald plötzlich umschlagend in ein submanisches Stadium mit euphorischer Stimmung und Unternehmungslust. Dann wieder plötzlich auftretende Erregungszustände mit Gewaltthätigkeit, die allmäthlich wie-

der in ein stupuröses Stadium übergehen. In den einzelnen Phasen der Psychose stehen die lebhaften Hallucinationen im Vordergrund.

Früher war allgemein die Ansicht verbreitet, dass auch eine Kopfverletzung die Ursache einer progressiven Paralyse, wie sie nach Lues, Alkoholismus etc. vorkommt, sein kann. In den letzten Jahren jedoch ist man von dieser Ansicht mehr und mehr zurückgekommen, da der weitere Verlauf und der Sectionsbefund derartiger „traumatischer“ Paralysen lehrte, dass dieselben mit der *Dementia paralytica* im engeren Sinne nicht zu identificiren sind. Auch ich habe einzelne Fälle von Unfallspsychosen in Stadien, die das typische Bild der progressiven Paralyse boten, beobachtet und sah dann später die der Paralyse charakteristischen Symptome (sowohl die psychischen wie die somatischen) schwinden. In einem Fall ging die Paralyse in Schwachsinn über (der bereits erwähnte Fall II); zwei andere Fälle nahmen einen anderen völlig atypischen Verlauf, und dürften daher ebenfalls der Mittheilung werth sein.

### Fall VII.

Der Arbeiter A. W. A. B., hereditär nicht belastet, litt 1882 an Typhus, 1897 an Influenza; Alkoholismus wird negirt; Lues in den Jugendjahren.

In der Nacht vom 22./23. December 1900 fiel B. beim Auskarren von Gütern in Folge eines Fehlritts auf einem Eisenbahnwaggon aus einer Höhe von  $2\frac{1}{2}$  m auf den Erdboden und zog sich hierbei eine Gehirnerschüttung zu, von der er sich jedoch bald wieder erholte, so dass er noch denselben Tag die Arbeit wieder aufnahm. Er wurde am 25. December, da keine Beschäftigung mehr für ihn vorhanden war, entlassen, hat dann 14 Tage wegen Kopfschmerzen bei seiner Mutter darnieder gelegen, am 23. Januar 1901 versuchsweise die Arbeit wieder aufgenommen, musste dieselbe jedoch nach zahlreichen Unterbrechungen definitiv am 31. Mai 1902 wegen immer heftiger auftretenden Kopfschmerzen einstellen.

B. war vom 1. bis 14. März 1901 wegen seiner Unfallbeschwerden, die hauptsächlich nervöser Art waren, im St. Georgen Krankenhouse, wurde vom 18. Juni 1902 im Hafenkrankenhouse wegen seines Geisteszustandes beobachtet, wurde beide Male als geheilt entlassen (im Hafenkrankenhouse war psychisch nur ein etwas langsam ablaufender Gedankengang beobachtet). E. erhob Anspruch auf Rente, da er in Folge von Schwindel, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, leichter Erregbarkeit, Schwerhörigkeit, arbeitsunfähig wäre.

Dr. W. constatirte am 1. August 1902: Normale Réaction der Pupillen, breitbeiniger, schwankender Gang, kein Romberg, etwas gesteigerte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten und hielt den Verletzten um 75 pCt. in seiner Erwerbsfähigkeit behindert.

Am 11. October begutachtet ihn Dr. L., der ihn im Hafenkrankenhouse

beobachtete. B. war psychisch etwas gehemmt, schwer besinnlich, fasste etwas schwer auf, war sonst klar, geordnet, orientirt.

Somatisch: Klopftestempfindlichkeit des Schädels, träge Reaction der Pupillen. Otitis media inveterata. Innere Organe normal, Hypospadie. Klopftestempfindlichkeit des 9. Brustwirbels mit geringer Skoliose nach rechts, doch normale Beweglichkeit der Wirbelsäule. Dermographie, lebhafte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten. Rente 75 pCt.

In den nächsten Monaten trat bereits eine wesentliche Verschlimmerung des Leidens ein.

Der Befund am 7. März 1903 ist folgender: Klopftestempfindlichkeit des Schädels und des rechten Warzenfortsatzes.

Anisocorie, Blässe der Nervi optici. Zunge weicht nach links ab. Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Kopfes; hochgradiger Romberg, sehr unsicherer Gang, kann in Folge allgemeiner Unsicherheit nicht auf einem Beine stehen; gesteigerte Sehnen- und Hautreflexe an den unteren Extremitäten; rechts Fussclonus. Hypalgesie in toto. Sonst ohne wesentliche Änderung gegen früher; nur ist noch eine Zunahme der Schwäche in den Beinen bemerkbar.

Psychisch: Deutlich ausgeprägter Schwachsinn.

Anfang December 1903 kam B. in's Allgemeine Krankenhaus Eppendorf und wurde von dort in die Irrenanstalt Friedrichsberg wegen Dementia paralytica verlegt. Auch hier bot er bei seiner I. Aufnahme das Bild der Paralyse.

Status im December 1903.

Somatisch: Klopftestempfindlichkeit des Schädels, Hyperästhesie der Kopfhaut auf Nadelstiche, starrer ausdrucksloser Gesichtsausdruck. L. Facialis etwas schlechter innervirt als R.

Zunge zittert beim Herausstrecken, weicht etwas nach links ab. Innere Organe normal. Pupillen reagiren (Augenarzt Dr. T.) etwas träge auf Licht. blasse Papillen, gesteigerte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten mit Andeutung von Fussclonus. Romberg plus. Atactischer Gang. Hypalgesie in toto.

Sprache schleppend, verwaschen, zeigt zeitweilig deutlich articulatorische Störungen und Silbenstolpern bei Testworten. Atactische Störungen der Schrift. Keine Blasen- und Mastdarmstörungen.

Psychisch ist er orientirt, macht einen recht dementen Eindruck, Kopfrechnen recht schwach. Patient ist völlig unfähig, selbst die einfachsten eingekleideten Aufgaben zu lösen, kennt, obwohl er in Braunschweig längere Zeit gelebt hat, nicht den Regenten von Braunschweig, nicht den Namen des Kaisers. Vergesslich, apathisch, indifferent, gehemmt, fasst schwer auf, leicht ermüdbar, macht im Laufe des Gesprächs allerlei widersprechende Angaben. Mit der Zeit erholte B. sich hier somatisch und psychisch und wurde am 12. September 1904 gebessert entlassen. (Diagnose: Dementia paralytica.)

B. ist zu Hause gänzlich unthätig geblieben, verhielt sich im Allgemeinen ruhig. Ende 1906 traten dann Verwirrtheits- und Erregungszustände auf. B. führte allerlei wirre Reden, bekam religiöse Wahnideen, wurde gegen seine Umgebung (Eltern und Kostkind) gewaltthätig, hat sie misshandelt, so dass

diese ihn schliesslich durch die Polizei nach Friedrichsberg bringen liessen. Bei seiner Aufnahme bot er im wesentlichen dasselbe Bild, das er noch jetzt bietet.

Der Schädel ist nicht mehr klopfempfindlich; keine Hyperästhesie auf Nadelstiche. Pupillen: beiderseits entrundet, rechts weiter als links, Lichtreaction etwas verzögert. Zunge weicht nach links ab, schlaffe Innervation der Gesichtsmuskulatur, leerer Gesichtsausdruck. Innere Organe normal. Spasmen und gesteigerte Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten, beiderseits (bei der letzten Untersuchung) Fussclonus; rechts Patellarclonus; links Patellarclonus angedeutet, scheinbar hochgradige Ataxie beim Kniehakenversuch. Es besteht nahezu völlige Abasie und Astasie; der Gang ist spastisch-atactisch, breitbeinig, er kann nur mit Unterstützung gehen. Beim Gehen werden die Beine nur wenig im Kniegelenk gebeugt, die Unterschenkel werden mit einem Ruck nach vorn geschleudert und der Kranke tritt mit dem ganzen Fuss auf. Beim Stehen taumelt er nach vorne oder der Seite, ohne jedoch thatsächlich zu fallen. Die Abasie und Astasie ist offenbar psychisch bedingt, auf energetisches Zureden kann er mit geschlossenen Augen und Füssen stehen, es besteht eine allgemeine Unruhe in der Muskulatur. Atrophien und Paresen sind nicht vorhanden, doch besteht eine offenbar psychisch bedingte Schwäche der Innervationsfähigkeit in der Muskulatur. Gehen ist anfangs garnicht möglich, später geht er mit leichter Unterstützung im Zimmer auf und ab, spannt bei den Bewegungen alle Muskeln an und wackelt hin und her. Es besteht Hypalgesie am ganzen Körper. Keine hysterischen Stigmata. Die Sprache zwar verwaschen, zeigt eigenartige Störungen, die aber hauptsächlich psychisch bedingt zu sein scheinen, keine eigentliche articulatorische Störungen, Testworte werden gut nachgesprochen; keine Blasen- und Mastdarmstörungen.

Psychisch ist Patient zeitlich, örtlich und über seine Lage orientirt. Stimmung gleichgültig, ohne Affect, recht apathisch, indifferent, energielos. Anfangs giebt er prompte Antworten, erkennt den ihn besuchenden Arzt, der ihn vor 3 Jahren 14 Tage im Eppendorfer Krankenhouse behandelt hat, wieder, giebt auch den Namen des Arztes, der ihn früher hier behandelt hat, richtig an; nach den Namen der Wärter seiner Mitpatienten hat er sich nie erkundigt; bei der Exploration ermüdet er äusserst schnell. Anfangs ist seine Merkfähigkeit gut, als man ihm einfache Rechenexempel aufgibt, werden diese anfangs gelöst, nach verhältnissmässig kurzer Zeit fängt er an zu faseln, passt nicht mehr auf, kann nur noch schwer auffassen, und giebt später ganz confuse Antworten, kann vorgesagte Worte oder ihm vorgehaltene Gegenstände nicht mehr behalten. Er ist recht stumpfsinnig, kümmert sich nicht um seine Umgebung, liegt am liebsten den ganzen Tag im Bett, zeigt absolut nicht den Trieb, vorwärts zu kommen und wieder besser zu werden. Erregungszustände, Wahnideen und Sinnestäuschungen hat er hier nicht gehabt.

Im Anschluss an einen Unfall entwickelt sich allmählich eine Psychose, die psychisch und somatisch die der Dementia paralytica charakteristischen Symptome zeigt, und in Eppendorf (eigene Beobachtung)

und bei der ersten Aufnahme in Friedrichsberg auch für eine progressive Paralyse gehalten wurde. Die in Friedrichsberg eingetretene Besserung wurde als Remission aufgefasst.

Zwei Jahre später finden wir den Kranken wieder in einem Stadium (mit gesteigerten Sehnenreflexen, Pseudospasmen, Pseudoataxie, Abasie, Astasie, einer psychisch bedingten Schwäche der Innervationsfähigkeit der Muskulatur), das somatisch an Bilder erinnert, die zuerst Nonne und dann Fürstner beschrieben haben, und die Fürstner mit dem Namen „Pseudospastische Parese mit Tremor“ bezeichnet hat. Die leichte Beeinflussbarkeit des Kranken sowie das gesammte Krankheitsbild macht den Eindruck, als ob es sich vor Allem um Störungen psychogener Natur handelt. Psychisch fällt vor Allem seine hochgradig leichte Ermüdbarkeit, seine Apathie, Energielosigkeit, der Indifferentismus in die Augen, Symptome wie sie bei Neurosen nach schweren Kopfverletzungen charakteristisch sind.

E. Meyer<sup>1)</sup> berichtet über einen ähnlichen Fall, bei dem nach einer leichten Verletzung des Ellenbogens ein ähnliches Krankheitsbild auftrat.

Vor Anführung des nächsten Falles, der zeitweilig psychisch ebenfalls das Bild der Paralyse geboten hat, und mit ihr verwechselt ist, will ich bemerken, dass man allerdings verschiedener Meinung sein kann, ob Psychose und Unfall in ursächlichem Zusammenhang steht. Trotzdem möchte ich den Fall erwähnen; denn erstens halte ich einen Zusammenhang für sehr wahrscheinlich, zweitens ist er gutachtlich und schiedsgerichtlich höchst interessant, und drittens ist der Verlauf der Krankheit ein so eigenartiger, dass die Psychose mir deshalb allein schon der Mittheilung werth zu sein scheint.

### Fall VIII.

Der Schlosser S., der hereditär nicht belastet, nie ernstlich krank gewesen, kein Potator ist und sich nie luetisch infizirt hat, zog sich am 27. Februar 1897 bei der Arbeit dadurch, dass ihm eine Leiter auf den Kopf fiel, eine Kopfverletzung mit Gehirnerschütterung zu und hat hinterher mehrfach das Bewusstsein verloren. Am 1. März hat er allerdings bereits die Arbeit wieder aufgenommen, soll aber nach seinen Angaben sowie denen seiner Frau seit dem Unfall häufig an Kopfschmerzen und Schwindelanfällen leiden. Die Schmerzen sind immer schlimmer geworden, so dass er sich im April 1901 in ärztliche Behandlung geben und am 21. April 1901 in's Allgemeine Krankenhaus Eppendorf aufnehmen lassen musste. Dort gab er an, er leide seit zwölf

1) Berliner klin. Wochenschr. 1902. 31.

Wochen an Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit, Uebelkeit, Erbrechen; ausserdem leide er an Beklemmung auf der Brust, an Kopfschmerzen, so dass er in letzter Zeit nur mit Mühe habe seine Arbeit thun können; er fühle sich matt und glaube magerer zu werden.

Psychisch machte er bei der Aufnahme einen alterirten, etwas gehemmten Eindruck. Die Pupillen waren eng, reagirten normal. Auf dem rechten Scheitelbein befand sich eine unregelmässige, dem Knochen adhärente, leicht klopfempfindliche, vom Unfall herrührende Narbe; sonst bot er anfangs psychisch und somatisch nichts Besonderes.

Im weiteren Verlauf jedoch traten Versündigungs-, Verfolgungs- und hypochondrische Wahnideen auf. S. abstinent und wurde am 17. Mai 1901 mit der Diagnose „Melancholie“ nach Friedrichsberg verlegt.

Bei seiner Aufnahme fanden sich somatisch etwas entrundete, ungleiche, aber normal reagirende Pupillen, etwas schlaffe Innervation der Gesichtsmuskulatur mit fibrillären Zuckungen, Zittern der herausgestreckten Zunge. Klopfempfindlichkeit des Schädelns und lebhafte Patellarreflexe.

Psychisch war St. gehemmt, ängstlich, deprimirt, schwer besinnlich, apathisch, stuporös, äusserte Versündigungs- und andere Wahnideen (vorwiegend hypochondrischer Art). Er glaubte, auf dem Meeresboden zu liegen, die Beine seien ihm abgestorben. Er wurde dann mutistisch, hatte später während seines Depressionszustandes und seiner Angstzustände vorübergehend Grössenideen; während er sich im Gefängniss glaubte, äusserte er gleichzeitig 200 Pferde, viele Wagen und 100000000 Thaler zu besitzen. Ausserdem schienen nicht unerhebliche Intelligenzdefekte zu bestehen. So behauptete er, Bismarck sei Reichskanzler, kannte nicht die Bedeutung des Oster- und Pfingstfestes etc.

Die Ehefrau des S. erhob nun Anspruch auf Rente.

Dr. A., der S. gleich nach dem Unfall behandelt hat, sowie Dr. C., der ihn später in's Eppendorfer Krankenhaus sandte, lehnten ohne Weiteres einen Zusammenhang zwischen Psychose und Unfall ab.

Dr. N., der behandelnde Arzt im Eppendorfer Krankenhaus hielt einen Zusammenhang zwischen Psychose und Unfall für unwahrscheinlich, da S. sowie seine Ehefrau im Eppendorfer Krankenhouse anamnestisch Angaben über einen früheren Unfall nicht gemacht haben, und weil Geisteskrankheiten nach einer Kopfverletzung einen anderen Charakter als den der reinen Melancholie zu tragen pflegen.

Dir. Dr. R. glaubte ebenfalls nicht, dass die Geisteskrankheit in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall stände, da dieselbe dann wohl eine andere, mit Lähmung verbundene sein würde.

Dr. B. gab nach nach 6monatiger Beobachtung in Friedrichsberg sein Gutachten dahin ab, dass, wenn die zur Zeit bestehende Geisteskrankheit weiter nichts als eine einfache Seelenstörung sei, ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Betriebsunfall möglich, aber nicht mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei. Handele es sich dagegen um das Anfangsstadium einer Dementia paralytica, so sei ein Zusammenhang wahrscheinlich. Weitere Beobachtung würde die Diagnose sicher stellen.

Im Hinblick auf dieses Gutachten wurde nun die Verhandlung der Sache vertagt.

Da binnen eines Jahres eine wesentliche Aenderung nicht eingetreten war, so glaubte Dr. B. in seinem Gutachten vom Mai 1902, dass es sich doch wohl um eine einfache Seelenstörung im Beginne des Greisenalters handele, hielt einen ursächlichen Zusammenhang für möglich, nahm ihn aber nicht mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit an.

In Folge dessen wurde S. abgewiesen, doch legte er sofort Berufung beim Reichsversicherungsamt ein. Dr. B. wurde nun im März 1903, also ca. 2 Jahre nach der Aufnahme in Fr. abermals zur Beobachtung aufgefordert. Inzwischen war eine ganz wesentliche Veränderung in der Psyche eingetreten. Im Juni 1902 hatte sich allmählich eine Besserung bemerkbar gemacht. S. hatte Krankheitsgefühl und zeigte Einsicht für seinen früheren Zustand. Die Depression, Hemmung und Apathie ging mehr und mehr zurück, er zeigte Interesse für seine Familie, die Wahnideen waren allmählich geschwunden. Er erhielt allerlei Vergünstigungen, durfte im Park allein spazieren gehen, wurde auf einzelne Tage nach Hause beurlaubt. Im November 1903 missbrauchte er zum ersten Male das in ihn gesetzte Vertrauen: er verliess eigenmächtig das Anstaltsgebiet und betrank sich in einer in der Nähe gelegenen Wirthschaft. Dann fing er an, andere Patienten zu verspotten, wurde leicht reizbar und erregbar, lehnte sich gegen die Hausordnung auf, wurde euphorisch, war gehobener Stimmung, die jedoch gelegentlich plötzlich in's Gegentheil umschlug. Im Januar 1903 machte sich eine ethische Depravation bei ihm bemerkbar: während der Besuchszeit führte er allerlei obsöne Redensarten, urinierte in die Stube. Er war dauernd motorisch, unruhig, zeigte sich läppisch, kindisch; allmählich traten Größenideen auf, er sei der beste Arbeiter gewesen, er habe zahlreiche Erfindungen, wie die eines Perpetuum mobile gemacht, verlangte, dass beim Besuch seiner Frau die Thüren mit Guirlanden und Blumen geschmückt werden. Mit der Zeit wurde er immer erregter, wurde gewaltthätig gegen das Wartepersonal und musste isolirt werden. Er zerriss seinen Strohsack, machte aus dem Stroh allerlei Figuren, legte ihnen allerlei Deutungen bei, der Strohsack sollte ein Schiff sein, eine aus Stroh gedrehte Stange einen Signalmast, das obere büschelförmige Ende eine Beleuchtungsvorrichtung darstellen; das nach diesem Modelle zu construiren Dampfschiff solle durch Elektricität getrieben werden. Er erfand ein Patent für seine Sonnenstrahlenlektricität, für eine Uhr, die so construirt war, dass sie für die Ewigkeit gehen sollte, construerte eine vierschläfrige Bettstelle für den Kaiser; durch seine Patente wollte er viele Millionen verdienen. Der Einwurf, dass er dann der Unfallsrente nicht mehr bedürfe, löste einen hochgradigen Erregungszustand aus. Neben der höchst schwachsinnigen Art und Weise, wie er seine Pläne skizzirte, seine Constructionen schilderte, zeigte sich seine hochgradige Kritiklosigkeit in der Ueberschätzung seiner Körperkräfte. Als Kind habe er bereits 300 Pfund tragen können, eine Wagenkette könne er zerreissen, einen Ochsen in den Nacken packen und zu Boden schleudern, er wolle noch 50 Kinder zeugen. Seine Ausführungen brachte S. mit sprudelnder Beredsamkeit vor, liess sich leicht durch

Zwischenfragen unterbrechen, zeigte keine eigentliche Ideenflucht, dagegen Neigung zu Witzeleien, Scherzen, Manirirtheiten. Wenngleich somatische Symptome der Dementia paralytica nicht sicher nachzuweisen waren, so war der psychische Symptomcomplex doch ein solcher, dass die Diagnose Dementia paralytica gestellt wurde. Bei der hochgradigen Kritiklosigkeit, den blühenden Grössenideen, der hochgradigen Selbstüberschätzung, bei der ethischen Depravation, war eine manische Phase des circulären Irreseins auszuschliessen.

Dr. B. nahm daher einen Zusammenhang zwischen Psychose und Unfall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an, und dem St. wurde daraufhin vom Reichsversicherungsamte die Vollrente zugesprochen, indem ohne weiteres angenommen wurde, dass nach dem dem derzeitigen Befunde und dem bisherigen Verlaufe auch die anderen Begutachter ihre Auffassung geändert haben würden.

Im Verlaufe der nächsten Monate beruhigte sich S. allmählich. Er war nicht mehr so enorm leicht erregbar und streitsüchtig, war auch nicht mehr so verwirrt. Auch die Grössenideen traten mehr und mehr zurück. Während er früher erhebliche Intelligenzdefekte zu haben schien, nicht angeben konnte, welche Stadt an der Mündung der Elbe, wo der Nord-Ostsee-Canal sich befindet, welche Meere er verbindet, waren im Septmbeer 1903 Zeichen bestehenden Schwachsins nicht mehr nachzuweisen.

Bevor ich nun den weiteren Verlauf der Psychose schildere, will ich erwähnen, dass die Berufsgenossenschaft sich nicht bei der Entscheidung des Reichsversicherungsamtes beruhigte und auf's Neue Dr. C., Dir. R. und später Dr. N. zur Begutachtung aufforderte.

Dr. C. lehnte allerdings ohne den S. auf's Neue zu untersuchen, ohne weiteres einen Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose wiederum ab.

Dir. R. bestätigte im Juli 1903 den Befund von Dr. B. im März 1903, gab auch zu, dass bei S. psychisch die der Paralyse charakteristischen Symptome vorhanden seien, doch könne er, erst wenn somatische Lähmungserscheinungen eingetreten seien, das bestehende Leiden als Folge der 1897 erlittenen Kopfverletzung ansehen.

Dr. N. hat den Kranken im October 1903 mehrere Tage im Eppendorfer Krankenhouse beobachtet und begutachtet. Es bestand bei S. eine hochgradige Kritiklosigkeit für seine Krankheit, es fanden sich keine schwereren Intelligenz- oder Gedächtnissdefekte; er bot das Bild einer chronisch manischen Erregtheit mit Neigung zu Streitsucht, Schimpfereien und Obscönität. Dr. N. verwies auf sein früheres Gutachten, er habe S. 1901 wegen seiner Melancholie behandelt, aus der sich allmählich ein manisch expansiver Zustand entwickelt hätte. Er war der Meinung, dass es sich nicht um eine Paralyse, sondern um eine völlig atypisch verlaufende Geisteskrankheit handeln müsse. Er schloss einen Zusammenhang zwischen Unfall und den bestehenden Psychose aus, da die ersten Erscheinungen der psychischen Erkrankung erst 4 Jahre nach dem Unfall aufgetreten waren.

Bis zum April 1904 ist dann allmählich noch weiter gehende Besserung eingetreten. S. hatte sich allmählich völlig beruhigt, war völlig geordnet, sowie frei von jeglichen Wahnideen, und zeigte völlige Krankheitseinsicht; für seine früher geäusserten Wahnideen bestand Amnesie. S. wurde am 15. Mai 1904 aus der Anstalt entlassen.

S. hat sich anfangs draussen gut gehalten, ist Mitte 1905 allmählich wieder erregter geworden und wurde am 21. August 1905 wiederum hier aufgenommen.

Somatisch bot er gegen früher keine wesentlichen Veränderungen.

Psychisch zeigte er sich zeitlich und örtlich orientirt; war gehobener Stimmung, sehr heiter, euphorisch und äusserte wiederum die unsinnigsten Grössenideen. Sein Urgrossvater sei Hyronimus Bonapartius, unbesiegter König von Westfalen. Er selbst stamme vom Preussischen Königshause, führe den Titel Prinz, doch habe er den Titel abgelegt, lebe nur noch der Kunst und Wissenschaft. Er sei schon als 9 $\frac{1}{2}$ -jähriger Knabe als Bildhauer und Ingenieur berühmt gewesen, habe viele Patente, mache täglich, ja stündlich neue Erfindungen. Die Unfehlbarkeit seiner Geschosse ginge dreimal so weit als die der Krupp'schen und sie hätten eine unfehlbare Treffsicherheit. Sonne, Mond und Erde habe er zu seinen dienstbaren Geistern gemacht. Er sei der klügste Mann der ganzen Erde, spreche 18 $\frac{1}{2}$  Sprachen und schreibe 14, sei Schriftsteller und Dichter und habe 4548 Gedichte gemacht. Er sei sehr reich, habe grosse Gold- und Diamantenfelder in Australien, habe 20 Milliarden Francs. Er wiege 300, dann 600 Pfund, wolle sich von seiner Frau scheiden lassen, die Witwe Krupp heirathen und mit ihr noch 50 Kinder zeugen. Er habe bereits 1500 Frauen und 2000 Kinder, bis zuletzt habe er noch 10—12 Mal wöchentlich den Beischlaf ausgeführt; das sei für ihn trotz seiner 60 Jahre eine Kleinigkeit, das könne er ständig thun. Auch jetzt bekam er wieder hochgradige Erregungszustände, war streitsüchtig, gewaltthätig, so dass er häufiger isolirt werden musste. Gegen Aerzte war er sehr herablassend, adelte dieselben, ernannte sie zu Geheimräthen, Ober-Professoren, Fürsten der fünf Welttheile. Er confabulirte, wollte Kranke, die im Dauerbade lagen, während der Wärter schlief, vom Tode des Ertrinkens gerettet haben und schilderte die angestellten Wiederbelebungsversuche, wurde auch bei Besuchen wieder sehr obscön, behauptete von Töchtern seiner Mitpatienten, es seien seine unehelichen Kinder, schilderte, wie deren Mutter ihn zum Coitus verführt habe, wäscht sich Gesicht und Hände mit Urin, behauptete, das sei das richtige Parfüm für „Haut- und Haarnerven“, das er nur als Kaiser zu sich zu nehmen berechtigt sei. Im Garten sammelte er Steine und allerlei Unrat, steckte es in den Mund und behauptete, es sei das beste Zahncleansingmittel. Er zeigte sich sehr aufdringlich, geschwätzig, zeigte jetzt auf den verschiedensten Gebieten eine gute Intelligenz. Die Merkfähigkeit war nicht herabgesetzt. Das Gedächtniss für jüngst Geschehenes und weiter Zurückliegendes war gut. Im Juli 1906 hat er sich dann beruhigt; allmählich schwanden seine Grössenideen, im August und September war er völlig geordnet, höflich, zurückhaltend und bescheiden. Er konnte sich selbst nicht vorstellen, wie er zu Aeusserungen derartiger Wahn-

ideen kommen konnte, sah ein, dass er sehr krank gewesen sein musste. Er bot Ende September psychisch nichts Besonderes mehr, zumal keine Spur von Schwachsinn, wurde von seinen Söhnen nach Hause abgeholt.

Im December 1906 hat S. wieder häufiger an Kopfschmerzen gelitten, hatte über Schlaflosigkeit, Gedächtnissabnahme, Appetitlosigkeit, Beschwerden beim Urinieren und Obstipation zu klagen, soll stumpfsinniger geworden sein. Wegen der angeführten Beschwerden, sowie wegen Stuhl- und Harnverhaltung kam er am 9. Januar 1907 ins Eppendorfer Krankenhaus. Wegen Harnverhaltung wurde er täglich katheterisiert und nach wenigen Tagen, da er einen sehr stumpfsinnigen, verblödeten Eindruck machte, wieder nach Friedrichsberg verlegt. Auch hier ist er die ersten Tage katheterisiert worden, lässt seitdem spontan Urin.

Somatisch und psychisch bietet er auch jetzt noch, 11. März 1907, das-selbe Bild wie bei seiner Aufnahme.

Er sieht sehr blass aus, ist sehr mager, sieht gegen früher viel älter und gebrechlich aus. Der Gesichtsausdruck ist leer, maskenartig; Musculatur schlaff innervirt. Am Schädel die oben erwähnte, auf der Unterlage verwachsene Narbe, die auf Druck und bei Beklopfung recht schmerzempfindlich, deren Bereich hyperästhetisch auf Nadelstiche ist.

Pupillen entrundet, eng; r. = l., reagiren prompt, aber nicht sehr ausgiebig auf Licht. Zunge wird gerade ohne Zittern herausgestreckt. Innere Organe normal; geringe periphere Arteriosclerose, sehr lebhafte Patellar-, ge-steigerte Achillessehnenreflexe; Fussklonus beiderseits; Babinski beiderseits +, Händedruck beiderseits sehr schwach; keine Lähmung, keine eigentlichen Spasmen; steifer breitbeiniger, tappender Gang. Kein Romberg, keine Ataxie, allgemeine Schwäche der Musculatur (psychisch bedingt). Sensibilität zeigt, soweit die Prüfung bei der Psychose des Kranken möglich ist, keine gröberen Störungen. Sprache ist nicht articulatorisch gestört, Stimme sehr leise, klanglos, Antworten erfolgen zögernd. Schrift ataktisch. Keine Blasen- und Mast-darmstörung.

Psychisch ist er zeitlich und örtlich orientirt, nicht orientirt über seine Lage. Er kann nicht genau angeben, wieviel Kinder er von der ersten Frau, wieviel er von der zweiten hat, wieviel am Leben sind. Er ist sehr apathisch, gleichgültig, indifferent, zeigt keine Lust sich zu beschäftigen, ist gehemmt, willensschwach und energielos. Depression oder Angstzustände sind nicht aufgetreten. Er ist schwer besinnlich, gedankenlos, unaufmerksam, müde, ver-gesslich; seine Merkfähigkeit ist herabgesetzt, sein Gedächtniss defect; er macht momentan einen ziemlich dementen Eindruck. Obwohl er sonst zeitlich orientirt ist, kann er nicht ausrechnen, wie lange Weihnachten her ist, kann die Bedeutung des Oster-, Charfreitags- und Pfingstfestes nicht angeben, behauptet, Kiel liegt an der Mündung der Elbe, kennt den Namen des jetzigen Reichskanzlers nicht, kennt nicht den Unterschied zwischen Mord und Tod-schlag, von Baum und Strauch, nicht den Vater des jetzigen Kaisers; kann sich seiner Vergangenheit nicht mehr entsinnen, kann nicht angeben, wann er den Unfall erlitten hat, wie oft er bereits früher in Friedrichsberg gewesen ist.

Merkwürdigerweise hat er den ihn besuchenden Arzt, der ihn früher hier drei Monate behandelt hatte, sofort mit Namen wieder erkannt.

Die Annahme, dass in diesem Falle Psychose und Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehen, scheint mir deshalb gerechtfertigt zu sein, weil S. nicht hereditär belastet, vor dem Unfalle nie ernstlich krank gewesen ist, und weil an ihm keine Zeichen von (hochgradiger) Arteriosklerose, Lues, Abusus von Tabak und Alkohol zu finden sind.

Nach den meiner Ansicht nach glaubwürdigen Angaben von S. und seiner Ehefrau — diese Angaben hat S. auch in seinen Depressions- und Hemmungszuständen wiederholt —, leidet er seit der Kopfverletzung an allmählich heftiger auftretenden Kopfschmerzen und Schwindel. Die von dem Unfall herrührende Narbe ist noch klopfempfindlich, ihre Umgebung noch hyperästhetisch auf Nadelstiche. Es bestehen also noch Reizsymptome vom Unfall her.

Eine ohne weiteres entstehende ähnliche, so atypisch verlaufende Psychose wie die vorliegende, dürfte jedenfalls bei einem Individuum mit nahezu 60 Jahren etwas Aussergewöhnliches sein; denn die arteriosklerotischen und präsenilen Psychosen haben einen anderen Verlauf. Gerade aber nach Unfall kommen atypisch verlaufende Psychosen nicht ganz selten vor.

Die vorliegende Geisteskrankheit unter ein Schema zu bringen, ist unmöglich; es handelt sich um eine Unfallspsychose, die periodisch verläuft; sie bietet in mancher Hinsicht Ähnlichkeit mit dem manisch-depressiven Irresein, hat Stadien, in denen sie psychisch der Paralyse gleicht, bietet dann wieder einen Stuporzustand, wie er bei der Katatonie vorkommt. Während der einzelnen Phasen hat es oft den Anschein, als wenn man es mit einem hochgradig schwachsinnigen Menschen zu thun hat, indem der Schwachsinn bald durch die hochgradige Kritiklosigkeit, die Grössenideen, bald durch den eigenartigen Hemmungs- und Stuporzustand, die Verwirrtheit und Gedankenlosigkeit und Vergesslichkeit vorgetäuscht wird. In den Zwischenzeiten sind Intelligenzdefekte nicht nachzuweisen.

Interessant ist ferner die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes, durch welche die Berufsgenossenschaft zur Zahlung der Rente verurtheilt wird, sowie später die Verwerfung der eingelebten Revision. Vier Aerzte schliessen Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose aus. Dr. B., dem einen dieser vier Aerzte unterstellt, lässt die Frage anfangs offen, kommt nach weiterer Monate langer Beobachtung dazu: es ist ein Zusammenhang zwar möglich, doch nicht erwiesen. Es wird

Berufung beim Reichsversicherungsamt eingelebt, das Dr. B. abermals zur Begutachtung auffordert. Inzwischen ist eine wesentliche Aenderung im weiteren Verlauf eingetreten, es handelt sich offenbar um eine Paralyse. Dr. B. nimmt in Folge dessen einen Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ an. In Folge dessen spricht das Reichsversicherungsamt dem Verletzten die Rente zu, indem es ohne weiteres annimmt, auch die anderen Begutachter würden bei weiterer Beobachtung des Verlaufs der Krankheit ihre Auffassung geändert haben. Diese Annahme erweist sich als irrig; die Aerzte beharren auf ihrem Standpunkt. Die Berufsgenossenschaft beantragt in Folge dessen Wiederaufnahme des Verfahrens und Einstellung der Rente, doch wird sie vom Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt abgewiesen. Interesse bietet die Begründung des Urtheils. „Es ist häufig schwer für den Arzt die Ursachen von Geisteskrankheiten festzustellen. Es entspricht aber nicht der socialpolitischen Aufgabe der Organe der Unfallversicherung, den Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Leiden und Betriebsunfall zu erschweren. Im vorliegenden Fall ist es (das Reichsversicherungsamt) einem wohl begründeten Gutachten eines Specialarztes für Geisteskrankheiten gefolgt, der den Kranken eingehend untersucht und begutachtet hat. Ist einmal rechtskräftig unter Anerkennung des ursächlichen Zusammenhangs (zwischen Krankheit und Unfall) einem Verletzten eine Rente zugesprochen, so soll damit die Frage der Causalität erledigt sein. Spätere ärztliche, zu entgegengesetzten Resultaten gelangende Gutachten würden, wenn sie als maassgebend anerkannt würden, eine Quelle fortwährender Beunruhigung für den Verletzten bilden und den Kampf um die Rente immer auf's Neue anfachen.“.

Die klinische Diagnose war, wie der weitere Verlauf ergeben hat, nicht richtig gestellt. Ein Zusammenhang zwischen Unfall und Psychose wird jedoch trotzdem für höchst wahrscheinlich gehalten.

Die bisherigen Krankengeschichten handeln von chronisch verlaufenden Psychosen nach Unfall. Im Folgenden seien nun noch zwei Fälle von acut verlaufenden Geisteskrankheiten erwähnt, die sich an einen Unfall bezw. an eine Kopfverletzung in Folge eines erlittenen Säbelhiebs anschlossen, und welche ebenfalls durch ihre Entstehung und Verlauf Interesse bieten.

### Fall IX.

M. L. D., hereditär nicht belastet, hat früher nie an Krämpfen, Schwindelanfällen und Bewusstseinsstörungen gelitten. Vor 15 Jahren Typhus, machte vor 12 Jahren Concurs, seit dieser Zeit Potator und nervös; über Lues war nichts zu eruiren.

Am 13. Februar 1906 stürzte D. von einer Haustreppe 15 Stufen tief in eine Kellerwohnung und zog sich hierbei eine Rippenquetschung sowie eine Kopfverletzung mit Gehirnerschütterung zu. Er wurde halb bewusstlos von einem Schutzmännchen aufgefunden und in seine Wohnung gebracht. Dort soll er anfangs sehr apathisch gewesen sein, wurde dann erregt, fing an zu phantasieren, war am nächsten Tage jedoch wieder geordnet, litt an Atemnot, Schmerzen in der Herzgegend und Kopfschmerzen. Am 16. Februar fing er wieder an zu phantasieren und zu hallucinieren, wurde motorisch erregt, äusserte Eifersuchtsideen, drohte gewaltthätig zu werden und wurde noch am gleichen Abend ins St. Georgen-Krankenhaus gebracht. Er klagte über Schwindel, Flimmern vor den Augen, Doppelzehen.

Die vorgenommene Untersuchung des Körpers ergab im Wesentlichen einen normalen Befund, nur Hinterkopf und linke Brustwand wurden als druckempfindlich bezeichnet.

D. lag theilnahmlos und mit geschlossenen Augen da, mit dem ganzen Körper halb nach rechts geneigt. Auf Fragen gab er mürrisch und spärlich Auskunft, auch kam er Aufforderungen nur zögernd und unwillig nach. Am 18., 19., 20. und 21. Februar hatte D. eine Reihe von eigenartigen Anfällen. Dieselben begannen meist mit Linksdrehen der Augen und des Kopfes, dann Zuckungen im linken oberen, dann linken unteren Facialis, darauf linker Arm, linkes Bein. Die Papillen waren mittelweit, reactionslos. Mitunter griffen die Zuckungen auch auf den rechten Facialis über; zuweilen trat noch Spannung der Musculatur in den rechten Extremitäten hinzu. Am 21. Februar wurde auf der linken Seite eine Abschwächung der Abdominalreflexe und Babinski constatirt. Die Papillen erschienen hyperämisch, aber nicht gestaut. Zwischen den einzelnen Anfällen war D. meist bei Bewusstsein und gab klare Antworten. Am 21. Februar wurde Brom gegeben. Vom 22. Februar wurden die Anfälle nicht mehr beobachtet. D. wurde aber zunehmend unruhiger, verwirrter, begann zu deliriren, sah Männer zum Fenster einsteigen, wollte sie niederschiessen, glaubte sich auf hoher See, kletterte auf einen Nachttisch, wurde immer unruhiger, so dass er am 6. März 1906 in die Irrenanstalt Friedrichsberg verlegt wurde.

Mittelgross, nicht sehr kräftig, mässig genährt. Musculatur schlaff, besonders an den unteren Extremitäten. Gesicht gedunsen, die Nase geröthet, mit vielen durchsimmernden Gefässen. Conunctiven injicirt. Augenbewegungen frei. Keine Störungen in der Innervation der Gesichtsmusculatur. Pupillen r. = l., rund, reagiren normal auf alle Qualitäten. Papillen temporal etwas abgeblasst (Augenarzt Dr. T.). Zunge ist belegt, zittert, wird gerade herausgestreckt; Foetor ex ore. Herzaction kräftig, beschleunigt zuweilen unregelmässig, sonst Brust- und Bauchorgane ohne pathologischen Befund. Im Urin Spuren von Eiweiss und Zucker. Patellar- und Achillessehnenreflexe etwas gesteigert, beiderseits Fussklonus. Kein Babinski. Hypertonie der Musculatur der unteren Extremitäten, grobe Kraft normal; vielleicht etwas Hypalgesie in toto. Keine Druckempfindlichkeit der grossen Nervenstämmen. Romberg positiv. Gang bei Wendungen unsicher; Sprache etwas eigenartig,

keine deutliche paralytische Störung; Handschrift ungleichmässig, doch ohne Tremor.

D. erschien hinfällig, auf den ersten Augenblick sehr dement, konnte seine Personalien nicht angeben, war örtlich nicht orientirt, verkannte seine Lage, war motorisch sehr unruhig, wühlte mit seinem Bettzeug, drängte unsinnig fort. Er war äusserst verwirrt, zerriss seine Wäsche, wollte im Hemd fortlaufen, um sich Kleider zu kaufen, fasste schwer auf, confabulirte, glaubte aus der Wirthschaft zu kommen, in der Polizeiklinik zu sein, von der aus ein Eingang zur Brauerei führte, war recht zerfahren. Einfache Rechenaufgaben wurden schlecht gelöst. Merkfähigkeit schien stark herabgesetzt. Er war noch bis Ende März völlig verwirrt, wurde dann allmäthlich klarer und geordneter, bis sich schliesslich (12. April 1906) normales psychisches Verhalten wieder einstellte. Seit dem Unfall will D. sich noch matt und schlaff fühlen. Er macht auch jetzt noch den Eindruck eines Alkoholisten, bietet, abgesehen von den nervösen Symptomen bei chronischem Alkoholismus und Spuren von Albumen und Saccharum im Urin somatisch und psychisch nichts Besonderes.

Unmittelbar nach dem Unfall und dem durch ihn bedingten Shock trat ein psychomotorischer Erregungszustand von mehreren Stunden ein. Am folgenden Morgen finden wir den Verletzten wieder klar und geordnet. Drei Tage später ist er wieder völlig verwirrt, delirirt und kommt wegen psychomotorischer Erregung ins Krankenhaus. Hier finden wir ihn leicht benommen, somnolent, apathisch. Am 5. Tage nach dem Sturze treten serienweise halbseitige Jackson'sche Anfälle auf, zwischen denen der Kranke geordnet und klar ist. Die Anfälle dauern 4 Tage und bilden sich wohl nur zufällig nach den Bromgaben zurück. Dagegen machen sich jetzt psychische Krankheitssymptome bemerkbar. Patient ist völlig desorientirt, verwirrt, erregt, hallucinirt; hat einen alkoholdeliriumähnlichen Zustand. Erst Ende März wird er klarer, erholt sich vollkommen und ist seitdem psychisch normal.

Dass es sich in diesem Falle nicht um ein Alkoholdelirium bezw. um ein Recidiv gehandelt hat, geht daraus hervor, dass die Psychose 4 Wochen andauerte und dann allmäthlich eine Besserung eintrat; bei einem Alkoholdelirium dürften Jackson'sche Anfälle ausserdem etwas zum mindesten sehr seltenes sein; ich habe jedenfalls in den  $2\frac{1}{4}$  Jahren als Assistent bei Herrn Dr. Nonne, in welcher Zeit ich über 400 Fälle von Delirium tremens beobachtete, keinen derartigen Fall gesehen. Offenbar haben in Folge der Kopfverletzung durch den Sturz Zerreissungen kleiner Gefässer mit Blutaustritten stattgefunden und haben gewisse reactive Veränderungen in der Umgebung dieser kleinsten Läsionen hervorgerufen, die als Reize die halbseitigen Anfälle auslösten. Wohl nicht die Brommedication, die 12 Tage gegeben wurde, sondern gewissermaassen die Heilung des irritirenden Proesses hat das Sistiren der An-

fälle bedingt. Ebenso wie die Anfälle dürften vielleicht auch die anderen Krankheitssymptome auf molekulare Veränderungen in der Gehirnsubstanz zurückzuführen sein. Auch sie sind in relativ kurzer Zeit verschwunden. Zurückgeblieben ist nur noch eine leichte Ermüdbarkeit und Schwerfälligkeit, die jedoch ebenso gut auf den chronischen Alkoholismus zurückgeführt werden können, zumal derartige nervöse Erscheinungen bereits in den letzten 12 Jahren bestanden haben.

Wie oben schon kurz erwähnt wurde, handelt es sich im letzten Falle nicht um eine Psychose nach Kopfverletzung in Folge eines rentenpflichtigen Unfallen, sondern um eine solche in Folge eines Säbelhiebs. Wenn schon der Verlauf der vorliegenden Unfallspsychose an und für sich einiges Interesse bietet, so erwähne ich den Fall vor Allem deshalb, weil hier wenige Tage nach einem schweren Kopftrauma eine acute Geistesstörung sich entwickelt, ohne dass unmittelbar nach der Verletzung cerebrale Symptome, die auf eine Gehirnerschütterung schliessen lassen, beobachtet sind.

### Fall X.

Der Händler J. A. W. H., mässiger Potator, der früher stets gesund gewesen sein soll, von dem nicht bekannt ist, ob er früher luetisch inficirt war, erhielt bei einem Strassenkrawall am 17. Januar 1906 mehrere Säbelhiebe auf den Kopf. Er hat hierbei anscheinend nicht das Bewusstsein verloren, hat sich allein in seine 4 Treppen hoch liegende Wohnung begeben, ist am nächsten Tage zum Privatarzt gegangen und von diesem mit der Strassenbahn in das Allgemeine Krankenhaus St. Georg gefahren. Hier fand man über beiden Parietalknochen eine fast 8cm grosse Wunde, in deren Tiefe man eine Depressionsfractur erblickte. In Narkose wurde die Depression durch Trepanation gehoben, die Dura freigelegt und ein über derselben befindliches Hämatom von mässiger Ausdehnung entfernt. In den Tagen nach der Operation wurde der Kranke dann allmählich verwirrt, bekam Erregungszustände, zerriss seine Wäsche und Bettzeug, so dass er am 6. Februar 1906, ohne dass die Wunde völlig geheilt war, nach Friedrichsberg verlegt werden musste.

Befund bei der Aufnahme: Kleiner, schwächerlicher, gracil gebauter Mann. Am Schädel die in Heilung begriffene Wunde. Facialis gleich kräftig innervirt; beim Augenschluss Zittern der Lider. Zunge wird gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Innere Organe bis auf Hernia inguinalis duplex normal. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Ataxie leichten Grades in den unteren Extremitäten; Gang unbeholfen, tritt mit den Fersen auf, knickt im Knie ein; stark ausgesprochener Romberg, keine Lähmungen. Pupillen reagiren prompt auf L., A. und C. Augenhintergrund normal. Patellarreflexe gesteigert, Achillessehnenreflexe sehr lebhaft, ebenso die Hautreflexe bis auf den nicht auslösbarer Cremasterreflex. Hypästhesie am ganzen Körper, nur Wadenmusculatur hyperästhetisch. Keine Sprachstörungen.

Bei der Aufnahme fand der Arzt den Kranken im Zimmer sitzend, mit einem Bündel mitgebrachter Wäsche sich beschäftigend, dieselbe ganz unsinnig durcheinander knotend. Patient ist dabei sehr vergnügt, lächelt vor sich hin, von seiner Umgebung nicht die geringste Notiz nehmend. Er antwortet recht confus, ist verwirrt, örtlich und zeitlich desorientirt, verkennt seine Lage völlig, glaubt sich in einer Wirthschaft zu befinden, giebt als Datum bald Mai, Juni, Juli, August, September, October, November und December 1895, Geburtsjahr und Datum richtig an. Er entsinnt sich, dass er einige Säbelhiebe über den Kopf bekommen hat, weiss aber nicht mehr, was dann mit ihm passirt ist. Am folgenden Tage habe er einen Privatarzt aufgesucht und sei von diesem ins Krankenhaus geschickt. Zu Bett gebracht, ist er bald apathisch, leicht im Halbschlummer liegend, bald zeigt er hochgradige motorische Unruhe, wühlt im Bett hin und her, als ob er etwas suche, führt leise Selbstgespräche, scheint sich mit seinen Angehörigen und Freunden zu unterhalten, lässt Urin und Stuhl unter sich. Das Verhalten in der nächsten Zeit ist wechselnd. Am Tage ist er meist ruhig, sehr apathisch, somnolent, liegt mit geschlossenen Augen da, kaum das ihm angebotene Essen zu sich nehmend. Abends fängt er gewöhnlich an zu phantasiren, deliriren, packt mit dem Bettzeug, ist sehr unruhig verkennt Personen, hat Gefühls- und Gehörshallucination, glaubt bald in der Wirthschaft, bald im Werk- und Armenhause, bald auf dem Kirchhof zu sein, führt Selbstgespräche, will alte Lumpen, die er in den Händen zu haben glaubt und ein Bündel schnürt, verkaufen. Seine Merkfähigkeit ist äusserst gering, seine Aufmerksamkeit leicht ablenkbar, ihm fehlt jegliches Krankheitsgefühl.

Am 2. März findet man bei ihm Ptosis links und Schwäche im linken unteren Facialis, Schleifen des rechten Beines beim Seitwärtsgehen, gesteigerte Patellar- und Fusssohlenreflexe; beiderseits Fussclonus, kein Babinski und Oppenheim. Später äussert er allerlei abrupte schwachsinnige Ideen, confabulirt, behauptet bald 100, bald 702 Jahre alt, im Jahre 609 geboren zu sein sein. Sein Zustand bleibt auch in den folgenden unverändert. Am 27. Juli bekommt er Pneumonie, der er am 30. Juli erliegt.

Bei der Section fand sich auf der rechten Seite ein grosser operativer Knochendefect; die Dura zeigte dort auf ihrer Innenseite eine rostfarbene abziehbare Membran. Die weichen Häute waren im Bereich des Stirn-, Parietal- und Schläfenhirns getrübt und verdickt. In der Gegend des rechten Operculums befindet sich ein ca. 1 Markstück grosser, gelber, oberflächlicher Erweichungsherd, der auf dem Durchschnitt die Rinde nur wenig überragt. Die Seitenventrikel sind erweitert, enthalten reichlich Liquor; das Ependym des 1. und 2. Ventrikels ist granulirt; sonst zeigt das Gehirn nichts Abnormes.

H. erleidet ein schweres Kopftrauma, nach dem Commotioerscheinungen nicht beobachtet werden. Der Verletzte ist hinterher völlig geordnet, begiebt sich allein in seine 4 Treppen hoch gelegene Wohnung, sucht am folgenden Tage den Arzt auf und fährt allein per Strassenbahn in's Krankenhaus. Erst nach der vorgenommenen Opera-

tion, bei der die erlittene Depressionsfractur durch Trepanation gehoben, ein Hämatom entfernt wurde, entwickelt sich allmählich ein deliriumartiges Krankheitsbild, zu dem sich im weiteren Verlauf somatische Symptome hinzugesellen, wie sie nach Kopfverletzungen häufiger beobachtet worden sind. Der Kranke erliegt nach mehreren Monaten einer hinzutretenden Pneumonie. Die Section ergiebt eine Pachymeningitis haemorrhagica, Leptomeningitis, einen encephalomalacischen Herd im rechten Stirnhirn, Hydrocephalus internus sowie Ependymitis granulosa. Leider hat eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns nicht stattgefunden.

Dass durch ein derartig schweres Kopftrauma mit Verletzung des Gehirns, durch ein Trauma, das wenige Tage später eine schwere Psychose auslöste und, wie die spätere Section ergab, erhebliche entzündliche Processe im Gehirn verursachte, Commotioerscheinungen entweder überhaupt nicht oder jedenfalls nur unbedeutender Art hervorgerufen werden, dürfte jedenfalls als etwas Aussergewöhnliches zu betrachten sein.

So atypisch die Psychosen nach Unfall verlaufen, so schwierig ist es, bei ihnen eine richtige Prognose zu stellen. Gerade bei denjenigen Geisteskrankheiten, die einen äusserst ungünstigen, floriden Verlauf zu nehmen scheinen — ich verweise noch einmal auf Fall II, VII und VIII — sieht man doch später noch eine wesentliche Besserung eintreten, wenngleich eine völlige Genesung bei chronischen Unfallpsychosen nur selten vorzukommen scheint. Nur Unfallshysterikern, die dem schlechten Einfluss ihrer Angehörigen entzogen sind, dürfte der Aufenthalt in einer geschlossenen Anstalt, in der sie allmählich wieder zur Arbeit erzogen werden, Heilung von ihrem Leiden bringen. Doch leider macht man auch häufig die Erfahrung, dass Kranke, die in der Anstalt fleissige Arbeiter waren und Handwerker völlig ersetzen, nach ihrer Entlassung in Folge des Kampfes um die Rente auf's Neue wieder erkranken.

Eine Aenderung des Unfallgesetzes, vor Allem Abfindung durch eine Geldsumme, wie es ja schon oft und zuletzt wieder in Stuttgart 1906 (Gaupp, Nonne) und in Berlin auf dem Versicherungscongress 1906 (Müller) empfohlen wurde, würde vielleicht Abhülfe schaffen, bezw. derartigen Krankheiten vorbeugen.

---

Zum Schluss will ich nicht verfehlten, Herrn Prof. Dr. Buchholz, Herrn Dr. Körtke, Herrn Dr. Nonne für die Ueberlassung des Mate-

rials sowie letzterem besonders für das der Arbeit gewidmete Interesse meinen herzlichen Dank abzustatten.

### Literaturverzeichniss.

Bernhardt, Beitrag zur Frage von der Beurtheilung der nach heftigen Körperschüttungen auftretenden nervösen Störungen. Deutsche medie. Wochenschr. 1888. S. 245.

Brunn, Die traumatischen Neurosen. 1901.

Brunn, Ein Fall von traumatischer Neurose. Allgemeine Zeitschr. f. Psych. No. 45.

Brunn, Zur Casuistik der traumatischen Neurose. Neurologisches Centralblatt. No. 5.

Buchholz, Chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. 1895.

Freund (Breslau), Ueber die psychischen Störungen bei den traumatischen Neurosen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 51. S. 1005.

Frey, Ueber traumatische Neurose, Neurasthenia traumatica. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. Bd. XXIII. Supplementheft.

Friedmann, M., Ueber eine besonders schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschüttung und über den vasomotorischen Symptomencomplex bei derselben im Allgemeinen. Archiv für Psych. Bd. XXIII. S. 230.

Gudden, Hans, Zur Aetiologie und Symptomatologie der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung des Traumas und der im jugendlichen Alter vorkommenden Fälle von Paralyse. Archiv für Psych. 26. S. 430.

Hartmann, Ueber Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Archiv für Psych. XV.

Hasche-Klünder, Zur Pathologie des Delirium alcoholicum. Mittheilungen aus den Hamburgischen Staatskrankanstalten. 1905.

Kirchhoff, Psychiatrie. 1892.

Kissling, Karl, Kopftraumen und Psychosen. Casuistische Beiträge. Tübingen 1899.

Kraepelin, Psychiatrie. 1904.

Krafft-Ebing, Ueber die durch Gehirnerschüttungen und Kopfverletzungen hervorgerufenen psychischen Krankheiten. Erlangen 1868.

Krafft-Ebing, Lehrb. d. Psych.

Kriegs, Ueber vasomotorische Störungen der Haut bei traumatischer Neurose. Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXII. S. 241.

Leppmann, Heilung einer Psychose durch Kopfverletzung. Breslauer ärztl. Zeitschr. No. 5.

Meschede, Paralytische Geistesstörung nach Trauma. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 55, S. 481.

Meyer, E., Hysterie und Trauma. Berliner klin. Wochenschr. 1902. 31.

Meyer, Ludw., Drei Gutachten über Unfallserkrankungen. Archiv f. Psych. 26, S. 124.

Moeli, C., Ueber psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen. Berliner klin. Wochenschr. 6.

Moser, Trauma nach Psychose. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 5.

Muralt, Katatonische Krankheitsbilder nach Kopfverletzungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 57, S. 457.

Nonne, Ueber den Einfluss der Unfallgesetzgebung auf den Ablauf von Unfallsneurosen. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen. 13. Jahrg. 10.

Nonne, Ueber pseudospastische Parese mit Tremor nach Trauma. Neurolog. Centralbl. 1896.

Oppenheim, Die traumatischen Neurosen. 1892.

Oppenheim, Nervenkrankheiten.

Oppenheim, Aus der Nervenklinik der Charité. Weitere Mittheilungen über die sich an Kopfverletzungen und Erschütterungen (in specie Eisenbahnunfälle) anschliessenden Erkrankungen des Nervensystems.

Rathmann, Ueber die nach Schädeltraumen eintretenden psych. Störungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. XXII.

Reichardt, Ueber acute Geistesstörung nach Gehirnerschütterungen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 61, S. 524.

Richter, A., Zwei Gutachten über traumatische Neurosen bei Irresein.

Richter, Zur Casuistik der Gehirnrindenverletzung. Allg. Zeitschr. f. Psych. S. 327.

Schaefer, A., Gerichtliche Beurtheilung von Gehirnverletzungen. Allg. Zeitschrift f. Psych. 51, S. 668.

Schroeter, K., Psychose nach schwerem Trauma des Schädeldaches. Allg. Zeitschr. f. Psych. 43, S. 215.

Schroeter, R., Zwei Fälle von schwerer Schädelverletzung und Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 42, S. 251.

Schultze, E., Bericht über einen von ihm beobachteten Fall von Hysterie nach Verletzung. Allg. Zeitschr. f. Psych. 55, S. 322.

Skrzeczka, Geistesstörung in Folge von Kopfverletzung. Berliner med. psycholog. Gesellschaft, Sitzung 20. Juni 1870. Archiv f. Psych. III. S. 498.

Stolper, Geistesstörungen in Folge von Kopfverletzung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. XIII.

Strümpell, Lehrb. der spec. Pathol. und Therap.

Thomsen, Commotio, Hirnverletzung oder Neurose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 51, S. 655.

Thomsen, Ein Fall von traumatischer Reflexpsychose. 28. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 9. Januar 1888. Archiv f. Psych. XX. S. 591.

708 Dr. Hasche-Klünder, Ueber atypisch verlauf. Psychosen nach Unfall.

Wagner, Julius, Ueber Trauma, Epilepsie und Geistesstörung. Jahrbücher f. Psych. VIII.

Wendt, J., Ein Fall von traumatischer Psychose. Allg. Zeitschr. f. Psych. 61, S. 296.

Werner, Ueber Geisteskrankheiten nach Kopfverletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. XXIII. Supplementheft.

Wernicke, Lehrbuch der Psychiatrie.

Wille, Ueber traumatisches Irresein. 2. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte. 3. Juni 1877. Archiv f. Psych. VIII. S. 219.

---