

XXI.

Aus der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Prof. Dr. Sioli).

Beiträge zur Fehldiagnose Hysterie.

Von

Dr. med. **Hans Wachsmuth,**

Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Eichberg im Rheingau.

Wenn wir von der Erwägung ausgehen, dass einer der instruktivsten Wege zur Erkenntnis der Krankheiten die Beachtung der Fehldiagnosen ist, so muss man sich fragen, warum dieser Weg nicht literarisch öfter benutzt wird. Wenn man ehrlich ist, so ist die Antwort nicht schwer, man spricht nicht gern in Rücksicht auf sich selbst und auf andere von den Fällen, in denen man sich geirrt hat, da man nicht recht zugeben will, dass man zu einer sicheren Diagnose nicht gekommen ist und doch besteht bei manchen Fehldiagnosen eine gewisse Gesetzmässigkeit, die schon deshalb von einigem Interesse ist, weil sie uns ein Wegweiser werden kann, der gerade in den Anfängen der Krankheiten von grosser praktischer Bedeutung ist. Die Tatsache, dass organische Hirnkrankheiten in ihrem Verlauf, besonders aber in ihrem Beginn, hysteriforme Symptome bieten, ist ja genügend bekannt, auch in den Lehrbüchern genug gewürdigt worden und doch sieht man in der Praxis, dass diese Symptome zuweilen Wochen und Monate, bisweilen Jahre lang zu der Diagnose Hysterie verleiten, so dass es sich wohl verlohnt, auf solche Fälle aus der Praxis heraus erneut hinzuweisen.

Im Folgenden seien einige Fälle angeführt, in denen mehr oder weniger ausgeprägte hysteriforme Symptome auf kurze oder längere Zeit hinaus, ja selbst bis zum Tode der Kranken zur Fehldiagnose Hysterie geführt haben oder wenigstens es vermocht haben, dass die Diagnose Hysterie nicht ganz ausgeschlossen wurde. Um alles Persönliche von vornherein auszuschalten, soll es in jedem Falle dahin gestellt bleiben, ob und zu welcher Zeit die Diagnose von uns oder von andern gestellt wurde. Nicht unerwähnt möchte ich dabei lassen, dass es nach unserer Beobachtung eine ganze Reihe von Fällen gibt, und

diese Zahl vermehrt sich je länger man auf diese Fälle achtet, in denen es trotz Monate, ja Jahre langem Bestehen der Krankheit fast unmöglich ist, mit Sicherheit zu sagen, ob es sich um einen Fall von Hysterie, *Dementia praecox*, manisch depressivem Irresein oder einer organischen Hirnkrankheit handelt.

Dass bei organischen Gehirnkrankheiten nicht selten hysteriforme Symptome auftreten, kann natürlich ebensowenig ein zufälliges Zusammentreffen sein, wie zum Beispiel die Tatsache, dass bei angeborenem Schwachsinn Symptome auftreten, wie sie den organischen Hirnkrankungen eigen sind, sondern es muss dies im Wesen der Krankheit seinen Grund haben, es fehlt nur bisher eine ausreichende Erklärung, weshalb das so ist; vielleicht kommt man auf diesem Umwege einmal dazu, Näheres über das Wesen der Hysterie zu erfahren. Den einen Rückschluss darf man wohl ziehen, dass die Hysterie eine ernstere Krankheit ist, als sie hier und da in praxi gehalten wird, und weiterhin, dass es sich bei der Hysterie nicht nur um eine nervöse, sondern um eine ausgesprochen psychische Störung handelt.

Der umgekehrte Fall, dass hysterische Symptome als organische angesehen werden und zu operativen Eingriffen Anlass geben, ist ja auch nicht so selten und es wäre im Interesse einer erschöpfenden Uebersicht zu wünschen, dass möglichst viele solche Fälle ohne alle persönlichen Rücksichten *sine ira et studio* zur Veröffentlichung gelangen.

Raecke (Berliner klinische Wochenschrift 1907, Nr. 10) präzisiert die moderne Auffassung über Hysterie folgendermassen: „Es bricht sich immer allgemeiner die Ueberzeugung Bahn, dass dieses weit verbreitete und daher gerade für den praktischen Arzt ungemein wichtige „Nervenleiden“ sich in letzter Linie auf rein psychischen Störungen aufbaut.“

Oppenheim (Lehrbuch der Nervenkrankheiten) findet in einer Eigenschaft der hysterischen Symptome den sichersten Wegweiser, in ihrer Abhängigkeit von seelischen Einflüssen und ihrer Reaktion auf dieselben.

Binswanger (Die Hysterie.) äussert sich über die Schwierigkeit der Diagnose Hysterie dahin, dass die Erkennung der Krankheit bald zu den leichtesten, bald zu den schwersten Aufgaben des Arztes gehöre. Eine Unterscheidung hysterischer (konvulsiver) Anfälle von paralytischen (apoplektiformen und epileptiformen) ist bei Bestehen der Paralyse kaum durchführbar. Auch der Nachweis eines Intelligenzdefektes spricht nicht gegen das Vorhandensein von Hysterie.

Fall 1. X. Y., Traumatisches subdurales Hämatom.

23 jähriger Mann. Keine erbliche Belastung. Normale Geburt. Guter Schüler. Später Büroarbeiter. Nie krank. Keine Krampfanfälle. Mässig im Trinken, verträgt nicht viel.

Pat. wurde nachts im Februar 1905 zu Frankfurt a. Main auf dem Heimwege von einem Fest, wohl etwas unter Alkoholkwirkung stehend, nicht aber, wie von den Begleitern bestimmt versichert wird, eigentlich betrunken, überfallen und erhielt mit einem spitzen scharfen Instrument, wahrscheinlich einer Schusterahle, einen Stich links in den Kopf. Er konnte noch seine Freunde zur Hülfe herbeirufen, da er gestochen sei, ging auch noch eine kleine Strecke Weges, fiel dann aber bewusstlos zu Boden und musste nach dem Polizeirevier getragen werden, wobei er den Eindruck eines Toten machte. Ein herbeigerufener Arzt soll der Ansicht gewesen sein, es handle sich um schwere Trunkenheit. Der Kranke wurde nach der Irrenanstalt transportiert, wohin in Frankfurt — wenigstens damals — ordnungsgemäss schwere Fälle von Bewusstlosigkeit mit und ohne Komplikation von Alkoholismus, die auf der Strasse hülfsbedürftig werden, gebracht werden.

Hier ergab die körperliche Untersuchung leichte Hautabschürfungen am Gesicht und am linken Unterschenkel, am Schädel über dem linken Ohre nahe der Mittellinie eine minimale dreieckige Hautwunde, die etwas verklebt war. Der Kranke lag schlafend und ruhig atmend da. Puls regelmässig, kräftig, mittlere Frequenz. Bei Berührungen wandte Pat. sich ab; Bewegungen energisch. Expirationsluft roch nach Alkohol. Pat. schlief bis zum Mittag des andern Tages, nannte auf Anrufen seinen Namen. Nachmittags wurde er freier, antwortete auf Anruf mit „ja“, und drehte sich herum, sprach aber weiter nicht. Auf Aufforderung suchte er die Augen zu öffnen, das linke Augenlid wurde jedoch nicht gehoben. Beim Blick nach links folgte das linke Auge, nach rechts nicht, sondern blieb in Mittelstellung stehen. Linke Pupille etwas grösser wie die rechte. Im Fazialisgebiet keine Differenzen, keine Lähmungserscheinungen. Zunge gerade herausgestreckt. Ohren frei von Blut, Trommelfell ohne Veränderungen, Nase ebenfalls frei von Blut. Arme werden beiderseits energisch bewegt. Abdominalreflexe von normaler Intensität. Untere Extremitäten leicht an den Unterleib gezogen. Patellarsehnenreflexe beiderseits von normaler Stärke. Keine Kloni. Babinski links angedeutet, rechts nicht vorhanden. Innere Organe ohne Besonderheiten. Vielleicht besteht eine geringe Schwäche des linken Beines. Schmerzempfindlichkeit universell etwas herabgesetzt. Nach Hinzuziehung eines Chirurgen wurde beschlossen, vorläufig von einem chirurgischen Eingriff abzusehen, jedoch wurde die Frage einer Trepanation erwogen.

In folgender Nacht schlief Pat. gut. Am andern Morgen machte er einige Angaben, bei der Visite jedoch sprach er wieder nicht. Er trank drei Tassen Kakao und Milch, die ihm hingegeben wurden. Linke Stirnscheitelgegend leicht ödematös geschwollen, druckempfindlich. Bewegt alle Extremitäten kräftig. Links Ptosis. Linke Pupille Spur weiter, reagiert etwas träger wie rechts. Dauernd benommen, Stuhl und Urin jedoch spontan entleert.

Am 14. 2. 05. Verlegung in eine chirurgische Klinik. Bei der Aufnahme dort apathisch, reagiert auf Anrufen mit Drehen des Kopfes; auf Fragen nach Name, Alter usw. langsame richtige Antworten. Nach den Vorgängen in der Nacht vom 12. zum 13. gefragt, antwortete er: „Ich weiss nicht“.

Keine Temperaturerhöhung. Puls 70—80. Respiration ruhig, flach, 20 bis 22. Linkes oberes Augenlid hängt etwas herab, wird auch auf Auffordern nicht gehoben. Pupillen beiderseits mittelweit, gleich, reagieren auf Lichteinfall. Augen werden auf Aufforderung nicht bewegt, folgen aber in verschiedenen Richtungen den Personen, die am Bette stehen, wenn auch nicht ausgiebig. Oberflächliche Hautabschürfungen am oberen Drittel des linken Unterschenkels über dem linken Schienbein, zirka 5 cm lang. Keine entzündlichen Erscheinungen in der Umgebung der Lymphbahnen. Am Schädel besteht über der rechten Scheitelbeingegend eine Spur von Schwellung, ebenso über der linken Scheitelbeingegend, welche druckempfindlich ist. 12 cm oberhalb der Mitte der linken Augenbraue, zirka 3 cm nach vorn von einer Senkrechten, die am Ansatz des linken Ohres gelegt wird, $2\frac{1}{2}$ —3 cm von der Mittellinie des Schädels, dieser parallel laufend, befindet sich eine $1\frac{1}{2}$ cm lange, 2 mm breite, frische aber verklebte Wunde, welche mit einem kleinen Blutschorf bedeckt ist. Die Wunde sieht ganz reizlos aus, Umgebung blass, nicht geschwollen, eine Depression des Knochens ist nicht fühlbar. Wirbelsäule nirgends druckempfindlich. Rechtes Auge normaler Befund. Linkes Auge hängt herab, wird willkürlich nicht gehoben. Bei passiver Hebung etwas Muskelspannung wahrnehmbar. Aus Mund, Nase, Ohren kein Blutabgang. Fazialis o. B. Zunge auf Aufforderung gerade vorgestreckt. Arme und Beine werden auf Aufforderung bewegt, Bewegungen beiderseits gleich, langsam, aber richtig. Kein Zittern. Bei passiven Bewegungen etwas Muskelspannung zu überwinden. Sensibilität (Berührungen, Nadelstiche) etwa dem benommenen Zustand entsprechend herabgesetzt. Es wird richtig lokalisiert. Schlund-, Bauchhaut-, Achillessehnenreflexe beiderseits gleich deutlich. Kniephänomen links vielleicht etwas stärker wie rechts. Babinsky weder rechts noch links festzustellen. Sprache leise, langsam, ohne artikulatorische Störungen. Flüssigkeiten werden gut geschluckt. Sphinkteren ungestört, Pat. deutet rechtzeitig das Bedürfnis an, Urin zu lassen usw. Er erkennt seinen Hausarzt, kann sich aber nicht auf dessen Namen besinnen. T. 37,0, P. 84, R. 20.

Therapie: Keine Indikation zu einem operativen Eingriff. Abwarten.

15. 2. 05. liegt meist ganz ruhig, auch nachts. Gegen Morgen Versuch aus dem Bett zu gehen, offenbar zum Urinlassen. Taumelt, droht umzufallen, legt sich quer übers Bett. Scheint (auf Befragen) morgens sich nicht dessen zu erinnern. T. 36,9, P. 80, R. 18—20. Objektiv: leichtes Oedem der hinteren Scheitelgegend. Keine Rötung hier oder an der Wunde. Herabhängen des linken oberen Augenlides wie bisher. Pupillen o. B. Augenbewegung nicht genau zu prüfen, da Pat. somnolent ist, jedoch sind Bewegungen nach rechts und links zeitweise zu sehen. Von Lähmungen weder an Armen noch an Beinen etwas nachweisbar. Bewegungen, auch komplizierte: Rechte Hand an linkes Ohr usw. ohne Zittern, allerdings erst nach einem Intervall zwischen Befehl und Ausführung langsam aber richtig ausgeführt. Sensibilität: Berührungen richtig lokalisiert. Pat. zeigt die Stellen mit dem Finger. Urin hellgelb, klar, sauer, 1016, reichlich. Kein Zucker, kein Eiweis. Keine unwillkürlichen Entleerungen. Stuhl angehalten. Kolomel 0,2. 2 Dosen ohne Erfolg.

Einlauf. Flüssigkeiten werden geschluckt. Sprache wie gestern. T. 39,0, P. 94, R. 22.

16. 2. 05. Nachts wieder Versuch aus dem Bett zu gehen, auch tags solche Versuche, langsam wie in tiefem Schlaf. Unterbricht die Bewegungen bei Aufforderung ruhig zu bleiben. Nennt auf Befragen Namen, Alter, Wohnung; rechnet $4 \times 4 = 16$; $16 - 7 = 9$; $9 + 4 = 13$. Antworten kommen langsam. Auf die Frage, was mit ihm vorgefallen sei, gibt er keine Antwort. Er kennt den Vater und den Hausarzt. Innere Organe o. B. Kein Husten. Kein Erbrechen. Kaut und schluckt auch feste Speisen. Sprache intakt. Nie Zuckungen. Motilität und Sensibilität wie bisher. Pulsverlangsamung. T. 38,3, P. 60, R. 18. — T. 38,8, P. 64, R. 18.

17. 2. 05. In der Nacht unruhiger. Sucht trotz Schutzbrett das Bett zu verlassen. Ist bei diesen Versuchen sicherer geworden. Wehrt ab, wenn man ihn zurückhält. Spricht mit lauter Stimme einzelne Worte. Parese des linken Fazialis?? Nasolabialfalte etwas verstrichen. Beim Sprechen nichts zu bemerken. T. 37,1, P. 55, R. 20. — T. 36,8, P. 50, R. 20.

18. 2. 05. Schlaf schlecht, trotz Veronal. Pat. liegt bei Tage ruhig da, wandert nachts im Krankensaal umher, weckt andere Kranke, spricht sie an, tags gab er an, er wisse nichts davon. Er wurde lebhafter, sprach schneller. Es war wie auch in den folgenden Tagen zu beobachten, dass er geforderte Bewegungen nach einer Pause wohl auszuführen begann, mitten in der Bewegung aber oft in der unbequemsten Stellung gewissermassen erstarrte, bei passivgegebenen Stellungen minutenlang in diesem verharnte. T. 36,3 P. 50, R. 20. — T. 37,9, P. 54, R. 22.

19. 2. 05. Nachts unruhig. Ausser Bett. Wie somnambul, weiss nachher nichts davon, tags apathisch. Flexibilia cerea. T. 36,3, P. 64, R. 20, — T. 37,3, P. 64, R. 22.

20. 2. 05. Nachts ruhiger. (Natr. bromat.) Tags wie gestern. T. 37,0, P. 100, R. 22. — T. 37,3, P. 99, R. 24.

21. 2. 05. Morgens: Rechenexempel richtig gelöst. Abends: Pat. öffnet das rechte Auge auch nicht mehr. Uvula devieirt nach links. Kein Korneal- und Konjunktivalreflex. Gegen Nadelstiche universelle Analgesie.

Von diesem Tage ab verschlechterte sich langsam der Zustand. Auf Anregen reagiert er weniger, schluckt schlechter, lässt den Urin ins Bett gehen. An der rechten Hand und am linken Fuss treten eigentümliche Abhebungen der Oberhaut auf, die wie Brandblasen aussehen. Im Mund und im Rachen sammelt sich bei Rückenlage der Schleim an und wird übelriechend, er gibt den Anlass zur Mundfäule, die nur durch sorgfältige Reinigung in Schranken gehalten wird. Die Kopfwunde ist ganz verheilt, die Schwellung über dem Scheitel ist verschwunden, ebenso die Druckempfindlichkeit, eine Verletzung des Schädelknochens ist nicht nachweisbar. T. 37,5, P. 80, R. 22. — T. 37,6, P. 60, R. 22.

22. 2. 05. Reagiert nicht auf Anrufen, schluckt schlechter. Starke Spasmen. Urin ins Bett gelassen. Stuhl auf Einlauf. T. 37,6, P. 70, R. 22. — T. 38,1, P. 90, R. 24.

23. 2. 05. Status idem. Eigentümliche Blasenbildung am rechten Daumen und rechten 4. Finger. T. 37,7, P. 64, R. 20. — T. 38,2, P. 76, R. 22.

24. 2. 05. Blasen am linken Fuss unterhalb des Malleolus internus. Schluckbeschwerden. Starke Soorbildung. Augenhintergrund o. B. T. 38,5, P. 100, R. 22. — T. 38,7, P. 98, R. 24.

25. 2. 05. Röntgenaufnahme des Schädels negativ. Beginnender Dekubitus am Kreuzbein. (Blasenbildung.) T. 39,0, P. 112, R. 22. — T. 38,3, P. 104, R. 22.

26. 2. 05. Allgemeinbefinden schlecht. T. 39,0, P. 100, R. 22. — T. 39,3, P. 100, R. 24.

27. 2. 05. Ist über die Zeit orientiert. Erkennt ihn besuchende Freunde, meist aber soporös. T. 39,3, P. 104, R. 22. — T. 39,6, P. 100, R. 24.

28. 2. 05. Erkennt das Zifferblatt der Uhr. 1mal Sondenfütterung. Pat. lässt Urin unter sich gehen. Bewusstsein meist umschleiert, doch zeigten gelegentliche Aeusserungen, bis 5 Tage vor dem Tode (4/5 3. 05), dass keine völlige Bewusstlosigkeit bestand, sondern mehr eine Art Schlafzustand. Auch fiel auf, dass Pat. während der letzten Woche oft beide Augen vollständig öffnete und die Augäpfel in normaler Weise hin und her bewegte. Während der letzten 5 Tage waren ihm weder durch Zureden noch durch den Besuch der Angehörigen irgend welche Aeusserungen zu entlocken. T. 39,6, P. 104, R. 24. — T. 39,8, P. 120, R. 26.

1. 3. 05. 2mal Sondenfütterung. Bad mit Uebergiessung. Ohrenuntersuchung: Beiderseits etwas Cerumen. Kein Blut oder Eiter. Beim Auswischen etwas Blutung im äusseren Gehörgang. Trommelfell o. B. Zunehmende Benommenheit. T. 39,6, P. 112, R. 22. — T. 38,4, P. 116, R. 26.

2. 3. 05. Benommenheit wird immer stärker. Warme Waschungen. 2mal Sondenfütterung. Dekubitus am Kreuzbein. T. 38,9, P. 108, R. 24. — T. 38,9, P. 104, R. 28.

3. 3. 05. Augenhintergrund o. B. Blutunterlaufung an der linken Ferse. Kniephänomen beiderseits nicht auszulösen. Urin enthält 1pM. Eiweiss. T. 38,9, P. 106, R. 34. — T. 39,2, P. 120, R. 36.

4. 3. 05. Reagiert auf keinen Anruf. T. 40,2, P. 120, R. 36. — T. 40,1, P. 140, R. 40.

Der Tod erfolgte unter den Zeichen von rasch zunehmender Herzschwäche in der Nacht vom 4. zum 5. März 1905.

Die Sektion ergab eine Durchtränkung des Zellgewebes der Kopfschwarte im Bereiche des linken Scheitelbeines mit dunklem eingedicktem Blute. Die Beinhaut des Schädels war gleichfalls im Bereich des linken Scheitelbeins von eingedicktem dunkelrotem Blute durchtränkt. Während eine Verletzung der Beinhaut selbst nicht nachweisbar war, konnte man durch Betastung eine unregelmässige Erhöhung des Knochens unter der Beinhaut feststellen. Nach Abziehen der Beinhaut vom Schädeldach fand sich 1 cm nach hinten von der linken Kranznaht, $3\frac{1}{2}$ cm nach hinten von der Pfeilnaht beginnend, eine direkt nach hinten ziehende $1\frac{1}{2}$ cm lange deutlich scharfrandige Schramme in der äusseren Tafel, an deren Ende ein bohnergrosses Stück der äusseren Tafel

zur Hälfte aus dem Zusammenhang mit den übrigen Knochen gelöst war und mit einer scharfen Kante über das Niveau des benachbarten Knochens hervorragte. Das Schädeldach sägte sich leicht, war 3—5 mm dick, mit einer bis zu 2 mm mächtigen blassgrauroten Zwischensubstanz, es war ungewöhnlich leicht und an vielen Stellen durchscheinend. Die oben beschriebene Schramme durchsetzte die Dicke des Schädeldaches, die innere Tafel zeigte eine 1 cm lange scharfrandige Öffnung, welche so schmal war, dass man nur ein dünnes Messer nach aussen durchführen konnte. Harte Hirnhaut wenig gespannt, schmutzig graurot, wenig durchscheinend. Längsblutleiter enthält in geringer Menge dunkles Blutgerinnsel. Beim Aufschneiden und Umlegen der harten Hirnhaut der linken Seite zwischen ihr und der weichen Hirnhaut braunrotes Blutgerinnsel, etwa in der Menge von 50 cem. Nach dessen Entfernung eine entsprechende dellenförmige Einsenkung der Gehirnoberfläche des linken Scheitel- und Stirnlappens. Nach Abspülung der harten Hirnhaut fand sich an der Innenseite ein etwa 0,5 cm langer scharfrandiger spitzwinkliger Schlitz, welcher eine entsprechende gleichartige Öffnung an der Aussenseite der harten Hirnhaut hatte. Innenseite der harten Hirnhaut braunrot, glatt und spiegelnd. Auf der weichen Hirnhaut entleerte sich bei Druck auf eine mittelgrosse Blutader dunkelflüssiges Blut. Diese Stelle entsprach dem vorher beschriebenen Loche in der harten Hirnhaut, das Loch im Gefässe selbst wurde nicht gefunden, die Gegend entsprach der zweiten Stirnwindung. Weiche Hirnhaut überall zart, auf der linken Seite im Bereiche des Blutergusses braunrot durchtränkt. Auf dem rechten Scheitellappen eine mässige wässrige Durchtränkung. Blutadern nicht bis zur halben Rundung gefüllt. Nach Herausnahme des Gehirns in der linken mittleren und hinteren Schädelgrube braunrotes Blutgerinnsel von etwa 15 cem Menge. Weiche Hirnhaut am Schädelgrunde zart und durchscheinend ohne Durchtränkung. Grosshirn von weicher Beschaffenheit, auf der Schnittfläche feucht glänzend, Rinde grau, Mark weiss mit wenigen abspülbaren Blutpunkten. Gehirnkammern leer, Wände feucht glänzend und zart. Gefässe der oberen Platte und der seitlichen Geflechte fast leer. Auf zahlreichen Einschnitten, welche durch den linken Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappen gemacht wurden, nirgends eine Veränderung der Rinde, nirgends frei ausgetretenes Blut. Grosse Knoten des Gehirns, keine Strukturveränderung; Kleinhirn, Brücke und verlängertes Mark desgleichen. Knochen und harte Hirnhaut des Schädelgrundes unverändert und unverletzt.

Im vorliegenden Falle hatte diagnostisch der Umstand besonders Schwierigkeiten gemacht, dass die zur Beobachtung gekommenen und zum Teil wieder verschwundenen Lähmungssymptome vorzugsweise auf der linken Seite sich einstellten und nicht, wie nach der Lage des Stiches zu erwarten war, rechts. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass man, wenn man sich den ganzen Verlauf der Krankheit mit all seinen Einzelheiten vor Augen stellt, eine Hysterie wenigstens in den letzten Phasen ausschliessen kann, und doch kamen noch in den letzten Tagen Syptomem zur Beobachtung, die sich nicht durch organische Veränderungen

im Zentralnervensystem erklären lassen, sondern die typisch funktioneller Natur waren. Wie schon oben erwähnt, findet Oppenheim in einer Eigenschaft der hysterischen Symptome den sichersten Wegweiser, in ihrer Abhängigkeit von seelischen Einflüssen und ihrer Reaktion auf dieselben. So richtig dieser Satz ist, so hilft er doch nicht über alle Schwierigkeit hinweg, wie Nachstehendes beweist. In unserem Falle wurden dem Patienten noch zwei Tage vor seinem Tode einfache Bechen-exempel aufgegeben, die er nicht zu lösen vermochte. Als darauf, wie beiläufig, vom Arzt bemerkt wurde, dass Patient von seinem Prinzipal wohl nicht mehr beschäftigt werden würde, wenn er so einfache Aufgaben nicht rechnen könne und dieselben Aufgaben abermals aufgegeben wurden, löste Patient sie ganz prompt. Man sieht daraus, dass auch dieser Wegweiser zuweilen in die Irre führt. Das Gleiche gilt auch von dem Satze Binswanger's: „Die Beeinflussbarkeit aller Innervationsvorgänge durch psychische Einwirkungen ist das kennzeichnendste Merkmal der hysterischen Veränderung“. Wie das Auftreten der traumatischen Hysterie beweist, gibt es ja Komplikationen von hysterischen und organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, bei welchen die hysterischen Symptome nicht unbedingt durch das Wesen der organischen Hirnkrankheiten mitgeschaffen werden, können doch auch diese Hysterien je nach den äusseren Umständen, so zum Beispiel durch einen Rentenkampf ausserordentlich beeinflusst werden, ganz anders aber verhält es sich mit den hysteriformen Symptomen bei organischen Gehirnkrankheiten, welche nicht als ein zufälliges Beiwerk der organischen Gehirnkrankheit aufgefasst werden dürfen, sondern als ein wesentliches Symptom, das wohl noch häufiger zur Beobachtung kommen wird, wenn man ihm noch mehr wie bisher Beachtung schenkt. Von diesem Gesichtspunkte dürfen wir auch diejenigen organischen Gehirnkrankheiten, welche zeitweise fälschlich als Hysterien angesprochen wurden, ein erhöhtes Interesse beanspruchen.

Aus Veranlassung dieses Falles wurde in der Presse darüber gemurmelt, dass der Kranke als betrunken in die Irrenanstalt gebracht wurde. Wer jedoch häufig Gelegenheit hat, Kranke zu sehen, die in bewusstlosem Zustande mit und ohne Alkoholvergiftung auf der Strasse gefunden werden, wird bestätigen können, dass es bisweilen auch bei exakter Untersuchung völlig unmöglich ist, eine schwere Hirnkrankung auszuschliessen oder mit Sicherheit zu diagnostizieren und schliesslich ist eine schwere Alkoholvergiftung nichts anders als eine akute schwere Hirnkrankheit, die die gleiche Therapie erforderlich macht, wie die anderen Hirnkrankheiten auch. Wer dem Arzt der Rettungswache, der den Kranken in die Anstalt eingewiesen hatte, einen Vorwurf machen wollte,

darf nicht vergessen, dass im vorliegenden Falle noch nach Wochen keine absolut sichere Diagnose gestellt wurde, trotzdem Chirurgen, Neurologen, Psychiater und Ophthalmologen hinzugezogen waren und gründlich Gelegenheit hatten, in aller Ruhe zu untersuchen und davon Gebrauch machten und da soll ein Arzt, der nachts auf das Polizeirevier gerufen wird, der den Fall von der Strasse weg zu beurteilen hat, der auch schnell helfen soll, die Diagnose *prima vista* stellen? Wie der Verlauf der Falles gezeigt hat, stellte sich eine psychische Aufhellung bis zur Norm nicht ein und es wurde auch noch kurz vor dem Exitus ernstlich in Erwägung gezogen, den Kranken in die Irrenanstalt zurück zu verlegen. Meiner Ansicht nach zeigt dieser Fall sehr deutlich, dass es vollkommen richtig war, den Kranken in die Irrenanstalt zu verlegen, in welcher gegebenen Falles ebenso gut eine Operation hätte vorgenommen werden können wie anderswo und dass, besonders in einer Grossstadt, solche Einrichtungen absolut notwendig sind, die bezwecken, dass Menschen, welche auf der Strasse bewusstlos zusammenbrechen, möglichst schnell in die Hände der Aerzte kommen und nicht in die der Polizei, ganz gleichgültig, ob Alkohol mit im Spiel ist oder nicht.

Was nun die Ansichten der Operationen der subduralen Hämatome anlangt, so hat sich von Bergmann noch sehr pessimistisch darüber ausgesprochen, neuerdings ist man wohl etwas hoffnungsfreudiger geworden.

Fall 2. P. P. J. Traumatischer Verwirrtheitszustand. Subdurales Hämatom. Encephalomalacia flava.

Am 10. 12. 03 erlitt der Maurergeselle J., geboren am 5. 8. 1870, bei der Arbeit einen Unfall. Während er im Erdgeschoss arbeitete, fiel ihm vom ersten Stock ein Backstein auf den Kopf. Er erlitt eine Verletzung an der linken Seite des Hinterkopfes. Anfangs war er völlig bewusstlos. Die Bewusstlosigkeit ging nur sehr langsam zurück und wurde abgelöst von einem Dämmerzustand, der nahezu 14 Tage anhielt. Nach Ansicht des ersten begutachtenden Arztes handelte es sich um eine sehr starke Gehirnerschütterung und einen Schädelbruch. Als J. wieder zu Bewusstsein kam, klagte er über Schwindel, heftige rechtsseitige Kopfschmerzen, nach der Schläfe und dem rechten Auge zu, ziehende Schmerzen im ganzen Körper, hauptsächlich im Genick, in beiden Schultern, im linken Bein und linken Handgelenk. An diesen Stellen bestand erhöhte Schmerzempfindlichkeit, ganz leichte Berührungen mit der Nadelspitze bei geschlossenen Augen lösten heftige Schmerzáusserungen aus. Beim Bücken trat starker Schwindel und heftiger Kopfschmerz auf. Das Kopfweh dauerte häufig tagelang an. Ebenso wie beim Bücken stellte sich auch beim Zurücklehnen des Kopfes Schwindel ein, der jedoch häufig ganz plötzlich ohne irgend welche Veranlassung auftrat. Direktes Sonnenlicht wie auch direktes Lampenlicht riefen Schmerzempfindungen hervor. Der Appetit ist verringert, die Stim-

mung oft sehr reizbar. Der Kranke wurde als völlig erwerbsunfähig begutachtet und erhielt eine Rente von 100 pCt. Bei einer erneuten Begutachtung im Jahre 1904 wurde festgestellt, dass J. aus völlig gesunder Familie stammt, verheiratet ist, zwei gesunde Kinder hat und selbst vor seinem Unfall nie erheblich krank war. J. gab an, er sei nach dem Unfall bewusstlos gewesen, sei erst drei Wochen später zur Besinnung gekommen, habe viele Nächte irre geredet, zum Bett herausspringen wollen, nach Frau und Kindern verlangt und nach Weihnachten kaum gewusst, dass dieses Fest gefeiert und er von seinen Angehörigen deshalb besucht worden sei. Die durch den Backstein in der linksseitigen Scheitelgegend hervorgerufene Kopfhautwunde sei sehr oberflächlich gewesen und schon nach wenigen Tagen abgeheilt. J. brachte das Schreiben eines dritten Arztes mit, aus dem hervorging, dass Pat. an einer traumatischen Neurose litte, gegen die Medikamente, Bäder und Elektrisieren ohne Erfolg angewendet worden waren.

Bei der Untersuchung war J. in sehr ängstlicher, weinerlicher Stimmung und erzählte, dass er nur in Gemeinschaft seiner Frau die kurze Bahnstrecke hätte zurücklegen können. Nach der mehrwöchigen Bewusstlosigkeit hätte er über vielfache Beschwerden im Kopfe zu klagen gehabt, Druck und Klopfen auf dem Scheitel „als wenn der Hirnkasten herausfliegen wollte“, Schmerzen in beiden Augen. Ferner hätte sich eine fortdauernde Neigung zum Nasenbluten eingestellt, das alle paar Wochen ganz ohne Grund ihn überfalle. Beim Bücken trete heftiger Schwindel ein. Rückenweh und allgemeine Mattigkeit hätten ihn auch an den geringsten körperlichen Leistungen gehindert, oft sei es ihm im Kopf ganz durcheinander, wenn er etwas hätte tun wollen. Der Schlaf sei sehr unruhig, der Appetit ausserordentlich mangelhaft. Von all diesen Störungen hätte sich keine einzige im Laufe der ärztlichen Behandlung gebessert, er sei ein verlorener Mann! Er hätte Schulden machen müssen wegen des Unfalls! „Was denn aus Frau und Kindern werden solle, wenn das so weiter ginge!“

Diesen vielfachen Beschwerden gegenüber, die unter Tränen hervorgebracht wurden und hier und da ganz verzweifelte Stimmungen verrieten, war der körperliche Befund sehr geringfügig. Das Aussehen und das Allgemeinbefinden des Mannes entsprach durchaus seinem seelischen Zustande, er sah blass, mager, abgehärmt und erschöpft aus, wenn auch Intellekt, Gedächtnis, sprachlicher Ausdruck usw. keine Abweichung von der Norm aufwiesen. An der Kopfhaut war eine Narbe nicht mehr zu entdecken; auch war der Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich. Die Pupillen waren beide gleich weit, von guter Reaktion auf Licht und Akkommodation. Die Augenmuskulbewegungen vollzogen sich in richtiger Weise, ebenso die der Gesichts- und Zungenmuskulatur. Die Wirbelsäule erschien auf Druck nirgends schmerzhaft und nach allen Seiten hin gut beweglich. Herz und Lungen waren ebenfalls frei von krankhaften Erscheinungen. Bei tiefem Bücken nach vorwärts war Schwindel bemerkbar. Lähmungen der Empfindung und Bewegung fehlten am Rumpfe wie an den Gliedmassen. Die Sehnenreflexe waren sehr lebhaft, der Gang war sicher bei offenen wie bei geschlossenen Augen. Der Urin enthielt weder Zucker, noch Eiweiss. Das Gutachten lautete: Hochgradige Nerven-

schwäche mit Verstimmung als Folge des Unfalls am 10. Dezember 1903. Völlige Arbeitsunfähigkeit. Zeichen für eine organische Veränderung des Zentralnervensystems waren nicht aufzufinden. Heilung wurde dem Patienten in Aussicht gestellt, wenn er sich ernstlich um Arbeitsversuche bemühe. J. erklärte sich dazu bereit und legte eine gewisse Arbeitswilligkeit an den Tag.

Bei einer Untersuchung im Januar 1905 durch den Vertrauensmann der Berufsgenossenschaft klagte J. über heftigen Kopfschmerz seit Weihnachten 1904, Schmerzen im linken Fuss und im linken Bein, welche keine Körperwärme habe und kalt bliebe. Nachts sei der Schlaf infolge dieser Schmerzen unruhig. Beim Bücken trete starkes Kopfweh auf; ferner verspüre er stechenden Schmerz in beiden Schultern, dabei habe er das Gefühl als seien diese belastet. In diesem Zustande sei er aufgeregt und es kämen ihm die Gedanken, dass er alles durcheinander werfen möchte, was er erreichen könnte. Wäre die Aufgeregtheit vorbei, dann trete eine Verstimmung ein und er wisse dann manchmal nicht, wo er sich befinde. Diese Erscheinung sei jedoch seltener geworden, machte sich jedoch bei Witterungswechsel bemerkbar. Seit etwa acht Tagen habe sich oft Nasenbluten eingestellt. Im allgemeinen sah J. gut aus hatte nur eine gelbliche Gesichtsfarbe. Auf Befragen gab er rasche Antworten.

Eine Begutachtung im März 1905 durch denselben Arzt, der ihn im August 1904 begutachtet hatte, stellte fest, dass J. seine Arbeit noch nicht wieder aufgenommen hatte. Er beschäftigte sich angeblich nur im eigenen Hause und mit Arbeiten auf dem Felde. Einen Lohn bezieht er nicht. Er klagte über Kopfweh und Nasenbluten, Luftmangel in der Nase, Missempfindungen im Gemüte, Müdigkeit im linken Fussgelenk, hier und da auch Beinschmerzen. Der Schlaf ist unruhig. Nach einstündiger Feldarbeit tritt Schwindel ein. Für eine organische Erkrankung des Nervensystems oder ein anderes inneres Leiden ergab sich nichts. J. sah gut genährt aus. Beim Bücken nach vorne ist kein Schwindel mehr bemerkbar. Er war allein in der Sprechstunde erschienen, war völlig frei von melancholischer Verstimmung, zum Weinen nicht mehr geneigt. Es wurde begutachtet, dass zwar noch nervöse Sensationen im Kopfe bestehen mögen, wenn sie auch objektiv nicht zu beweisen sind. Da aber die hochgradige Verstimmung beseitigt sei, so müsse eine wesentliche Besserung angenommen werden, die auf 50 pCt. bewertet wurde. Durch die Uebernahme einer geregelten Tätigkeit sei eine weitere Besserung seiner nervösen Kopfbeschwerden mit Sicherheit zu erwarten.

J. machte dagegen geltend, dass sich sein Zustand wohl etwas gebessert habe, doch erscheine ihm die volle Aufnahme seiner Tätigkeit nicht möglich, da er nach den seither gemachten Erfahrungen nach kurzer Zeit wegen starker Kopfschmerzen die Arbeit wieder einstellen musste. Er wolle jedoch versuchen, die Arbeit wieder aufzunehmen.

Im April 1906 wurde vom gleichen Arzt begutachtet, dass er den J. wiederum in seiner Wohnung untersucht habe. J. gab an, dass er jetzt drei Kinder habe, von denen das jüngste $\frac{1}{4}$ Jahr alt sei. Er arbeite zeitweise bei

seinem früheren Arbeitgeber gegen einen Stundenlohn von 38 Pf., aber er könne keine ständige Arbeit leisten wegen seiner Kopfschmerzen, die während der Arbeit aufzutreten pflegten. Sein Befinden hinge auch vom Wetter ab, an einzelnen Tagen könne er nicht mehr als 3—4 Stunden tätig sein. Er sei auf die Nachsicht seines Arbeitgebers angewiesen. Der Schmerz strahle vom Vorderkopf, teils zum Nacken, teils zur linken Schulter und zum Arme aus. Er jammerte viel über sein Befinden. Ein objektiver Befund war nicht zu erheben. „Da er sich arbeitswillig zeigt und seine berufliche Tätigkeit, wenn auch in beschränktem Masse, wieder aufgenommen hat, so erscheint es angezeigt, ihm seine bisherige Rente noch ein halbes Jahr zu gewähren. Es ist möglich, dass noch Kopfbeschwerden subjektiver Art als Unfallsfolgen bestehen, die eine Erwerbsbeschränkung von 50 pCt. bedingen“.

Im Dezember 1906 gab J. bei seiner Untersuchung bei demselben Arzt an, dass er nach wie vor bei demselben Bauunternehmer für einen Stundenlohn von 38 Pf. arbeite. Er beschäftige sich meist mit Flickarbeit, hier und da führe er auch wirkliche Maurerarbeiten aus, er mache sauber, lade Schutt auf und besorge Ausgänge. Schwere Arbeiten könne er nicht mehr leisten, daran hinderten ihn Kopfweh und Schwindel, auch schmerzhaft Empfindungen, die vom Gesicht bis zum Ellenbogen ausstrahlten.

Der Arbeitgeber berichtete, dass J. zum Heben und Transportieren von schweren Gegenständen nicht zu verwenden sei, er beziehe einen Stundenlohn von 40 Pfg. und habe vom 1. 1. bis 1. 11. 06 an 179 Arbeitstagen 663 Mk. 67 Pfg. verdient, während völlig leistungsfähige Gesellen 42 Pfg. bekämen. J. dürfte noch $\frac{2}{3}$ leistungsfähig sein, erhalte aber relativ mehr, weil er im Betriebe des Arbeitgebers verletzt worden wäre.

Objektiv war auch diesmal kein Symptom von seiten des Nervensystems und der inneren Organe nachzuweisen, welches die Klagen des Verletzten hätte erklären können. Beim Beugen des Kopfes nach vorwärts trat weder eine starke Kongestion im Gesicht noch eine Schwindelempfindung auf. Pupillenreaktion, Sprache und Reflexerregbarkeit waren normal.

J. sieht sehr gut genährt aus, seine Muskelentwicklung ist eine vortreffliche. Stimmung und Allgemeinbefinden haben sich so wesentlich gebessert, dass jetzt, nachdem 3 volle Jahre seit dem Unfall verflossen sind und Zeichen einer organischen Störung bei dem Verletzten sich an keinem Körperteil gezeigt haben, ärztlicherseits nur noch eine Invalidität von $33\frac{1}{3}$ pCt. angenommen werden kann. Die erhöhte Leistungsfähigkeit ist bewiesen durch die Zahl von 2 Winter- und 8 Sommermonaten, in denen J. fast ununterbrochen gearbeitet hat. Die volle Wiederherstellung ist mit Sicherheit zu erwarten, da er erst im 37. Lebensjahre steht und früher immer gesund gewesen ist. Es sind von dem Unfall nur einige subjektive Missempfindungen neurasthenischer Natur zurückgeblieben, die nach wissenschaftlichen Erfahrungen heilbar sind.

Nach dem Gutachten eines anderen Nervenarztes vom November 1907 wurde J. im Sommer 1907 von seinem früheren Arbeitgeber als nicht vollwertig entlassen. Er verrichtete dann Erdarbeiten, wurde aber nach 3 Tagen als un-

brauchbar fortgeschickt. Seit Ende Oktober arbeitete er beim Maurermeister bei achtstündiger Arbeitszeit und vollem Stundenlohn von 42 Pfg. Angeblich sei ihm auch hier wegen mangelhafter Leistung die Entlassung angedroht worden. J. klagte über Kopfschmerzen, besonders in der Hitze und nachts im Bette, wobei er dann stark zu schwitzen anfangte, ferner über Augenschmerzen, die ebenso wie die Kopfschmerzen angeblich dauernd vorhanden sein sollen, und über Schmerzen im linken Arm und Bein. Der Appetit sei mässig, der Schlaf unruhig. Schwindel sei nicht mehr vorhanden.

Die Untersuchung ergab guten Ernährungszustand, kräftige Muskulatur, gesundes Aussehen, an den Händen kräftige Arbeitsschwielen. Der Schädel war nicht wesentlich klopfempfindlich. Die Funktionen der Hirnnerven und Sinnesorgane völlig intakt. Im Gegensatz zu der kräftig entwickelten Muskulatur wurde der Händedruck unwahrscheinlich schwach ausgeführt. Mit dem Dynamometer drückte er anfangs 15 kg, dann auf energisches Zureden schliesslich 50 kg, links nur 20 kg. Die Kniescheibenreflexe waren lebhaft. Schwindelerscheinungen waren nicht auszulösen. Schwanken beim Augenfusschluss trat nicht auf. Auch sonst liessen sich irgendwelche Krankheitserscheinungen von seiten des Nervensystems oder der inneren Organe nicht nachweisen. Psychisch machte J. einen etwas schwerfälligen Eindruck und zeigte ein unfreundliches mürrisches Wesen. Der Gesichtsausdruck war etwas schläfrige. Bei der Untersuchung und Unterhaltung wurde er leicht aufgeregt und reizbar. Aus der Untersuchung geht demnach hervor, dass wesentliche Störungen als Folgen des Unfalls nicht mehr vorhanden sind, immerhin deuten die gesteigerten Reflexe und das aufgeregte Wesen des Mannes darauf hin, dass noch eine gewisse Nervosität bei ihm vorhanden ist. In Anbetracht der schweren Verletzung mit anschliessendem Dämmerzustand erscheinen diese nervösen Folgezustände auch durchaus verständlich und die als subjektiver Ausdruck der vorhandenen Nervosität geklagten Beschwerden im allgemeinen glaubhaft. Immerhin scheint mir eine gewisse Neigung zur Uebertreibung bei J. vorhanden zu sein. Die angebliche Schwäche in seinen Armen ist bei seiner glänzend entwickelten Muskulatur durchaus unwahrscheinlich. Aus den Feststellungen ergibt sich aber weiter, dass in dem Zustand des Verletzten gegen früher zweifellos eine Besserung eingetreten ist, denn der von J. stets geklagte Schwindel ist, wie er selbst angibt, nicht mehr vorhanden, auch zeigt der Umstand, dass J. jetzt den vollen Arbeitslohn bekommt, trotzdem er nicht mehr bei seinem früheren, auf seinen Unfall Rücksicht nehmenden Arbeitgeber beschäftigt ist, dass seine Leistungsfähigkeit jetzt grösser als $\frac{2}{3}$ der normalen sein muss. Dass J. allerdings wieder voll arbeitsfähig ist, will ich deswegen nicht behaupten. Einmal sprechen dagegen die jetzt immer noch bei ihm nachweisbaren Störungen und weiter seine eigenen Angaben über seine mangelhaften Leistungen bei den verschiedenen Arbeitgebern. Ich schätze die zurzeit bestehende Erwerbsbeschränkung auf 20 pCt. Eine weitere Besserung steht in Zukunft sehr wohl zu erwarten.“

Auf Grund dieses Gutachtens wurde die Rente von $33\frac{1}{3}$ auf 20 pCt. herabgesetzt.

Nach einem weiteren Bericht desselben Arztes vom Oktober 1908 veränderte sich der Zustand des J. seit Mitte September 1908. Er wurde gedächtnisschwach, arbeitete unordentlich, sprach konfus. Am 10. 11. 08 kam J. zur Beobachtung einige Tage in die Klinik desselben Arztes. Er zeigte sich hier desorientiert, stumpf euphorisch, drängte fort. Die Merkfähigkeit war minimal, die Kenntnisse hochgradig reduziert. In der Nacht vom 12. zum 13. 11. 08 wurde er plötzlich erregt, gegen die Schwestern aggressiv, tobte, zerriss die Gardinen, beschädigte das Krankenzimmer, so dass die Ueberführung in eine geschlossene Anstalt nötig wurde.

Am 13. 11. 08 wurde J. in die städtische Irrenanstalt Frankfurt aufgenommen. Bei der Aufnahme war er verwirrt und erregt, die Sprache war verwaschen, die Pupillen waren weit, anscheinend reaktionslos.

Aus der Anamnese der Ehefrau ist bei der Aufnahme des Kranken in die Irrenanstalt zu bemerken, dass erbliche Belastung negiert wird. Aus der Ehe stammen 2 gesunde Kinder, ein drittes starb kurz nach der Geburt. Die Ehe war immer glücklich. J. war nie ernstlich krank bis auf den Unfall vor 5 Jahren. Krämpfe, Alkoholmissbrauch und Infektion werden bestritten. J. soll vor 3 Wochen abermals einen Unfall erlitten haben, er soll von einem Gerüst heruntergefallen sein (das wäre letzte Woche im Oktober 1908). In den Akten finden sich darüber keine Angaben, jedenfalls muss dieser Unfall, wenn er sich wirklich ereignet hat, erheblich geringfügiger gewesen sein als der vor 5 Jahren, weil der erste Unfall so ausserordentlich schwere Erscheinungen hervorrief und der letzte keine bemerkenswerten. Die schweren psychischen Veränderungen werden ärztlicherseits auf Mitte September 1908 festgelegt.

J. war während seines Aufenthalts in der Irrenanstalt dauernd unruhig und verwirrt. Die Sprache war sehr schwer verständlich, die Pupillen reagierten, waren von mittlerer Weite. Die Patellarreflexe waren sehr lebhaft; beiderseits bestand Fussklonus. Kein Babinski. Gang schwankend, unsicher. Pat. war häufig unrein mit Kot und Urin. Unter zunehmendem körperlichen und geistigen Verfall, Schluckbeschwerden und Temperaturerhöhung trat am 20. 5. 09 der Tod ein.

Die Sektion ergab: Schädeldach leicht abhebbar, schwer. Diploe stellenweise geschwunden. Zu beiden Seiten der Medianlinie, ausgehend vom oberen Rand der Squama occipitalis eine etwa 8—10 cm lange Einsenkung, in der Medianlinie verlaufend. Dura rechts breit gespannt. Beim Anschneiden entleert sich reichlich blutige Flüssigkeit. Beim Abziehen der Dura ist die ganze linke Hemisphäre im Gebiet des Stirn-Scheitelbein- und Schläfenlappens mässig eingesunken und überlagert von einer grossen Blutgeschwulst. Die Innenfläche der Dura ist uneben und enthält eine Menge alter Blutungen:

Hirngewichte:

Gesamtgewicht	1300 g
Kleinhirn	140 g
Stamm	150 g
Rechte Hemisphäre	470 g
Linke „	420 g

Die Furchen sind verstrichen, die Windungen abgeplattet. Die Pialgefäße sind nicht nennenswert blutüberfüllt, die Konsistenz des Gehirns ist schlaff. Auf der Basalseite erscheint in der Gegend des rechten Schläfenlappens die Substanz erweicht. Die Gefäße der Basis sind zartwandig. Bei der Eröffnung der Seitenventrikel entleert sich nur wenig seröse Flüssigkeit. Ependym sämtlicher Hirnkammern glatt, glänzend. Bei Durchschnitt durch die Hemisphären erscheint die Rinde stellenweise von blasser Farbe, verschmälert; das Mark sinkt ein. Das Kleinhirn zeigt makroskopisch keine Veränderungen.

Das Herz entspricht in seiner Grösse ungefähr der Faust der Leiche; der linke Ventrikel ist gut kontrahiert. Herzfleisch graurot. Dicke des linken Ventrikels 2 cm. Ein Zipfel der Aortenklappen starr, Anfangsteil der Aorta enthält auf der Innenfläche eine Menge Kalkauflagerungen. Unterlappen beider Lungen ziemlich konsistent, im Durchschnitt sehr blutreich. Nieren: Kapsel leicht abziehbar, auf dem Durchschnitt Zeichnung normal. Milz: 14 : 8 : 2 $\frac{1}{2}$. Kapsel runzelig, Zeichnung gut erhalten. Leber derb, Oberfläche glatt, Läppchenzeichnung deutlich.

Todesursache: Hypostatische Pneumonie.

Anatomische Diagnose: Hydrocephalus externus. Pachymeningitis haemorrhagica. Haematoma durae matris sinistrum. Encephalomalacia flava corticis loborum temporalium et encephalomalacia alba substantiae albae. Insufficiencia valvulae aortae levis. Atheromatosis aortae ascendentis. Pneumonia hypostatica utriusque lateris.

Es unterliegt nach dem Sektionsbefund keinem Zweifel, dass für die schweren Gehirnveränderungen der Unfall im Dezember 1903 verantwortlich zu machen ist; dafür sprechen die schweren klinischen Symptome, welche von Anfang an zur Beobachtung kamen, die als organisch zu bewerten sind, vor allem die initiale schwere Bewusstlosigkeit und der 14tägige Dämmerzustand. Es dürften sich auch alle späteren Beschwerden ohne Zwang durch organische Veränderungen der Hirnsubstanz erklären, selbst wenn man annehmen kann und annehmen darf, dass in dem krankhaft veränderten Gehirn noch Spätblutungen hinzugetreten sind, die zum Teil wieder absorbiert wurden. Sollte die Angabe richtig sein, dass P. noch 3 Wochen vor der Aufnahme, also in der letzten Woche des Oktobers vom Gerüst gefallen ist, so würde dies an der Auffassung nichts Wesentliches ändern, da die terminalen schweren psychischen Symptome schon im September einsetzten, wahrscheinlich ist der letzte Unfall dann nur als eine Folge der sich zuletzt bemerkbar machenden Veränderungen in der Ernährung des Gehirns aufzufassen, aber auch dann wurde noch nicht die Erkrankung als organische Gehirnerkrankung aufgefasst.

Ein Teil des als traumatisch neurotisch aufgefassten Symptoms ist wohl auf Rechnung des subduralen Hämatoms zu setzen.

Es wird garnicht so selten die Meinung vertreten, dass die Diagnose des subduralen Hämatoms nicht so sehr schwer sei, leider vermag ich auf Grund einer, ich darf wohl sagen langjährigen Erfahrung an einem grossen klinischen und pathologisch anatomischen Material mich nicht zu dieser Ansicht zu bekehren; wenn man in Betracht zieht, dass viele Fälle garnicht zur Sektion kommen, so kann ich mich des Eindrucks nicht erwehren, dass unter den Fällen hartnäckiger traumatischer Neurosen, die in ungünstigen Fällen wohl auch als Simulation und Aggravation beurteilt werden, doch hier und da ein unerkanntes und vielleicht auch unerkennbares subdurales Hämatom mit unterläuft, das so gelegen ist, dass es keine lokalen Erscheinungen macht, sondern nur solche allgemeiner Natur.

Fall 3. O. S, Meningitis tuberculosa nach Trauma.

28 jähriger Kaufmann. Keine erbliche Belastung. Mit 14 Jahren Lungenblutung. Im Alter von 18 Jahren Gelenkrheumatismus. Verheiratet. 4 gesunde Kinder. Potus, Lues negiert. Immer vergnügt. Gutmütig. Manchmal etwas jähzornig, aber selten. Februar 04 Trauma capitis, Hieb über den Kopf. Seit Mitte Juni 04 Klagen über linksseitige Kopfschmerzen, die dauernd anhielten, dabei Appetitlosigkeit. Nahm nur flüssige Nahrung, erbrach diese oft. Starkes Durstgefühl, dabei nie Fieber. Nachts schlaflos. Pat. verfasste noch humoristische Aufsätze für Zeitungen, jedoch fiel ihm dies in letzter Zeit schwer. Dauernd bettlägerig. Immer orientiert. Keine Wahnideen. Nie Eifersuchtsideen. Klage darüber, dass ihm bestimmte Melodien im Kopfe herumgingen, die er nicht loswerden könne. Anfang Juli beim Besuch des Arztes konnte er nicht auf seinen Namen kommen. Sprach wenig. Klagte, es könne ihm niemand helfen, er könne nicht schlafen: „Ich halt's nicht mehr aus! Ich bringe mich um.“

Ging Nachts aus dem Bett, stellte sich ans Fenster, weil er es nicht mehr aushalten könne, er könne keine Ruhe im Bett finden. Nie Selbstmordversuche gemacht.

Kein Interesse an den Kindern, wollte nur Ruhe haben. Auch die Anwesenheit der Frau fiel ihm zuletzt lästig.

Am 3. 7. nachmittags $1\frac{1}{2}$ 5 Uhr plötzlich erregt, sprach viel unverständliche Sachen, richtete sich im Bett auf, griff in der Luft umher, sprach in ärgerlichem gereizten Ton mit starrem Blick.

Sprang aus dem Bett, schüttelte seine Frau, suchte sie zu würgen, knirschte dabei mit den Zähnen, liess sich gutwillig wieder ins Bett führen, sprang dann wieder heraus, warf die Frau zur Stube hinaus, riegelte die Tür ab, schrie laut in Pausen von 2—3 Minuten.

Nach einer halben Stunde vollkommen ruhig, bei Bewusstsein, hatte nur einen „furchtbar roten Kopf“.

Krämpfe wurden niemals beobachtet.

Am 5.7. wurde Pat. durch die Rettungswache in die Irrenanstalt gebracht. Bei der Aufnahme hat er einen febrig traumhaften Gesichtsausdruck, äussert: „Ich bin 2800 Jahre alt, ja 2800. Manchmal mein ich auch, ich wäre 30, ich bin Kaufmann. Seit $3\frac{1}{2}$ Wochen oder so bin ich krank, mein Kopf —, und seit gestern bin ich so unverständlich.“ — Gang schwankend, nach Art eines Deliranten. Kein Foetor alcoholicus.

Körperliche Untersuchung: Mitteltgrosser Mann, kräftig gebaut. Guter Ernährungszustand. Kongestioniertes Gesicht. Äengstlicher, hülfloser Ausdruck. Liegt unruhig im Bett. Pupillen mitteltgross, gleichweit, kreisrund, prompte Reaktion. Zunge gerade herausgestreckt, zittert leicht. Rachenreflex fehlt. Schädel druck- und klopfempfindlich, namentlich links. Druckpunkte der Trigemini sehr schmerzhaft. Druckpunkt am linken Abdomen, am Thorax links und rechts nahe der Achselhöhle. Zirkumskripte Anästhesien. Erhöhte Schmerzempfindlichkeit in anderen Hautpartien. Lebhaftige Hautreflexe. Sohlenreflex plantar. Sprache langsam. Beim Nachsprechen von längeren Paradigmaten Auslassen von Silben. Stimmung ängstlich gedrückt.

6. 7. Vergangene Nacht unruhig geschlafen.

(Beruf?) Kaufmann.

(Alter?) 28 Jahre.

(Wann hier?) Ich habe keine Ahnung gehabt, wie das gekommen ist. Auf einmal kamen drei von der Rettungswache und einer von der Feuerwehr und die haben mich geholt.

(Wie lange krank?) Ungefähr 2 Wochen, die Aerzte haben mir gesagt, sie wüssten selbst nicht, was mir fehlt.

(Worüber haben Sie zu klagen gehabt?) Ueber Kopfschmerzen, namentlich links und in letzter Nacht muss ich phantasiert haben. Manchmal, wenn mich die Aerzte fragten, wusste ich den Namen meiner Frau nicht, wusste nicht, wie alt ich war.“

(Konnten Sie sich manchmal auf ein Wort nicht recht besinnen?) Das hab ich immer gekonnt.

(Erinnern Sie sich, dass Sie gegen Ihre Frau gewalttätig geworden sind?) Nein, ich habe sie Nachmittags überhaupt nicht gesehen.“

T. 37,8—38,3. Therapie: Eisblase. Kognak.

7. 7. Hat in vergangener Nacht schlecht geschlafen, viel gejammert, er bekäme keinen Arzt, der ihm hülfe.

Heute vormittag tief benommen, spricht unverständliche Worte, reagiert nicht auf Zuruf. Schmerzempfindlichkeit erhöht.

Augenspiegelbefund: Pupillen reagieren. Beiderseits venöse Hyperämie. Sonst ophthalmoskopisch kein weiterer Befund. T. 38,2 — 39,0 — 39,1.

8. 7. Widal negativ. Abends sehr benommen. (Haben Sie Schmerzen?) Ich habe Ke —, (Was?) Kopfweh. Ich habe Kemmae —

(Finger werden gezeigt. Was das?) Kühl — Fü —

(Uhr wird gezeigt — ?) Ich kann nicht sehen. Es ist kühl. Ich sehe es nicht — nücht — Ich sehe das Ke —

(Die Uhr wird abermals gezeigt?) [Pat. tastet danach, greift die ersten Male vorbei, sagt dann mit müder Stimme]: Ich sehe das Ke — (Wieviel Uhr ist es jetzt? — Messer gezeigt.) Ja, man meint, man müsst's — ich kann's nicht sehen — es ist ziemlich leid — Neid.

(Was macht man damit?) Ich weiss es nicht. Es ist schwer. [Macht ataktische Bewegungen, greift oft am Messer vorbei.]

(Bleistift wird gezeigt. Was das?) Ich glaub, es soll das Heich heissen.

(Schlüssel?) Darf ich mal halten? — [nimmt den Schlüssel in die Hand] ein Handschlüssel — das is ja ein Hauswüst. [Stöhnt, ist leicht ermüdbar, sehr gehemmt, gibt langsam mit Anstrengung und Pausen Antwort.]

(Schlüsselbund wird gezeigt?) Das ist ein Schlüsselbund.

(Wieviel Finger?) [Fixiert nicht.]

Zählen Sie die Finger?) [Seine Hand wird an die Finger geführt, er wird zum Tasten und Zählen der Finger aufgefordert, bringt es nicht fertig.] Auf wiederholte Aufforderung fragt er: Wie beliebt? — [Pat. ist erschöpft und nicht mehr anspruchsfähig.]

9. 7. Dauernd Fieber und Benommenheit. Glaubt seine kleine Tochter zu sehen, sieht Zahlen an der Wand, vorgehaltene Gegenstände erkennt er nur teilweise, klagt über Schmerzen.

Therapie: Einreiben des Kopfes und Rückens mit Unguentum cinereum.

11. 7. Dauernd Fieber, ansteigend bis 40,4. Benommenheit. Erhöhte Schmerzempfindlichkeit. Oefteres Klagen über Kopfschmerzen.

13. 7. Pupillen ad maximum erweitert, lichtstarr. Nackenstarre.

Reflex erloschen. Hohes anhaltendes Fieber. Puls klein, sehr beschleunigt, 150—160. Schwere Benommenheit.

14. 7. Exitus letalis.

Die Sektion ergab eine tuberkulöse Meningitis.

Fall 4. F. G. Multiple Sklerose.

18jähriges Küchenmädchen. Ueber Belastung nichts Näheres zu eruieren. Mutter starb an Schwindsucht. Hatte etwa 3 Monate vor der Aufnahme über Schmerzen in den Füßen geklagt, sich arbeitsunfähig erklärt und einen depressierenden Eindruck gemacht. Die Beschwerden wurden ursprünglich für hysterisch gehalten.

7. 3. 09 Aufnahme in die Irrenanstalt.

Körperlicher Befund: Kleines, graziles, mageres Individuum. Angewachsene Ohr läppchen. Nabelbruch, der im Liegen zurückgeht. Klumpffuss rechts. Pupillen reagieren gut. Visus links herabgesetzt. Strabismus convergens links. Patellarsehnenreflexe gesteigert. Fussklonus. Kein Intentionszittern. Tremor manuum. Kein Silbenstolpern. Kein Nystagmus. Gang unsicher. Fällt mehrmals bei Gehversuchen hin. Mittelgrosse Schrift wird mit dem rechten Auge leidlich gelesen, mit dem linken schlechter. Pat. überschlägt längere und schwierigere Worte. Beim Erfassen von Gegenständen greift sie zuweilen vorbei. Schlaf, Appetit schlecht.

Therapie: Natrium salicylicum. Laue Bäder. Bettruhe. Pat. gibt an, im vorigen Jahre zum ersten Male Bettnässen gehabt zu haben.

März 1904. Schläft besser. Ist menstruiert. Hat mehrmals eingenässt. Haut trocken, derb, löst sich kleinschuppig ab. Kopf nicht klopfempfindlich. Linker Fazialis > rechter. Uvula deviiert nach rechts. Extremitätenmuskeln schlaff. Deltamuskeln beiderseits atrophisch, ebenso Trizeps, Daumen- und Kleinfingerballenmuskulatur. Rohe Kraft herabgesetzt. Arme können nur bis zur Horizontalen angehoben werden. 3. u. 7. Brustwirbeldornfortsatz auf Druck schmerzempfindlich.

Augenbefund: Pupillen lebhafte Lichtreaktion. Rechts Abduzensparese, links Abduzensparalyse. Nystagmus. Linke Papille prominent, blass. Arterielle Gefäße eng, venöse erweitert. Rechte Papille blass, atrophisch, nicht so stark prominent wie links. Gefäße wie links. Bizeps-, Trizeps-, Periostreflexe sehr lebhaft. Keine fibrillären Zuckungen. Tremor des ganzen Körpers, bei der Untersuchung Intentionstremor. Skandierende Sprache. 2. u. 5. Finger rechts in Krallenstellung, vollständige Extension nicht möglich. Bewegungen der oberen Extremitäten unbeholfen. Sensibilität: o. B. Vasomotorisches Nachblassen. Kein Bauchdeckenreflex. Beiderseits Pes equinovarus.

Kniephänomen beiderseits gesteigert. Patellarklonus. Rechtes Bein kann um 10° , linkes um 45° von der Unterlage erhoben werden. Links vollkommene Dorsalflexion möglich, rechts nicht. Rechts Fussklonus. Achillessehnenreflex sehr lebhaft. Beiderseits Babinski. Rechts starke Spasmen. Keine Entartungsreaktion. Pat. wird wagerecht auf das Bett gelegt, dass die Unterschenkel schlaff von der Bettkante herabhängen sollen. Links ist dies der Fall, rechts weicht der Unterschenkel um 15° von der Senkrechten ab. Beim Gehen tritt Pat. auf den Fussspitzen auf, die Beine sind im Kniegelenk gebeugt. Der Gang ist unsicher und unbeholfen.

April 04. Nystagmus. Zunehmende Abduzensparese. Lanzinierende Schmerzen. Schwindelgefühl. Brechreiz. Zwangswainen. Euphorische Demenz. Muskelatrophie der Oberextremitäten. Kein Bettnässen mehr. Appetit gut. Schlucken geht gut. Pat. ist sehr stumpf.

August 1904. Somatisch unverändert. Psychisch zeitweise deprimiert, „was aus ihr werden solle“. Abschwächung der Intelligenz. Versucht witzig zu sein, dabei albernes läppisches Wesen.

29. 10. 05. Zunehmend verblöddend. Nach Weinsberg überführt.

Am 24. 10. 07 starb die Kranke in Weinsberg an Tuberkulose. Die Sektion ergab den Befund einer multiplen Sklerose.

Fall 5. A. T., 42 Jahre alt. Dementia praecox.

Keine Belastung. Normale Geburt und Entwicklung. Im Alter von 19 Jahren nach dem Tode der Mutter Depressionszustand ohne Suizidneigung. Dauer 3 Monate. Heiratete. 3 gesunde Kinder. Mann starb an Diabetes. Im Alter von 40 Jahren Depression. Erregungszustand. Ging Nachts von Hause weg in ein Krankenhaus. Von dort nach H. in ein Sanatorium. Dort Besse-

rung. Entlassen. Zu Hause Verschlimmerung. Unruhe. Angst. Selbstwürfe. Unzufrieden mit sich und der Welt. Macht sich Sorgen, ob sie mit ihrem Einkommen leben könne. Wieder nach H. Von da nach B. Dort Selbstmordgedanken. Niemals, auch später, Selbstmordversuche. März—Juli 1905 nach Grenzhäusern zu einem Arzt. 1906 nach Frankfurt in Familienpflege. Soll dort viel onaniert haben. Klagen über Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Angstgefühle, Gefühl als ob sie jemand ansprechen müsse. Wünscht sich von der Welt. In letzter Zeit daselbst Klagen über Schwindel. Stimmenhören, sie hört fürchterlich schreien. Sie könne nicht schmecken, nicht riechen. Appetit gut. Molimina menstrualia.

September 1906. Aufnahme in die Irrenanstalt. Klagt bei der Aufnahme über Angst, Herzbeschwerden, trägt eine Herzstütze.

Hier in der Anstalt dauernd deprimiert, klagt über schreckliche Angst und Unruhe, fürchtet sich, wenn sie was spricht, etwas Verkehrtes zu sagen. Keine Neigung zur Beschäftigung. Blühendes Aussehen, etwas starrer Blick. Glaubt sich an nichts mehr erinnern zu können. Sie gibt auch an, Frau H., bei der sie in Familienpflege war, habe ihr gesagt, ihr Gesicht sei verzogen gewesen: „es muss ein Nervenanstoss gewesen sein, ich habe immer so furchtbare Angst, dass, wenn ich was sag, es die Unwahrheit ist. Ich möchte ja nicht lügen.“

Erzählt hier, wie ihre Krankheit begonnen habe, sie sei Nachts auf die Felder gelaufen, dann zum Grab ihres Mannes, habe sich dann in den Keller eingeschlossen, sie habe so furchtbar viel Schreck gehabt damals, es habe im Hause gebrannt, es sei eingebrochen worden, dann habe sie Brom einnehmen wollen und sich vergiften und Salmiakgeist getrunken, dass die Leute gedacht haben, sie habe sich vergiften wollen. Sie müsse phantasieren, einige Gedanken werde sie nicht los. „In H. hatte ich noch Verstand, jetzt aber verstehe ich gar nicht, was gesprochen wird. Ich bilde mir ein, es wäre alles Verstellung. Seit ich das zweite Mal in H. war, von da sind die Stimmen und das Sprechen. Ich höre immer Stimmen, immer sprechen — all die Leute, die mir jemals vorgekommen sind, aber ich kann es nicht ausdrücken, es geht so furchtbar schnell. — Ich sehe so oft, wie ich hypnotisiert wurde — ich kann es garnicht sagen. Plötzlich kommen Gedanken und Erscheinungen, Gestalten und Landschaften immerzu, wenn ich mich auch beschäftige, wenn ich lese, dann war immer was um mich rum — das ist so abgehakt, da denk ich, wie bringst du die Zeit rum. Und dann denk ich, wenn ich nicht gezankt werde. Meine Tochter ist verheiratet und dann denk ich, sie ist nicht verheiratet, immer nur das Entsetzliche; wie ich das Brautkleid gesehen habe, hab ich sie im Sarg gesehen. Muss immer so weinen, ich möchte auch was Freudiges sehen, ich hab schon seit Jahren nicht mehr gelacht, — so unzufrieden, dass ich nichts leiste. Ich habe so furchtbar viel geschafft und wenn andere sprechen, bin ich so ärgerlich, weil ich nicht folgen kann. Vor Jahren hab ich schon zu meinem Mann gesagt, ich komme noch ins Irrenhaus, da hab ich schon immer was gefühlt. Wenn ich eine Kleinigkeit kauf, ist mir's so schrecklich, so willenlos — und lass mich von jedem so beeinflussen. Ich mache mir

Vorwürfe über mein ganzes Leben, über jedes Wort, was ich spreche. Es mag mich kein Mensch. Ich bin überall überflüssig. Ich sehe immer wie mein Mann stirbt und doch kann ich mich nicht auf ihn besinnen. Ich weiss nicht, was ich tue, ich kann gar nicht denken. Ich weiss nicht, ob ich was gelernt habe und dann auf einmal steigt wieder etwas auf, aber die Wirklichkeit ist es nicht. — Ich sehe immerzu Gestalten, meistens von H., wie sie am Kaffeetisch gegessen haben — dann hör ich wieder singen. Im Zimmer kann ich nicht aushalten, ich hab immer das Gefühl, als wenn was auf mich drückt. Ich hab immer im Freien gelegen. Ich weiss gar nicht, was ich fühl und was mit mir ist und dann so furchtbare Kopfschmerzen.“

Somatisch: Mittelgrosse, gut genährte Frau, mit gut entwickeltem Fettpolster. Pupillen mittelweit, reagieren sehr wenig ausgiebig und sehr wenig nachhaltig. Zunge wird unvollkommen, aber gerade herausgestreckt. Druckpunkte in der rechten Parietal- und Occipitalgegend. N. supraorbitalis ebenfalls sehr druckempfindlich. Herztöne unrein. Ueber Aorta Geräusch. Patellarsehnenreflexe lebhaft, sonst Reflexe von normaler Stärke. Kein Babinski. Innere Organe o. B.

Klagt über Taubsein der ganzen rechten Körperhälfte. „Der Kopf bewegt sich. Die ganze rechte Seite ist wie taub.“ — „Trocknes Gefühl durch die Nase und so weh.“ — „Furchtbares Brennen in der Brust und in den Ellenbogen und die Füsse sind immer eiskalt.“

Besuch vom Schwager. Am andern Morgen darüber gefragt, antwortet sie, sie wisse nichts mehr von diesem Besuch. Ernstlich darauf hingewiesen, erwidert sie, sie wisse nichts mehr von der Zeit des Besuches. Neigung zum Theatralischen. Sucht interessant zu erscheinen.

Juni 1907. Keine grosse Veränderung. Stets dieselben Klagen, wünscht immer Aussprache mit dem Arzt, „kann nicht schlafen,“ selbst nicht auf die stärksten Dosen, während sie auf Magnesia oder schwache Schlafmittel mehrfach besser geschlafen haben will. Immer hoffnungslos. Verzweifelt. Nimmt dabei an allen geselligen Veranstaltungen teil, geht spazieren, benimmt sich gesellschaftlich korrekt. Will nie am andern Morgen von den Ereignissen des vorigen etwas wissen, auf entsprechende Suggestion gibt sie jedoch ganz gut Bescheid.

März 1908 wenig verändert, zu ihren Angehörigen entlassen.

Nach der Entlassung war Pat. mit kurzen Unterbrechungen in verschiedenen Sanatorien, dann wieder in ihrer Familie. Sie war ziemlich ruhig, aber sehr eigensinnig; sehr schmutzig, wusch sich selten, zog selten frische Wäsche an. Aeusserte öfters Selbstmordgedanken, glaubte, sie habe ein Gewächs im Leibe und müsse operiert werden. Klagt, sie wisse nicht, ob Tag oder Nacht sei, kenne die Tage nicht. Lief öfter von Hause weg.

24. 9. 10. Wiederaufnahme in die Anstalt. Deprimierter Gesichtsausdruck, dieselben Klagen, dieselben Wahnideen, keine Neigung zu Beschäftigung, zunehmende Stumpfheit.

Wassermann'sche Reaktion: negativ.

8. 2. 11 wegen Mammakarzinom zwecks Operation in ein Krankenhaus verlegt. Von dort wieder in die Familie entlassen.

Ärztliche Begutachtung: 1905 manisch depressives Irresein, 1906 Hysterie, 1910 Dementia praecox.

Es gibt eine ganze Reihe von Fällen, die sich bei genauerem Nachforschen leicht vermehren, bei denen es sich trotz jahrelanger fachmännischer Beobachtung schwer sagen lässt, ob sie zum manisch depressiven Irresein, zur Hysterie oder zur Katatonie zu rechnen sind; es lassen da die bisherigen klinischen Methoden gänzlich im Stich, selbst der Nachweis einer eingetretenen geistigen Abschwächung wird in manchen Fällen kaum entscheidend sein, es liegt das zwingende Bedürfnis nach neuen klinischen Unterscheidungsmerkmalen vor: ob diese in der Richtung von Fermentreaktionen zu finden sind, wird vielleicht schon die nahe Zukunft lehren. In vielen dieser Fälle kommen wir bis jetzt über ein non liquet nicht heraus. Der vorliegende Fall ist ja in keiner Weise durch irgend eine Beziehung zur Kriminalität kompliziert, daher hat die Frage der Diagnosenstellung lediglich wissenschaftliches Interesse, ich darf aber an die unzähligen kriminellen Fälle erinnern, in denen psychogene Schädigungen vorliegen und eventuell durch eine zweckentsprechende Begutachtung aus dem Wege geräumt werden können, für diese wären neue klinische Methoden von ausserordentlich weittragender Bedeutung wegen ihrer Konsequenzen für die Praxis. Die Befürchtung, eine Haftpsychose könnte später einmal in eine Dementia praecox ausklingen, hat eine Zeit lang leider wohl allzuhäufig dazu verführt, den § 51 anzunehmen, wo Beobachtungen gezeigt haben, dass nach der Ausschaltung der psychogenen Schädlichkeiten alle pathologischen Symptome verschwanden und die Annahme der Unzurechnungsfähigkeit irrig war.
