

Nervenpoliklinik.

Von

Dr. Th. Johannes.

Mit 1 Textabbildung.

Januar 1924 fand eine Neuordnung des poliklinischen Betriebes statt. Neben den psychiatrischen werden jetzt auch neurologische Untersuchungen ausgeführt.

Unterbringung und Hilfskräfte.

Mit dem raschen Anwachsen der Krankenzugangsziffer machte sich bald eine räumliche Erweiterung der Poliklinik erforderlich. Zur Zeit stehen ein Wartezimmer und drei Untersuchungszimmer zur Verfügung, ferner ein Baderaum mit Vierzellenbadeinrichtung, Höhensonne, Heißluftbad usw. Dieser Raum jedoch — von der Poliklinik ziemlich weit entfernt gelegen — genügt bei weitem nicht mehr, die erforderlichen Behandlungen durchzuführen. Der nach der Vollendung des Aufbaues der Klinik in Aussicht gestellte Behandlungsraum ist für einen geordneten Betrieb ein dringendes Bedürfnis. Er wird im Anschluß an die übrigen Räume der Poliklinik gelegen sein¹⁾.

Es ist nunmehr eine Krankenschwester zur Hilfeleistung bei den Untersuchungen und zur Vornahme der Behandlung ständig in der Poliklinik beschäftigt. Eine eigene Sekretärin führt die Bücher, die Kartothek und erledigt die Abrechnungen mit Krankenkassen und Kranken, bedient die Schreibmaschine und hilft in gleicher Weise wie die Schwester.

Sprechstunden.

Außer den Vormittagssprechstunden mußte für bestimmte Kranke eine Abendsprechstunde eingelegt werden, um den in Arbeit stehenden Kranken entgegenzukommen. Bei der gegenwärtigen allgemeinen wirtschaftlichen Notlage erschien diese Maßnahme besonders wichtig.

Montag nachmittag findet eine Katamnesen-Sprechstunde im Zusammengehen mit der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie statt. Es wurden im vergangenen Jahre Paralysefälle nachuntersucht.

¹⁾ *Anmerkung bei der Korrektur.* Die Einrichtung des Behandlungsraums ist inzwischen vollendet.

Bestellt wurden 240 ehemalige Patienten. Es erschienen etwa 35 % der Bestellten oder ihre Angehörigen zur Auskunftserteilung.

Mittwoch vormittag 11—1 Uhr findet eine Sprechstunde für psychopathisch veranlagte Kinder statt.

Aufnahmeziffer.

Gerechnet wurden lediglich die vollständig untersuchten Zugänge, dagegen nicht die sehr zahlreich erteilten Auskünfte. Daher ist ein Vergleich mit den in früheren Jahren angegebenen Zahlen nicht möglich. Die Zahl der Zugänge in den Jahren 1924 und 1925 ergibt folgende Aufstellung:

1924

	Männer	Frauen	Kinder	Gesamtzahl
Januar.	19	20	8	47
Februar	36	18	5	59
März	35	18	4	57
April	41	18	2	61
Mai	62	34	6	102
Juni.	39	40	7	86
Juli	84	43	9	136
August.	66	42	3	111
September	57	48	9	114
Oktober	51	49	5	105
November	53	26	7	86
Dezember	65	26	8	99
Zusammen	608	382	73	1063

1925

Januar.	79	41	3	123
Februar	93	60	7	160
März	73	52	7	132
April	71	48	15	134
Mai	69	46	8	123
Juni.	66	47	12	125
Juli	96	61	8	165
August.	73	39	6	118
September	60	28	6	94
Oktober	62	59	11	132
November	86	41	8	135
Dezember	65	38	6	109
Zusammen	893	560	97	1550

Hieraus ergibt sich bei 300 Arbeitstagen ein durchschnittlicher Tageszugang von 3 Kranken für 1924, von 5 Kranken für 1925.

Die Zugangsziffer zeigt somit ein ständiges Steigen. Die einzelnen Schwankungen der Kurve sind im wesentlichen durch äußere Ursachen bedingt, z. B. durch Studenten-Untersuchungen zu Semesterbeginn.

Herkunft der Kranken.

Zur Untersuchung überwiesen:

Medizinische Klinik	96	Kranke
Chirurgische Klinik	123	„
Orthopädische Klinik	1	„
Augenklinik	46	„
Frauenklinik	10	„
Medizinische Poliklinik	25	„
Chirurgische Poliklinik	6	„
Orthopädische Poliklinik	8	„
Gynäkologische Poliklinik	4	„
Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten	2	„
Poliklinik für Ohrenkrankheiten	3	„
Versorgungs Krankenhaus	28	„
Fürsorgestelle	11	„
Schularzt	4	„
Verein Studentenhaus, Krankenhilfe	70	„
Privatärzte	111	„
zusammen: 558		Kranke = 36%
Von selbst kamen	992	„ = 64%
zusammen: 1550		Kranke

Übersicht über die Diagnosen des Jahres 1925.

Für die Seelenstörungen ist im folgenden die von *Bumke* im Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl., 1925, S. 396, gegebene Einteilung der Diagnosen für die Nervenpoliklinik Leipzig vom Jahre 1922 zugrunde gelegt.

Es braucht dem Sachverständigen nicht gesagt zu werden, welche Mängel einer zahlenmäßigen Aufstellung anhaften und daß es hie und da nicht ohne Zwang abgehen kann. Gerade wer die einzelnen Persönlichkeiten genau kennt, wird bei der Aufteilung in manche Bedenken hineingeraten. Bei der Eigenart der seelischen Erkrankungen kann in der poliklinischen Sprechstunde, zumal wenn der Kranke nur ein einziges Mal erscheint oder geschickt wird, gelegentlich nur ein Zustandsbild, ein Symptom festgestellt, ein Verdacht oder gar nur ein persönlicher Eindruck, der noch weit entfernt von einer wissenschaftlichen Diagnose ist, ausgesprochen werden. Es ist daher dort, wo häufiger ein Fragezeichen stehen bleiben mußte oder die Unsicherheit der Diagnose sonstwie von Belang ist, ein entsprechender Hinweis in den Bemerkungen zu den Diagnosen gemacht.

Die Aufgabe des vorliegenden Tätigkeitsberichtes soll vor allem sein, eine allgemeine Übersicht der zusammengehörigen Kranken zu geben. Da wir im vergangenen Jahre von unangenehmen Überraschungen freigeblichen sind, kann die Zahl der nicht erkannten oder falsch eingeordneten Fälle nicht sehr groß sein. Hierzu gehört auch das, was weiter unten über die Fehldiagnosen der Poliklinik zu sagen sein wird.

I. Psychiatrische Fälle.

	Männer	Frauen	Gesamt- zahl	Proz. der psychiatr. Fälle
Neurasthenische Erschöpfung	36	10	46	4,2
Konstitutionelle Nervosität	115	59	174	16,1
Psychogene Reaktionen	54	15	69	6,4
Hysterische Konstitution	3	13	16	1,5
Andere Psychopathien einschl. der Zwangszustände	160	74	234	21,6
Manisch-depressive Seelenstörungen einschl. der reaktiven Depressionen	65	71	136	12,5
Paranoische Veranlagungen und Ent- wicklungen	—	—	—	—
Idiotie und Imbecillität	23	17	40	3,7
Symptomatische Psychosen	1	2	3	0,3
Alkoholpsychosen	10	—	10	0,9
Morphinismus und Cocainismus . . .	6	2	8	0,7
Paralyse	39	13	52	4,8
Andere luetische Psychosen	22	2	24	2,2
Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters	3	42	45	4,2
Arteriosklerotische Psychosen	30	24	54	5,0
Epileptische Erkrankungen	61	31	92	8,5
Schizophrenien	31	49	80	7,4
Paraphrenien	—	1	1	0,01
	659	425	1082	100

II. Neurologische Fälle.

	Männer	Frauen	Gesamt- zahl	Proz. der neurolog. Fälle
Lähmungen im Gebiet der Hirnnerven	7	5	12	2,9
Lähmungen im Gebiet der spinalen und peripheren Nerven	26	3	29	7,0
Neuritis und Neuralgie	16	8	24	5,8
Polyneuritis	4	—	4	1,0
Neurofibromatosis (<i>Recklinghausen</i>) .	1	—	1	0,2
Amputationsstumpf-Beschwerden . .	—	1	1	0,2
Tabes dorsalis	24	18	42	10,1
Spinale progressive Muskelatrophie .	4	1	5	1,2
Neurale progressive Muskelatrophie .	1	—	1	0,2
Poliomyelitis ant. chron.	6	5	11	2,7
Amyotrophische Lateralsklerose . .	2	—	2	0,5
Multiple Sklerose	8	9	17	4,1
Syringomyelie	4	2	6	1,4
Traumatische Erkrankungen des Rückenmarks	2	—	2	0,5
Myelitis	1	—	1	0,2
Hirntumor	8	9	17	4,1
Cerebrale Kinderlähmung	—	1	1	0,2
Little'sche Krankheit	1	—	1	0,2
Cerebrale Hemiplegien	5	2	7	1,7
Encephalomalacie	1	—	1	0,2
Übertrag:	121	64	185	44,4

II. Neurologische Fälle. (Fortsetzung.)

	Männer	Frauen	Gesamt- zahl	Proz. der neurolog. Fälle
Übertrag:	121	64	185	44,4
Beschwerden nach Gehirnerschütterung	8	—	8	1,9
Extrapyramidale Schreibstörungen	1	—	1	0,2
Striäre Bewegungsstörungen	1	—	1	0,2
Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica	30	15	45	10,8
Paralysis agitans	4	2	6	1,4
Idiopathische Athetose (Athétose double)	1	2	3	0,7
Chorea minor (<i>Sydenham</i>)	5	1	6	1,4
Chronische hereditäre (<i>Huntington</i> -sche) Chorea	2	—	2	0,5
Krämpfe der Hals- und Nacken- (Rücken-)muskulatur (Spastischer Torticollis)	2	1	3	0,7
Arbeitsparese	—	2	2	0,5
Lues cerebros spinalis	23	12	35	8,4
Dystrophia muscul. progr.	1	—	1	0,2
Myotonische Dystrophie	1	—	1	0,2
Myasthenia pseudoparalytica	1	—	1	0,2
Basedowsche Krankheit und Basedowoid	3	3	6	1,4
Tetanie	—	1	1	0,2
Vasomotorische und trophische Störungen	—	2	2	0,5
Acrocyanosis chronicaesthetica	—	1	1	0,2
Sklerodermie	1	—	1	0,2
Akutes umschriebenes Hautödem (<i>Quincke</i>)	—	1	1	0,2
Nervenerkrankungen im Bereich der Augen ohne Allgemeinbefund	6	6	12	2,9
Migräne, Kopfschmerz, Schwindel	20	11	31	7,5
Lues latens	16	15	31	7,5
	257	139	396	100

Einschl. 9 unklarer neurolog. Fälle = 405

III. Allgemeines.

	Männer	Frauen	Gesamt- zahl	Proz. der Gesamt- zahl 1550
Unklare Fälle	6	3	9	0,6
Sonstige körperliche Erkrankungen	22	20	42	2,7
Gutachtenfälle	20	1	21	1,4
Blutentnahmen	10	8	18	1,2

Bemerkungen zu den einzelnen Krankheitsformen.

Die psychischen Erkrankungen betragen 69,8%. Davon entfallen auf die psychopathischen Anlagen, Reaktionen und Entwicklungen

(einschl. der manisch-depressiven Seelenstörungen) 43,5%, auf die übrigen Geisteskranken 26,3%.

Die neurologischen Fälle belaufen sich auf 26,8%.

Zur neurasthenischen Erschöpfung.

Als Ursachen für die nervöse Erschöpfung wurden von den Kranken angegeben: Schlechte Wohnung, öfters schlechte wirtschaftliche Lage, besonders infolge Arbeitslosigkeit; bei Frauen Abgänge, Unterleibsoperationen, ständige Aufregungen durch den trinkenden oder psychopathisch veranlagten Ehemann; bei Studierenden wenig Schlaf in der Vorbereitung zur Prüfung, ungenügende Ernährung, Überarbeitung als Werkstudent neben dem Studium. Bemerkenswert war, daß eine größere Anzahl Studenten — übrigens auch Konstitutionell-Nervöse — *während* der Vorbereitung zur Prüfung kamen; dagegen erschien nicht ein einziger nach abgeschlossener Prüfung. Es scheint uns dies auf die Bedeutung des affektiven Anteils im Auftreten der nervösen Erschöpfungserscheinungen hinzudeuten.

Praktisch wurde hier noch eine Unterabteilung notwendig, unter der Überschrift „Nervöse Beschwerden“. Bei den hierher gehörigen Kranken konnte man nicht von einer eigentlichen „Erschöpfung“ reden, die Beschwerden waren dem Grade nach viel geringer als bei jener. Zudem waren bei diesen Kranken ebenfalls weder Neigung zu nervösen Äußerungen in früheren Zeiten noch nervöse Erkrankungen in der Blutsverwandtschaft festzustellen. Ihre Zahl beträgt: männlich 19, weiblich 17.

Zur konstitutionellen Nervosität.

1. Es fällt zunächst auf, daß die männlichen Kranken doppelt so stark vertreten sind, wie die weiblichen. Nun befinden sich aber unter den Kranken 69 Studenten (54 männlich; 13 weiblich). Der größte Teil von ihnen ist von der Krankenhilfe des Vereins Studentenhaus oder gelegentlich der allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen der Poliklinik zugeschiekt worden. Dadurch, daß sehr viel mehr männliche Studierende — entsprechend der größeren Anzahl der männlichen Studierenden überhaupt — zur Untersuchung kamen, entsteht in unserer Aufstellung die sehr viel größere Zahl für die Konstitutionell-Nervösen männlichen Geschlechts. Zieht man die von selbst gekommenen Studenten auch in Betracht, so bleibt ein Zahlenunterschied von etwa nur 10—20 zwischen beiden Geschlechtern bestehen. Bei der allgemein höheren männlichen Zugangsziffer der Poliklinik fällt somit der Zahlenunterschied der Geschlechter in der vorliegenden Aufstellung *nicht ins Gewicht*. Bekanntlich ist darauf hingewiesen worden, daß die Zahl der Konstitutionell-Nervösen männlichen Geschlechts größer sei als die der weiblichen.

2. In den Familienvorgeschichten von den Konstitutionell-Nervösen (174 Kranke i. J. 1925) wurden Angaben über nervöse Störungen in folgender Häufigkeit gemacht. Über

a) Psychopathien und Geisteskrankheiten in der Familie . . .	47 mal = 28%
b) Nervöse Störungen bei Eltern <i>und</i> Geschwistern oder anderen Blutsverwandten	29 „
c) Nervöse Störungen bei Vater oder Mutter	30 „
d) Nervöse Geschwister	10 „
	<hr/> 116 mal = 68%

Nach der eigenen Vorgeschichte besteht Neigung zu nervösen Erscheinungen schon seit Kindheit	47 mal = 28%
	<hr/> zusammen 163 mal = 96%

Alkoholmißbrauch bzw. Trunksucht des Vaters wurde hierbei in 13 Fällen angegeben, Paralyse 3mal, Lues 1mal, Epilepsie 1mal, schwere Tuberkulose in der Familie 4mal, Frühgeburt des Pat. 3mal.

Die Zahl der Psychopathien und Geisteskrankheiten in der Vorgeschichte entspricht der von *Kraepelin* mit 27,5%₀ (nach *Hauptmann*) angegebenen Belastung der Konstitutionell-Nervösen.

Es erübrigt sich, hinzuzufügen, daß die Diagnose der konstitutionellen Nervosität bei Hinzunahme der Vorgeschichte vor allem auch aus dem psychischen und körperlichen Befund des Kranken gestellt werden muß. Auf körperlichem Gebiet erscheint nicht so sehr das einzelne Symptom von Wichtigkeit als vielmehr das eigentümliche Zusammenschließen eines Symptomenkomplexes von meist nur leichten zum Teil auch funktionalen Störungen, die im Zusammenhalt mit dem psychischen Befund und der Vorgeschichte das abgerundete Bild des Konstitutionell-Nervösen ergeben.

Wir haben also, indem wir nicht nur die Angaben über Geisteskrankheiten und psychopathische Zustände, sondern auch über nervöse Störungen aus der Vorgeschichte der Kranken in Rechnung zogen, eine außerordentlich hohe Ziffer bei den als konstitutionell-nervös bezeichneten Kranken erhalten, die die Annahme einer Veranlagung zu nervösen Störungen bei diesen Kranken wahrscheinlich macht.

Selbst wenn man nicht sämtliche Angaben gleich gelten lassen will, bleibt die Zahl in Anbetracht der recht erheblichen Schwierigkeiten, ausführliche Angaben zu erhalten, hoch genug. Jedenfalls finden sich sonst z. B. bei organischen Erkrankungen keineswegs derartig gehäufte Angaben über nervöse Störungen in der Vorgeschichte. Sind sie aber doch vorhanden, ist meist auch das Bild der organischen Krankheit gefärbt mit Symptomen, wie sie von den nervösen Störungen her bekannt sind. Die allgemeine Bedeutung des Erbfaktors für die nervösen Zustände wird noch besonders klar, wenn man die Krankenzahl der nervösen Erschöpfung zum Vergleich heranzieht, denn hier waren nicht

ähnliche Angaben in der Vorgeschichte enthalten: sie beträgt etwa nur den vierten Teil derjenigen für die konstitutionelle Nervosität.

3. Über das *Auftreten* der nervösen Störungen. Die Alterskurve, welche die Lebenszeiten angibt, in denen von Konstitutionell-Nervösen ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird, stimmt im wesentlichen mit derjenigen der Psychopathien überein, nur daß diese begreiflicherweise häufiger schon in der Kindheit zum Arzt führen und in höherem Lebensalter anscheinend länger störend wirkende Beschwerden mit sich bringen.

Mit zunehmendem Alter (etwa Mitte der Dreißiger) macht sich im allgemeinen ein Abklingen der nervösen Beschwerden geltend. (Übrigens geht aus unseren Erhebungen hervor, daß bei den Kindern von Eltern, die mit schweren nervösen Störungen, Nerven- oder Geisteskrankheiten behaftet waren, häufig genug eine „Verdünnung“ des schweren Zustandes der Eltern nach der Richtung einer konstitutionellen Nervosität hin eintrat.) Als Grund für die Abnahme der Beschwerden mit fortschreitendem Lebensalter wird die Anpassung des Betreffenden an das Leben geltend gemacht.

Hinzu mag kommen, daß der Milieuwechsel etwa durch Heirat, das Herauskommen aus der nervösen Familie Reibereien und Aufregungen seltener werden oder ganz verschwinden läßt; so oft sich auch gewisse Neuropathen zur Ehe finden mögen, so oft scheinen andere auch zu ordentlichen und einsichtigen Ehegatten zu kommen. Bei unbefangener Betrachtung — besonders die Katamnesen-Sprechstunde schien dies zu lehren — gewinnt man aber außerdem auch, vor allem bei den Kranken, die früher einmal als Psychopathen diagnostiziert waren, den Eindruck, daß gleichsam endogen bedingt, aus *inneren*

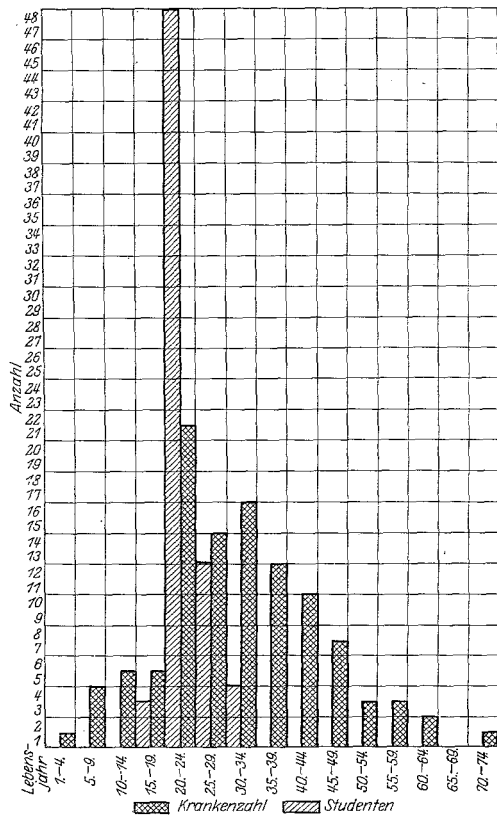


Abb. 1.

Ursachen heraus bei einer Anzahl dieser Kranken eine gewisse Klärung und Beruhigung mit zunehmendem Alter — eigentlich ganz natürlich — eingetreten ist. Die nervösen Ausbrüche, wenn von solchen überhaupt noch die Rede sein kann, sind dann nicht mehr so massiv, auch dann nicht, wenn schwerwiegendere Ereignisse als in jüngeren Jahren an derartig veranlagte Menschen herantreten. Seit Jahrzehnten haben sie keine Straftaten mehr begangen. Auch der Befund spricht für diese Annahme: oft bieten Psychopathen vorgerückteren Alters ganz das Bild der konstitutionellen Nervosität; erst aus den Akten und anderen objektiven Unterlagen früherer Zeiten ergeben sich die Kennzeichen einer damals ausgesprochenen Psychopathie. Auch bei den Konstitutionell-Nervösen glauben wir ähnliche Feststellungen machen zu können. Und vielleicht bedeutet es mehr als eine Parallelerscheinung, wenn bei einer Anzahl von Alkoholikern, wie es sich ebenfalls bei der Erhebung der Katamnesen zeigte, die Trinkleidenschaft allmählich von selbst nachließ, um dann vollständig zu verebben.

Bei dem Hervortreten nervöser Beschwerden in höherem Alter spielen offenbar eine beginnende Arteriosklerose, das Klimakterium u. a. eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Zu den psychogenen Reaktionen.

Psychogene Lähmungen: 14, darunter eine psychogene Hemiplegie. Psychogene Anfälle: 9. Traumatische und rentenneurotische Reaktionen: 23. Pseudodemenz: 5. Hypochondrische Formen: 1. Der Rest: andere psychogene Beschwerden.

Zu den Psychopathien.

Die hier angeführten, ausgesprochenen Psychopathien zeigen bei einer solch großen Anzahl von Fällen begreiflicherweise fast alle Schattierungen psychopathischer Konstitutionen. Irgendwelche Zahlen für einzelne Formen anzuführen, erscheint kaum ratsam. In der Sprechstunde fällt naturgemäß wohl dieser und jener Zug in die Augen, braucht aber durchaus nicht der wesensbestimmende für den betreffenden Kranken zu sein. Auch wird oft die Entscheidung schwer sein, welchem unter mehreren anderen auffälligen der Vorrang gegeben werden soll. Eine zahlenmäßige Aufstellung der einzelnen Formen würde daher recht willkürlich ausfallen.

Hervorgehoben seien lediglich folgende:

Zwangszustände: 7. (Es erübrigt sich, zu bemerken, daß Andeutungen von Zwangserscheinungen bei den Nervösen sehr häufig, besonders im jugendlichen Alter verzeichnet gefunden werden.) Psychopathisch veranlagte Kinder: 16. Sexuell-Perverse: 4. Und in Ergänzung zu den psychogenen Reaktionen die Psychopathien mit Anfällen: 7, mit traumatisch-neurotischen Reaktionen: 9.

Eingeschlossen ist die Zahl der Debilen und debilen Psychopathen, die unter sich schlecht zu trennen sind und die hier aus praktischen Gründen eingeordnet sein sollen: Es sind im ganzen 76, darunter 10 Kinder.

Zu den manisch-depressiven Seelenstörungen.

Manisch-depressives Irrsein: 36, dazu zwei unsichere Fälle. Manie: 3. Hypomanisches Temperament: 9, davon 5 querulatorisch. Melancholie: 38, dazu 6 fragliche endogene Depressionen. Reaktive Depressionen: 5, dazu 6 nicht sichere. Mischzustand: 1 und ein Fall, bei dem Thyreotoxikose oder Psychopathie differentialdiagnostisch in Frage steht. Konstitutionell-Depressive: 6. Zyklotyme Persönlichkeiten: 7. 12 Fälle sind als „Depressionszustand“ bezeichnet. Davon 1 im Senium, 1 fraglich, 1 beginnende Arteriosklerose?, 1 Basedowoid?, 1 Thyreotoxikose?, 1 Tumor cerebri?, 1 Debilität?, 1 nervöse Erschöpfung?, 1 beginnende Paralyse?, 1 Anfälle?

Wegen Selbstmordgefahr und zur genaueren Beobachtung konnten 38 Kranke in die Klinik aufgenommen werden. Die allgemeine Aufnahmeabteilung, die zur Überwachung anfangs notwendig ist, scheint nicht ganz der geeignete Aufenthaltsort für manche leicht Depressive zu sein. Es ist aber zu hoffen, daß durch den Aufbau der Klinik die Möglichkeit gegeben wird, leicht Depressive, empfindliche Kranke und wie wir hier hinzufügen möchten, auch Nervöse zur Beobachtung und Behandlung in eigens für sie bestimmte Räume unterzubringen.

Zur Idiotie und Imbezillität.

Die größere Anzahl der Kranken sind Kinder: 30.

Zu den symptomatischen Psychosen.

1 Psychose bei Lungenentzündung, 2 psychotische Erkrankungen bei Schwangerschaft.

Zu den Alkoholpsychosen.

Außer den Fällen von chronischem Alkoholismus 1 arbortives Delir, 1 Alkoholhalluzinose; beide Fälle kamen zur Klinikaufnahme.

Sehr viel größer als die Zahl der Alkoholkranken ist die der rat- und hilfesuchenden Frauen und sonstigen Angehörigen von Alkoholikern. Es stellt sich leider immer wieder heraus, daß die gesetzlichen Maßnahmen zum Schutze der Angehörigen auch bei schweren Fällen von Trunksucht und die soziale Fürsorge für die Trinker selbst, soweit sie nicht freiwillig zu bewegen sind, sich in geeignete Anstalten zu begeben, unzureichend sind. Wie für eine große Anzahl von haltlosen Psychopathen, muß ebenso für Alkoholkranke immer wieder nachdrücklich der Ausbau von Arbeitshäusern gefordert werden. Ihre

Unterbringung müßte, auch bevor sie straffällig geworden sind, in derartige Anstalten zu ermöglichen sein. Weil diese Psychopathen sich draußen im Leben nicht halten können, landen sie immer wieder in der Klinik oder kommen immer wieder zur Poliklinik gelaufen, ohne daß ihnen hier geholfen werden kann. Zur Unterbringung in eine Heil- und Pflegeanstalt kommen sie — für längere Zeit wenigstens — oft nicht in Frage. Bei sachverständiger Beaufsichtigung und Anleitung zu entsprechender Arbeit jedoch und bei gesichertem Unterkommen vermögen sie vielfach noch recht Brauchbares zu leisten.

Zum Morphinismus.

Je 4 Fälle von Morphinismus und Cocainismus.

Von den Morphinisten wurde immer wieder der allmähliche Entzug erbeten. Um überhaupt den Versuch der Hilfe zu machen, wurde hierein, falls anders nicht durchzusetzen, eingewilligt.

Paralyse.

2 juvenile und 2 fragliche juvenile Paralysen.

In 13 Fällen von Paralyse war die Diagnose nicht vollständig gesichert, meist wegen Verweigerung der Lumbalpunktion. Differentialdiagnostisch kamen vor allem Lues cerebri, Tabes, unklare Depressionszustände und einmal Debilität bei Lues in Frage. — Wo es der Allgemeinzustand erlaubte, wurde zu Fieberbehandlung geraten. 25 Fälle kamen zur Aufnahme in die Klinik.

Andere luetische Psychosen.

22 Fälle von Lues cerebri, darunter 3 nicht vollständig gesichert; 1 Fall von Lues und endogener Depression; 1 Lues und reaktive Depression. 13 Aufnahmen in die Klinik.

Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters.

7 Fälle von seniler Demenz; die übrigen Fälle zeigten nervöse bzw. psychische Störungen in der Umbildung.

Zu den epileptischen Erkrankungen.

Genuine Epilepsie 49 (davon 2 fraglich); Absenzen 2; Epileptiforme Anfälle 25 (davon 5 fraglich); Anfälle vom Jacksontyp 3, nach Schädelverletzung 4 (2 fraglich).

Symptomatische Epilepsie 7 (davon 1 fraglich). Spätepilepsie 1. 8 Kinder. 18 Kranke kamen zur Klinikaufnahme.

Sehr häufig werden Epileptiker mit der Frage geschickt, ob die Erkrankung traumatisch bedingt sei. Überall da, wo die grundsätzliche Klärung der Frage notwendig war, wurde Aufnahme der Kranken zur Nachprüfung der Angelegenheit in der Klinik für erforderlich erachtet.

Zur Schizophrenie.

4 Fälle von Pfropfhebephrenie, 1 schizophrener Defektzustand verbunden mit chron. Alkoholismus.

Zur Klinikaufnahme kamen 54 Patienten. Von den nicht aufgenommenen Fällen blieben 10 unsicher.

Zu den Lähmungen peripherer Nerven.

Lähmungen im Gebiet des Abducens 2, des Oculomotorius ext. 1, des Facialis 7, des Accessorius 2, des Plexus brachialis 6 (darunter 1 Erbsche Lähmung und Commotionspsychose), des N. subscapularis 1, des N. axillaris 3, des N. ulnaris (davon 1 + partieller Medianuslähmung) 5, des N. radialis (davon 2 + partielle Ulnarislähmung) 11, des Peroneus 3.

Neuritis und Neuralgie.

Trigeminusneuralgie 8, Occipitalneuralgie 2, Plexusneuralgie 1, Neuralgien des Armes 3 und verschiedener Lokalisationen 6. Ischias 4.

Zur Tabes dorsalis.

1 Fall von juveniler Tabes, 1 Fall von schizophrenem Defektzustand und Tabes, 1 Fall von Encephalitisfolgen und Tabes.

Zu den traumatischen Erkrankungen des Rückenmarks.

Beide Fälle zeigten spastische Paraparese der Beine mit Sensibilitätsstörungen.

Zu den Tumoren des Gehirns.

Motorische Region 2, Stirnhirn 2 (davon 1 Fall Verdacht hierauf); Kleinhirn 3; Gliom der rechten Hemisphäre 1; Felsenbeintumor 1; Hypophysentumor 1 (?). Raumbeengender Prozeß im Schädelinnern, nicht lokalisierbar 3; Tumormetastasen 2; Verdacht auf Gehirngeschwulst 3.

Zum Parkinsonismus nach Gehirngrippe.

1 Fall mit ausgesprochener Palilalie.

Zur Lues cerebrospinalis.

Arteriitische Form 3; meningitische und meningomyelitische Formen 19; Lues congenita 7; isolierte Pupillenstarre bei negativer WaR. 6.

Zu den Augenerkrankungen.

Ophthalmoplegia ext. 1, int. 1; senile Katarakt 2; Neuritis optica 1; Neuritis retrobulbaris 1; Opticusatrophie 6.

Unklare Fälle.

In 3 Fällen bestand lediglich der Eindruck einer organischen Erkrankung, für die jedoch keine neurologischen Zeichen ausfindig zu

machen waren. — In einem Fall lag Verdacht auf Stirnhirntumor vor, auch durch Aufnahme in die Klinik konnte keine Klärung der Diagnose herbeigeführt werden. — Ein Fall zeigte spastische Paraplegie der Beine und schlaffe Parese des linken Armes. Auch dieser Fall ging durch die Klinik. — Eine junge Patientin war debil und zeigte eigentümliche rhythmisch-ataktische Bewegungsstörungen des Kopfes (Klinikaufnahme). Ein Pat., von der Ohrenklinik überwiesen, der seit Jahren an einer Ohrenerkrankung litt, zeigte Störungen und Anfälle im Bereich des N. vestibularis, des N. cochlearis, des N. abducens und facialis, Blutentnahme und Lumbalpunktion wurden verweigert; Pat. erschien nicht mehr zur Nachuntersuchung. — Bei einem schwachsinnigen Kinde mit besonderen Lese- und Schreibstörungen war die Aufnahme leider nicht möglich.

Wassermannsche Reaktion.

Der serologischen Abteilung wurden 1924 748 Blutproben zur Vornahme der Wassermannschen Reaktion überwiesen. Davon fielen 97 = 13% positiv und 10 = 1,3% fraglich positiv aus.

1925 waren bei 1345 Blutproben 129 = 9,2% positiv und 14 = 1,04% fraglich positiv.

Unter den positiv ausgefallenen Befunden waren schätzungsweise mehr als 10 Fälle, bei denen außerhalb der Klinik das Ergebnis negativ war.

Behandlung.

Die Zahl der ambulant behandelten Kranken war naturgemäß sehr groß.

Eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Kranken wurde auch von der Klinik zur Weiterbehandlung der Poliklinik überwiesen. Der Behandlung der Kranken wurde, der Aufgabe der Poliklinik entsprechend, besondere Sorgfalt gewidmet. Zur statistischen Bearbeitung erscheinen die vorliegenden Ergebnisse zur Zeit nicht geeignet.

Die Fehldiagnosen.

Wer über viele Kranke sein Urteil meist schon nach einer einzigen Untersuchung schriftlich abgeben muß, fühlt am Ende des Jahres das Bedürfnis, zu erfahren, wie weit unter solchen Umständen die Möglichkeit besteht, sich ein Bild von den wichtigsten Krankheitszeichen zu machen.

Auf ein jedes Krankenblatt, das in Schlagworten alles Erfahrbare, vor allem alles Krankhafte, das bei dem Patienten gefunden wurde, enthält, wird gleich bei Abschluß der ersten Untersuchung eine kurze Bezeichnung des Zustandes oder der Krankheit gegeben. Somit ist es nun ein leichtes, eine gewisse Kontrolle über die Diagnosen der Poli-

klinik dadurch zu erhalten, daß die Diagnosen derjenigen Kranken, die zuerst in der Poliklinik untersucht wurden, dann zur Aufnahme in die Klinik kamen und dort längere Zeit beobachtet wurden, miteinander verglichen werden können. Es handelt sich dabei um 267 Aufnahmen für das Jahr 1925.

In den vor uns liegenden Listen finden wir bei Gegenüberstellung der Diagnosen der Poliklinik und der Klinik zunächst die bekannte Tatsache, daß eine beginnende Schizophrenie, besonders eine Hebephrenie im Beginn oft außerordentlich schwer zu erkennen ist. Es finden sich zwei Fälle, in denen poliklinisch nur ein „Depressionszustand“ gesehen wurde, hinter dem sich nach Ansicht der Abteilungsärzte eine Schizophrenie verbarg.

1. 687/25 wbl. 27 Jahre.

Aus der poliklinischen Krankengeschichte: Gebundene Haltung, Katalepsie; nur Stimme des Gewissens vernommen. Affektiv ansprechbar, niedergedrückt. Minderwertigkeitsideen, Selbstvorwürfe, Suizidgedanken im Vordergrund. — Auf der Abteilung fällt der Wechsel zwischen natürlichem traurigem Affekt und läppisch-euphorischer Stimmung auf. Stereotype Bewegungen.

2. 522/25 wbl. 38 Jahre.

Poliklinik: Seit 18 Tagen verändert, Pat. glaubt, sie habe sich etwas zuschulden kommen lassen, die Kasse stimme nicht, werde mit dem Ehemann verhaftet; große Angst; Selbstmordgedanken. Fühlt sich verändert. Paranoid. Kam vor einigen Tagen ganz verstört heim. Bei der Untersuchung gehemmt, ängstlich, ratlos, wortkarg. — In der Klinik: Zuerst ängstlich, gespannt, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, etwas leerer Gesichtsausdruck, glaubt, sie sei im Gefängnis. Bei Entlassung nach 3 Wochen zugänglich, etwas ängstlich, Veränderungsgefühl, gegen Revers entlassen.

In einem dritten Fall bleibt die Diagnose völlig unsicher; vorläufig ist nicht mehr zu sagen als: „Depressionszustand? Psychopathie?“. Auch hier enthüllt sich später eine Schizophrenie.

3. 806/25 wbl. 27 Jahre.

Poliklinik: Oheim war in einer Irrenanstalt. Pat. von jeher schwächlich. Vor 3 Jahren ähnlicher Zustand wie jetzt von 3 Monaten Dauer. Konnte nicht arbeiten, schlechter Schlaf. Jetzt seit 5 Monaten verändert. Arbeitsunfähig. Meint, die Leute hätten etwas gegen sie, seien anders als sie. Der Stuhlgang gehe nicht, „die Organe arbeiten nicht mehr“; Schlaf schlecht. „Anfälle“, müsse dann etwa eine Stunde lang zittern, kein Bewußtseinsverlust dabei. Möchte nicht mehr leben. Will Ref. nicht ansehen, hält die Augen geschlossen oder verdreht sie. Im Laufe des Gesprächs freier. Blaß, reduzierter Ernährungszustand. Schilddrüse leicht vergrößert. Feuchtkalte Hände und Füße.

Auf der Abteilung: hat keine Lebensfreude; alles sei ja doch ganz gleichgültig. Haltung immer manieriert. Hält die Augen dauernd niedergeschlagen. Spricht schwerverständlich; unvollendete Sätze. Glaubte, man nehme ihr die Gedanken fort; hat das Gefühl, sie könne nicht mehr aufkommen. Wenig zugänglich, keine Beziehungen zu anderen Kranken.

Einmal wird umgekehrt in der Poliklinik an Schizophrenie gedacht, während man auf der Abteilung ein manisch-depressives Irresein diagnostizierte:

4. 729/25 männl. Student, 23 Jahre.

Zur Stellung der Diagnose in die Klinik aufgenommen.

Klinik: Vater vielleicht reizbar, Hypomaneus. Großmutter (m.) nach dem Tode ihres Mannes geisteskrank, wollte nicht mehr essen. Betete stundenlang. Tante (m.) im Alter unheilbar melancholisch. Pat. scheu, schwernehmend, Insuffizienzgefühl, seit dem 16. Lebensjahr Schwankungen in Stimmungen und Leistungsfähigkeit. Zeiten des „Hochgefühls“ und der Erschöpfung. Dauer jeder Phase etwa 8 Tage, die dann durch die entgegengesetzte abgelöst wird. Später auch Interferenzen. Häufiger Berufs- und Studiumswechsel. Scheinbar keine sehr tiefen Affekte. Spröde, etwas hart, dabei unruhig und hastig. Immerhin hilfs- und aussprachebedürftig. Ausgesprochene Entschlußunfähigkeit. — In der Poliklinik machte Pat. einen verlegenen, vielleicht auch als mißtrauisch zu bezeichnenden Eindruck. Überlegt sich alle Antworten lange und wiederholt oft die Frage. Moros, spielt ständig mit den Händen, grimassiert beim Sprechen; unbeholfen, linkisch. Zerfahren? Sperrungen?

Neben den differential-diagnostischen Schwierigkeiten der Schizophrenie gegenüber depressiven Erkrankungen kommen diejenigen den funktionellen und organischen, besonders striären Störungen gegenüber in Betracht:

Außer der Unsicherheit einer Diagnose, die zwischen Pseudodemenz und Schizophrenie in einem Falle schwankt, wird bei einem anderen Kranken (5. 561/25 männl. 19 Jahre) in der poliklinischen Sprechstunde eine fragliche „Encephalitis?“ oder vielleicht eine „funktionelle Störung?“ an Stelle einer Schizophrenie angenommen. Nach der ersten Klinikaufnahme dieses letzten Pat. (19. V. bis 20. VI. 25) wird noch „Dementia simplex + Encephalitisfolgen“ diagnostiziert, bei der zweiten Aufnahme lediglich „Schizophrenie“.

In einem Falle steht hinter der poliklinischen Diagnose (6.) „Senile Demenz?“ bezeichnenderweise ein Fragezeichen, als Zeichen dafür, daß eine nähere Untersuchung wohl noch andere Störungen zutage fördern würde. Wir haben den Kranken später auf der Abteilung selbst beobachtet. Es handelte sich um einen äußerst schwerhörigen Menschen, der zuerst durchaus nicht mit der Sprache heraus wollte, sich sehr abweisend zeigte und bei dem es erst nach langen, vielfach vergeblichen Bemühungen gelang, seine krankhaften Ideen herauszubringen, die er dann in zerfahrener Weise äußerte. Es lag somit ein alter schizophrener Defektzustand vor.

Krankheitsbilder, die ebenfalls Schwierigkeiten in der differential-diagnostischen Trennung hervorzurufen pflegen, sind außerdem: Encephalitisfolgen leichteren Grades, gehemmte Debile, beginnende Schizophrenie mit gebundener Haltung, besonders dann, wenn ordentliche Angaben und Vorgeschichte nicht recht zu erhalten sind.

In einem Falle wird Encephalitis in der Poliklinik angenommen, während sich die Klinik für Debilität mit psychogenem Tremor entscheidet.

7. 533/25 wbl. 22 Jahre.

Poliklinik: Schlechter Schlaf, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Stuhlverstopfung, allgemeine Mattigkeit. Sitzt herum und kann nicht arbeiten.

Vor 3 Jahren Grippe und vor 10 Wochen Grippe, mit tagelanger Verstopfung; seit etwa 4—6 Wochen angeblich Doppeltsehen, Singultus (öfters etwa 5 Minuten lang). Kein Fieber, sondern nur Hitzegefühl; jetzt langsamer. Wechsel von allgemeinem Hitze- und Kältegefühl. Hochrote Gesichtsfarbe, leicht livide Lippen. Salbengesicht, mimische Bewegungslosigkeit. Tremor des rechten Armes. Debität. Medizinische Klinik außerdem: Sympathicotone Erscheinungen, substernale Struma. — Klinik: Seit der Grippe vor 8 Wochen Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Traurigkeit, Verlangsamung der Bewegungen, allgemeine Müdigkeit, seit 8 Tagen Tremor des rechten Armes. Durch Suggestivbehandlung Verschwinden des Tremors. Keine deutliche Verlangsamung mehr.

Poliklinik: Encephalitisfolgen? Klinik: Psychopathie (willensschwach).

8. 1153/25 männl. 16 Jahre.

März 25 Grippe, seitdem Zittern in den Händen, immer nur im rechten Arm und Bein, hat Geld unterschlagen. Sitzt auf dem Stuhl wie ein geprügelter Hund, wenig Mimik, überhaupt bewegungsarm, hält die Augen scheu auf den Boden gerichtet, müder, kraftloser Eindruck, allgemein verlangsamt, blasses Gesicht. Nystagmus in den Endstellungen, Facialisschwäche rechts, geringer Rigor im linken Arm und Bein, Reflexe vorhanden, beiderseits gleich. Gang: starre Haltung, fehlende Mitbewegungen der Arme beiderseits. — Klinik: Wiederholte Unterschlagungen. Gedrückt. Extrapiramidale Störungen im Verlauf der Beobachtungszeit (5 Tage) nicht festzustellen.

In diesem Fall wird also in der Poliklinik die Frage aufgeworfen ob die psychopathischen Eigenschaften nicht Folge einer durchgemachten Gehirngrippe seien. Der Verdacht kann nicht bestätigt werden.

Ferner finden sich folgende unterschiedliche Diagnosen:

Poliklinik: „Paralyse“; Klinik: „Melancholie in der Rückbildung“.

9. 450/25 weibl. 45 Jahre.

Poliklinik: Großvater war gemütskrank, hat stark getrunken. Vaters Schwester vorübergehend geisteskrank. Pat. depressiv, Angstzustände, Gehörs- und Gesichtstäuschungen, Zwangsantriebe. Vor 3 Jahren schon ähnlicher Zustand, seit einem halben Jahr schon wieder derselbe Zustand. Verfolgungsideen, Schlaflosigkeit, läuft nachts fort, Stimmen aus der Brust, Angst, Stimmungs labilität, Beeinflussbarkeit. Intelligenz, soweit zu prüfen, vielleicht herabgesetzt. Rechte Pupille reagiert träge und weniger ausgiebig als die linke. Linker PSR und ASR geringer als rechts. — Klinik: Serologisch in Blut und Liquor kein krankhafter Befund. Im übrigen derselbe Befund.

Es ist verständlich, daß bei dem Vorhandensein der neurologischen Zeichen an eine Paralyse gedacht werden mußte. Erst durch Bekanntwerden des negativen Ergebnisses konnte eine solche ausgeschlossen werden.

Ganz ähnliche Schwierigkeiten lagen im folgenden Falle vor; nur kam hier noch die grobe Demenz als besonders erschwerend für die Stellung der Diagnose in der poliklinischen Sprechstunde in Betracht. Poliklinik: „Paralyse?“; Klinik: „Präsenile Demenz (Alzheimer?)“

10. 572/25 weibl., 61 J.

Pat. schwer dement. Pupillen verzogen, Sprachstörungen. Blut- und Liquorreaktionen erweisen sich auf der Abteilung als negativ. Psychisches Bild kann genauer differenziert werden.

Poliklinik: „Depression“; Klinik: „Paralyse“.

11. 358/25 männl. 51 J.

Poliklinik: Schwester Suizid. Eine Fehlgeburt der Frau. Pat. vor 18 Jahren geschlechtskrank, 5—6 antiluetische Kuren. Seit Jahren sehr aufgeregt, besonders aber seit einem Jahr. „Wehes Gefühl im Körper“, „Stoßgefühl im Kopf“. Schlechter Schlaf, sehr niedergedrückte Stimmung, weinte viel. Im vergangenen Jahre plötzlich Herzschwäche, keine Lähmung. Konnte aber nicht gehen, mußte 3 Wochen im Bett bleiben. Befund: Blutdruck 160/70 mm Hg. Weint, ist ängstlich, unruhig. Selbstmordgedanken, gehemmt. Aufnahme verweigert. — Klinik: Während der Ehe immer schon sehr reizbar. Seit Winter 23/24 besonders streitsüchtig und erregbar. Sommer 24 gedrückte Stimmungslage, weinte leicht, alles fiel ihm schwer. Mitte April 25 Erregungszustand, verwirrt, äußerte Verfolgungsideen. 14 Tage vor der Aufnahme in die Klinik wiederum sehr erregt, verkannte seine Frau, schlug seine Schwägerin. Seit 3 Wochen fällt der Ehefrau die schwerfällige Sprache auf. Psychischer Befund: sehr affekt-labil, reizbar, depressiv-mürrische Stimmungslage; Sinnestäuschungen, Intelligenzdefekte. Körperlicher Befund: Pupillen reagieren auf Licht beiderseits weniger ausgiebig als auf Konvergenz. WaR. im Blut und Liquor negativ. $\frac{3}{3}$ Zellen. Nonne: (Liquor blut-haltig). Nach Neufriedenheim übergeführt.

Auffällig ist der vollständig negative serologische und der geringe neurologische Befund.

Poliklinik: „Arteriosklerose, Depression?“; Klinik: „Abortives Delirium tremens“.

12. 401/25 männl. 47 J.

Schwindelzustände, Schlaflosigkeit, innere Unruhe, gedrückte Stimmung, Ängstlichkeit. — Alkoholmißbrauch wird durch Angehörige auf der Abteilung in Erfahrung gebracht. Delirante Erscheinungen nur in der Vorgeschichte.

Poliklinik: „Organischer Fall?“; Klinik: „Manisch-depressives Irresein“.

13. 470/25 weibl. 24 J.

Schlaffes müdes Aussehen, etwas gedrückt, doch nicht eigentlich traurig, leicht debil, etwas steif, langsam, Eindruck des Organischen.

Zusammenfassung.

1.—3. In 3 Fällen wird lediglich ein Depressionszustand (einmal in Erwägung mit Psychopathie) diagnostiziert, hinter dem nach Ansicht der Klinik eine Schizophrenie stand. Größere Symptome wie Halluzinationen usw. wurden bei keinem der Kranken festgestellt (Dementia simplex).

4. In einem Falle lag umgekehrt wohl eine manisch-depressive Störung vor, wo ursprünglich eine Schizophrenie vermutet wurde. Der Kranke wies entschieden eigenartige Besonderheiten in seinem Verhalten auf.

5. Ein schizophrener Kranker ließ die Vermutung auf Encephalitis-

folgen oder funktionelle Störungen laut werden. Erst bei der zweiten Klinikaufnahme wurde der Verdacht auf Encephalitisfolgen fallen gelassen und eine Dementia simplex allein angenommen.

6. Infolge besonders schwieriger Untersuchungsverhältnisse war ein schizophrener Defektzustand zunächst nicht zu erkennen, obwohl Verdacht hierauf bestand.

7. Der Armtremor einer Pat., anfangs für eine Encephalitisfolge angesehen, erwies sich als psychogen bei Debität.

8. Der Verdacht, daß die psychopathischen Eigenschaften eines jungen Menschen als Folge einer Encephalitis angesehen werden müßten, konnte auf die Dauer nicht aufrechterhalten werden.

9. Ein Fall mit Pupillen- und Reflexstörungen, der als Paralyse angesehen wurde, erwies sich durch das Ergebnis der serologischen Untersuchung als Melancholie in der Umbildung.

10. Gleichfalls als verdächtig — allerdings sehr fraglich — auf Paralyse wurde ein Fall von präseniler Demenz (Alzheimer?) angesehen. Erste Untersuchung sehr erschwert, Diagnose ohne serologischen Befund gestellt.

11. An Stelle einer „Depression“ mußte Paralyse auf der Abteilung diagnostiziert werden, allerdings bei völlig negativem Blut- und Liquorbefund und Fehlen ausgesprochener neurologischer Zeichen.

12. Die letzten Ausläufer eines Delirium tremens — eigentlich delirante Symptome wurden in der Klinik nicht mehr beobachtet — konnten erst nach Anhören der Verwandten des Pat. als solche gedeutet werden. In der Poliklinik war fraglich „Arteriosklerose, Depression?“ angenommen worden.

13. Eine Jugendliche — in der Klinik dem manisch-depressiven Irresein zugehörig angesehen — erweckte bei der ersten Untersuchung einen durchaus organischen Eindruck in ihrem gehemmten, depressiven Zustande bei leichter Debität.

Die Mehrzahl der Diagnosen wurde unter Vorbehalt gestellt. Die Kranken waren meist zur Klärung der Diagnose aufgenommen worden, da es sich bei den vorstehenden Fällen fast ausnahmslos um diagnostisch besonders schwierig gelagerte Fälle handelte. Fall 6, 8, 10 können mit den übrigen kaum in eine Reihe gestellt werden, weil hier vor allem äußere Umstände die Stellung der Diagnose erschwerten.

Die Anzahl der nicht vollständig erkannten oder unrichtig gedeuteten — allerdings diagnostisch besonders schwierig gelagerten — Fälle beläuft sich auf 3—4%.

Einige Diagnosen konnten in der Klinik schärfer gefaßt werden, etwa die Zugehörigkeit eines Depressionszustandes zum manisch-depressiven Irresein ermittelt werden usw. Auch die Beurteilung, ob organische, epileptiforme Anfälle vorlagen, wurde in vielen Fällen

allein der Klinik überlassen, sofern dies nur durch Beobachtung auf der Abteilung sichergestellt werden konnte.

Stillschweigend wurde bei dem Vergleich der poliklinischen und klinischen Diagnose die Voraussetzung gemacht, daß die Beurteilung der Kranken durch die Klinik über längere Zeit hin die richtige sei. Natürlich können auch dabei Fehler vorkommen. So kommt uns ein Fall in Erinnerung, dessen Symptome in der Klinik als psychogene angesehen wurden; sie erwiesen sich aber bei der Weiterbehandlung in der Poliklinik tatsächlich als Folgen einer Encephalitis. Ein Pat., der hauptsächlich körperliche Klagen äußerte, stellte sich nach Überweisung in die poliklinische Behandlung als endogen-depressiv heraus. In der Katamnesensprechstunde konnte eine Reihe von (vor etwa einem Jahrzehnt behandelten) Paralysen als Lues mit Depression u. ä. glaubhaft gemacht werden.
