

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Bonn und dem Gerichtsärztlichen  
Universitätsinstitut Berlin.)

## Zur klinischen und forensischen Bedeutung der perniziösen Anämie<sup>1</sup>.

Von

A. H. Hübner und V. Müller-Heß.

(Eingegangen am 16. Januar 1933.)

Die rein neurologischen Begleiterscheinungen der perniziösen Anämie sind schon lange bekannt. Unvollständiger sind unsere Kenntnisse der Psychosen, obwohl solche nach den Angaben mancher Internisten (*Morawitz* und *Dennecke*) nicht selten vorkommen.

Wenn man das, was in der Literatur an psychischen Störungen beschrieben ist, kurz zusammenfassen will, so kann man etwa folgende Gruppen unterscheiden:

1. Als Achsensyndrom eine --- allerdings nicht immer deutlich erkennbare — Demenz (*C. Schneider*). Daneben
2. hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände mit Apathie (*Bonhoeffer*).
3. Depressionen, die manchmal der Melancholie weitgehend gleichen und auch mit Selbstmordabsichten verbunden sein können (*Ewald*).
4. Maniforme Zustandsbilder (*Bonhoeffer*, *Illing*).
5. Delirante Phasen, Verwirrtheits- und Benommenheitszustände.
6. Paranoide Krankheitsbilder von kürzerer oder längerer Dauer (*Behrens*).

Übereinstimmung herrscht darin, daß die unter 2—6 aufgeführten Symptomenkomplexe einander nach kürzerem oder längerem Bestehen ablösen können. Die meisten Autoren haben sie auch erst in den Endstadien der Erkrankung gesehen. Es gibt aber eine Reihe von Beobachtungen, welche lehren, daß die psychischen Störungen schon zu einer Zeit, in der das charakteristische Blutbild noch fehlt (*Behrens*, *Wohlgemuth*) und auch die neurologischen Symptome vermißt werden, auftreten können, so daß die richtige Erkennung des Leidens dann wesentlich erschwert ist. *Warburg* und *Jorgenson* betonen besonders, daß Geistesstörungen schon in den frühesten Stadien der perniziösen Anämie vorkommen. Diese Forscher haben dann regelmäßig eine Achylie gefunden, welche neuerdings als Vorläufer der *Anaemia perniciosa* angesehen wird (*Morawitz* und *Dennecke*).

<sup>1</sup> Herrn Geh. Rat *Westphal* zum 70. Geburtstage gewidmet.

Verhältnismäßig spärlich sind die Angaben, welche sich in der Literatur über die psychischen *Initialsymptome* finden. Nach *Warburg* und *Jorgensen* kommen am häufigsten chronisch-neurasthenische Bilder mit episodischer Affektlabilität, Amentiaphasen und das Korsakowsyndrom vor. In einem Falle von *Siemerling* wurde berichtet, daß der Patient schon 5 Jahre vor der Aufnahme in die Klinik tiefssinnig war. Im 5. Jahre äußerte er tageweise Vergiftungsideen, die er verschieden motivierte. Manchmal war er lebenslustig und unterhielt sich ganz vernünftig, an anderen Tagen stand er starr und stumm da, sprach nicht und aß nicht. *Wohlwills* Beobachtung begann mit einem Schwindelanfall, an den sich Schwäche in den Beinen, Kribbeln und Taubheitsgefühl in den Händen und Füßen anschloß. Mit einem „Ohnmachtsanfall“ ohne sonstige Vorboten begann auch ein Fall von *C. Schneider*. Am folgenden Tage äußerte die Frau Vergiftungsideen, die sie kurz darauf korrigierte, um sie wenige Stunden später wieder vorzubringen. Dabei deutliches Krankheitsgefühl. Blutbefund positiv. Areflexie beider Beine. *Schneider* betont besonders, daß das Hervortreten wahnhafter Einschläge ein kennzeichnendes Merkmal dieser Psychosen sei, und daß Sinnestäuschungen von geringer Bedeutung seien. Er hebt ferner den raschen Wechsel zwischen Verwirrtheits- und fast erscheinungsfreien Zuständen hervor, ein Phänomen, das wir deshalb hier anführen, weil es in unserer eigenen Beobachtung gleichfalls eine gewisse Rolle spielt.

*C. Schneider* hat Recht, wenn er sagt, daß die Erkennung des Leidens zur Zeit noch auf die körperlichen Symptome (Blutbefund, Blässe, Urobilirubinurie, Urobilirubinogenurie, Hinterstrang- und Hinterseitenstrangerkrankung ohne Pupillenstarre) gestützt werden muß. Wo diese Zeichen fehlen, ist es schwierig, das Richtige zu treffen, namentlich dann, wenn auch die psychischen Erscheinungen uncharakteristisch sind und nur passagär auftreten. Der Umstand, daß der Patient im Beginn des Leidens mitunter nur vereinzelte Wahnideen vorbringt, die er bisweilen schon nach wenigen Stunden korrigiert, und daß er Auffälligkeiten, die er begangen hat, oft in harmloser Weise zu erklären sucht, erschwert die frühzeitige Erkennung der perniziösen Anämie gleichfalls erheblich. Fehldiagnosen kommen deshalb im Anfang häufig vor (*Weimann*).

II. Vom forensisch-psychiatrischen Standpunkte aus ist die perniziöse Anämie noch nicht oft besprochen worden.

Einige der neuesten Veröffentlichungen, von *Klieneberger*, *Niehaus*, *v. Schnitzer* und *Östreich* erörtern die Beziehungen zwischen Unfällen bzw. Kriegsdienstbeschädigungen und der Krankheit.

Eine Arbeit von *Kluge* bespricht die Geschäftsfähigkeit eines derartigen Kranken. Der Patient, welcher außerdem imbezill war, zeigte anfangs eine erhöhte Reizbarkeit, später hatte er eine Depression mit Kleinheits- und Verarmungsideen, paranoides Mißtrauen, Selbstmord-

neigung, daneben leichte Bewußtseinsstörungen mit Verkennung der Lage und einzelner Personen. Der Sachverständige nahm für die letzten 5 Lebensjahre Geschäftsunfähigkeit an, weil während dieser Zeit die Reizbarkeit, der Jähzorn und die Schlafstörung (d. h. das sog. neurasthenische Stadium) bestanden. Diese Symptome hatten 7—8 Jahre vor dem Tode eingesetzt. 6 Jahre vor dem Tode trat die Depression auf. Das krankhafte Mißtrauen entwickelte sich allmählich in den letzten 4—5 Jahren.

Schwierigkeiten bei der Beurteilung dieses Falles machte vor allen Dingen die Differenzierung der Imbezillität von den Initialerscheinungen der Perniciosapsychose.

Daß die Psychosen bei der Pernicosa gelegentlich einmal Anlaß zur Entmündigung geben können, ist den Verfassern bekannt. Es handelte sich um einen langsam verlaufenden mit paranoiden Vorstellungen und Depression einhergehenden Fall.

Eine strafrechtliche Begutachtung haben wir in der uns zugänglichen Literatur nicht gefunden. Wir möchten eine solche im folgenden mitteilen. Wesentlich mitbestimmend für die Publikation ist dabei der Umstand, daß bei ihm die Deutung der Initialsymptome besonders schwierig war, und daß der charakteristische Blutbefund erst sehr spät auftrat. Auch die Tatsache, daß der Patient seine krankhaften Vorstellungen für längere Zeit korrigierte, bzw. in wechselnder Weise begründete, gibt dem Fall klinisch eine Sonderstellung.

B. wurde am 15. August 1891 geboren. Der Vater starb wenige Monate später an einem Unfall. Erbliche Belastung fehlt. Patient besuchte die Volksschule in Königsberg und verließ dieselbe in der obersten Klasse, um in eine kaufmännische Lehre zu gehen (Lebensmittelbranche). 1913 kam er zur Firma G. in T., blieb dort bis Kriegsausbruch und kehrte nach Kriegsende in seine alte Stelle zurück. Von August 1914 bis zur Demobilmachung Apothekergehilfe in einem Feldlazarett. Dort angeblich sehr viel Arbeit, so daß er nach der Rückkehr aus dem Felde noch stiller war, als vorher.

Mehrere Mitarbeiter aus den Jahren 1919/23 schilderten den B. als einen wortkargen Menschen, der selbst über geschäftliche Dinge wenig sprach, allerdings auch mit keinem der Kollegen ernstliche Differenzen bekam. Eine Zeitlang war er Filialleiter. Diese Stelle wurde ihm aber nach einigen Monaten entzogen. Als er sich daraufhin krank meldete, wurde ihm gekündigt. Daß die Mitarbeiter gegen ihn intrigierte hätten, ist nicht bewiesen.

Patient nahm danach mehrere andere Stellen an. In einer derselben — bei La. — erlitt er am 28. 3. 26 einen Unfall. Es fiel ihm beim Aufheben eines Gegenstandes eine Kilotokonservenbüchse auf den Kopf. Es entstand nur eine Beule an der linken Hinterkopfseite. Eine offene Wunde fehlte, ebenso Zeichen einer Veränderung am Nervensystem. Bewußtlosigkeit war bei dem Unfall nicht eingetreten. Erbrechen erst am nächsten Tage. Eine Rente erhielt der Patient nicht, obwohl er auch über die 13. Woche hinaus über Beschwerden allgemein-nervöser Art klagte, wohl aber wurde er zweimal für einige Wochen krank geschrieben. Außer gesteigerten Sehnenreflexen und einem „leicht hebephrenen Einschlag“ fand der Arzt nichts. Das Oberversicherungsamt T. sah die geklagten Beschwerden als Folgen der in ihren Anfängen schon damals vorhandenen perniziösen Anämie an (Urteil vom 29. 11. 29).

Bei der Firma La. fiel B. von vornherein als „eigentümlich“, zurückhaltend, aus kleinem Anlaß plötzlich erregt, nervös (nur in Worten, nicht etwa in Tätigkeiten) auf. In der Arbeit war er fleißig und gewissenhaft, jedoch konnte man sich auf seine Berechnungen nicht verlassen. Nach dem Unfall wollen einige Zeugen Gedächtnisstörungen beobachtet haben. Außerdem machte er Rechenfehler.

Während der Tätigkeit bei La. äußerte B., daß der Geschäftsführer von G. ihn seiner Zeit ums Brot gebracht habe; dem wolle er es einmal besorgen. Auch von anderen Angestellten der Firma G. scheint er sich um jene Zeit benachteiligt gefühlt zu haben.

Im Juni 1927 meldete sich B. bei der Firma G. in Fr. Er wurde angenommen. Als er eintrat, fiel er durch „stierenden“ krankhaften Eindruck und Blässe auf, so daß er nicht als Filialleiter, wie ursprünglich beabsichtigt war, sondern als Verkäufer eingestellt wurde. Da er nichts leistete, wurde ihm zum 1. August 1927 gekündigt.

Wenige Tage nach der Entlassung schrieb B. an den Inhaber der Firma La. einen Brief, der zahlreiche Beeinträchtigungsideen enthielt. „Bin ich Ihnen zu gering, daß Sie meinen, mir Ihr Wort nicht halten zu brauchen, oder haben Sie mich nur vergessen?“ Er glaubt nicht, daß der Grund für die Entlassung in seinem bedenklichen Gesundheitszustand zu suchen sei. „Das sieht einem Davonjagen mit Schimpf und Schande verteufelt ähnlich. Es liegt mir sehr viel daran, mein Ansehen wieder herzustellen und Sie vom Gegenteil zu überzeugen.“ — „Es hat schon mancher zu seinem Schaden meine Körperkraft unterschätzt.“ — „Die Gemeinheit der lieben Mitmenschen frißt an mir und läßt mich nicht voll und rund aussehen.“ „Die reine Wahrheit werde ich wohl kaum hören, aber es muß doch irgend eine Gemeinheit gegen mich im Gange sein.“

Er kehrte dann nach vergeblichen Versuchen, eine andere Stelle zu finden, nach T. zurück, ließ seine Frau aber in dem Glauben, er befindet sich noch bei G. in Stellung. Am 11. 10. 27 verließ er, wie durch eine Zeugin festgestellt worden ist, mit 2 Handkoffern T. in Richtung Ko. Dort hat er seine Koffer auch als Handgepäck aufgegeben. 2 Tage später war er wieder in T. Abends gegen 7 Uhr wurde er in dem Geschäftshause La. von einem Verkäufer im Hofe vor der Hoftüre stehend gesehen. Als der Angestellte der Firma die Hoftüre öffnete, ging B. an ihm vorbei durch den Hausflur bis zur Ausgangstür, gab auf Befragen weder Namen noch Begehr an, sagte zu dem Verkäufer nur: „Mach Dich weg“, und hielt ihm einen Revolver vor. Bekleidet war er um diese Zeit mit Mantel und Sportmütze.

Ungewöhnlich um dieselbe Zeit sah eine andere Zeugin, daß ein Mann in der Brotstraße hinter ihr ging, in das Geschäft von Go. hineinsah und sich dann in den Hausgang des nebenan liegenden Zentralmagazins stellte. Sie erkannte den Mann als den B. Auch jetzt war er noch mit Überzieher und Sportmütze bekleidet. Gegen 7 $\frac{1}{2}$  Uhr hörte der Verkäufer Karl Schu., der sich bei G. im Lagerraum hinter dem Ladenlokal befand, in dem nebenliegenden Abstellraum den Verkäufer Ni., der gerade seinen Arbeitskittel ausgezogen und Rock und Weste noch nicht angezogen hatte, „Guten Abend“ sagen und gleich darauf rufen „Na, was ist denn hier los“, worauf als Antwort ein Schuß fiel. Er sprang hinzu und bekam Pfeffer ins Gesicht, der jedoch seine Augen nicht traf, weil er eine Brille trug. Er wandte sich zur Seite, worauf wieder 2 Schüsse fielen, von denen einer in die Wand ging, der andere den links am Boden liegenden stöhnenden und um Hilfe schreienden Ni. am Unterarm traf. Schu. drang mit dem Messer auf den ihm gegenüberstehenden Mann ein und verletzte ihn an der linken Schulter. Der Mann wandte sich zur Flucht auf den Hof hinaus, wurde aber von Schu. eingeholt, der ihm die Maske vom Kopf riß, den Revolver abdrehte und fortwarf.

Der Mann lief weiter, wurde aber nochmals eingeholt, stolperte an der Treppenstufe und fiel zu Boden. Schu. ließ ihn aber los, weil er Ni. lauter stöhnen und um

Hilfe rufen hörte und noch eine Gestalt aus der Türe des Abstellraumes herauskommen sah und dachte, es seien noch mehrere an dem Überfall beteiligt. Inzwischen waren, durch das Knallen aufmerksam gemacht, noch mehrere Leute hinzugekommen, die für die Verbringung des Ni. in das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder sorgten, in welchem Ni. kurz nach 8 Uhr starb. Den fliehenden Täter sah man über das die Höfe nach der Palaststraße abschließende Gittertor klettern, an dem noch Stofffäden von seinem Mantel zurückblieben. Er soll die Palaststraße herauf in Richtung Weberbachstraße gelaufen sein, jedoch am Breitenstein links eingebogen haben nach Liebfrauenstraße oder Mustor und habe eine Postmütze getragen. Gegen 10 Uhr abends kam B. nach Angabe seiner Frau zu Hause an, sah ganz zerstört aus und schaute aus den Augen wie ein Irrsinniger, einen Mantel hatte er nicht an. Eine rechte Auskunft, wo er herkäme, konnte er nicht geben. Als die Frau ihn ins Bett brachte, bemerkte sie eine Stichwunde, über deren Herkunft er nur sagte, er habe auf einmal einen Stich gehabt, nachher soll er von einem Franzosen phantasiert haben, der hinter ihm her sei. Am anderen Morgen habe er wie ein Kind geweint und geklagt „mein Kopf, mein Kopf, ich kann nicht mehr denken“, auch wiederholt zu seiner Frau gesagt: „Gelt, Du meinst, ich sei verrückt, ich bin nicht verrückt, ich habe immer zu meiner Mutter gebetet und zu Dir.“ Die Frau nimmt an, daß er bei der Tat nicht ganz bei Sinnen war, daß er geistig defekt sei, werde auch durch die irren Redereien ihr gegenüber bestätigt. Um 2 Uhr nachmittags wurde B. in das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder gebracht, wo der Arzt eine 5 cm lange glatte Schnittwunde am linken Oberarm in Höhe der Schulter feststellte und B. für haftfähig erklärte. Nachmittags zwischen 3 und 4 Uhr sah der Schüler Heinrich Schmidt etwa 150 m unterhalb von Zur Lauben in der Mosel etwa 1 m entfernt vom Ufer unterhalb eines Weidenbusches eine Postmütze auf dem Wasser liegen, die er einem Kriminalbeamten brachte, diese Mütze wurde als aus dem Geschäft Sauer stammend, erkannt. Eine solche soll 3 Wochen vorher ein Mann, der einen ganz komischen und verdächtigen Eindruck machte, gekauft haben. Auf der Polizeiwache gab B. dem Gefängnisarzt keine Antwort, wehrte ab, bäumte sich auf, ließ sich im Bett aufgerichtet zusammensinken, pendelte mit dem Kopf hin und her. Um 6 $\frac{3}{4}$  Uhr kam er als Untersuchungsgefangener in das Gefängnis T. Zu ihm in die Zelle gelegt wurde der Strafgefangene Ley., der über die Nacht vom 14. zum 15. berichtet: B. klagte über Kopfschmerzen, fragte wo er sei. Auf die Antwort: „In der Windstraße hinter dem Dom“ erwiderte er, in dieser Gegend sei er noch nie gewesen. Er erzählte dann, er sei 3 Tage unterwegs gewesen, das Geld sei ihm ausgegangen und er habe schon deshalb den ganzen Weg zu Fuß zurückgelegt, davon sei er so müde. Als er in T. angekommen sei, habe ihn jemand geschlagen und er habe dann wieder geschlagen. Seinen Vornamen sagte er nicht, wohl, daß er verheiratet sei und in der Maarstraße wohne. Er fragte nach dem Arzt und bat um ein Rasiermesser, er wolle sich damit die Pulsadern aufschneiden, dann wäre morgen früh alles erledigt, dann könne der Arzt ruhig nachforschen, dann wüßte ja niemand, wer es gewesen wäre. Er weinte dann längere Zeit und sagte: „Wie schwer es ist, wenn ein Mann muß weinen und wie schwere Bilder male ich mir vor.“ Dann schließt er 1 Stunde und lag am 15. 10. dann ruhig bis zum Morgen. Dem Untersuchungsrichter verweigerte er jegliche Antwort, dem Arzt streichelte er das Knie, griff mit geschlossenen Augen um sich, nickte gelegentlich auf Fragen.

Im Untersuchungsgefängnis erzählte er in den ersten Tagen einem Mitgefangenen von der Tat. Etwas später sagte er, er habe früher einmal eine Gehirnerschütterung gehabt, „darauf wolle er arbeiten, die seien ihm alle zu dumm“. Am folgenden Tage bezweifelte er, daß Ni. tot sei, und daß er der Täter gewesen sei.

Dem Gefängnisarzt und später auch anderen Zeugen berichtete er, er sei in einer fremden Stadt gewesen und dort von einem fremden Manne, wahrscheinlich einem Franzosen, angesprochen worden, der ihn wohl zur Fremdenlegion habe verschleppen wollen. Dieser habe angegeben, er werde ihm eine Stelle verschaffen. Er habe ihm

auch Wein angeboten, nachdem ihm schlecht wurde. Mit dem Manne müsse er Streit bekommen haben, und sei dann von ihm bestohlen worden, so daß er nicht mehr genug Geld zur Rückreise gehabt habe.

Die sowohl von den deutschen, wie französischen Behörden angestellten Ermittlungen ergaben keine Bestätigung der Angaben des B., die im übrigen insofern nicht immer gleichmäßig gemacht wurden, als er an manchen Tagen sich angeblich der Vorkommnisse kaum erinnern konnte, an anderen eine ganze Reihe von Einzelheiten vorbrachte.

Die Tat selbst behauptete er in einem krankhaften Zustande begangen zu haben. Er wollte erst beim Knall der Schüsse aufgewacht sein. Ehe er den Schauplatz der Tat verließ, überlegte er angeblich, ob er den Revolver, den er fortgeworfen hatte, noch suchen sollte, um keine Beweisstücke zurückzulassen. Er tat dies aber nicht, weil er fürchtete, daß er mit dem jungen Mann einen Kampf ausfechten müßte, bei dem dieser das Leben lassen könnte.

Die Postmütze will er nach der Tat aufgesetzt, die Maske und Autobrille vorher angelegt und den Pfeffer in der Hand gehalten haben. Daß er die Postmütze 3—4 Wochen vor der Tat gekauft hatte, dessen erinnerte er sich nicht. Über das Motiv zur Tat machte er verschiedene Angaben. Einige Male erklärte er, er habe sich auf unrechtmäßige Weise Geld beschaffen wollen; zu anderen Zeiten meinte er, er wisse überhaupt nicht, warum er geschossen habe. Die Möglichkeit, daß er den Ni. habe totschießen wollen, erwähnte er auch, lehnte sie aber meist ab, leugnete andererseits aber nicht, daß ihm damals öfters der Gedanke durch den Kopf gegangen sei, ihm sei von Vorgesetzten und Kollegen übel mitgespielt worden. Besondere Vorbereitungen für die Tat wollte er nicht getroffen haben. Im ganzen betonte er immer wieder, daß die fraglichen Tage ihm wie ein Traum vorschwebten. Im Gegensatz hierzu sagte er gelegentlich, daß er sich zuerst vorgenommen hätte, überhaupt nichts zu sagen. Nachdem sein Mitgefänger ihn verraten hätte, habe er, „um sich zu retten“, so viel bekundet, wie er in seiner Erinnerung habe, darunter auch die Gedanken über Raub und Verstümmelungsabsichten.

Der Gefängnisarzt kam zu der Ansicht, daß B., abgesehen von seiner Einstellung, sich von aller Welt zurückgesetzt zu fühlen, den Eindruck eines geistesgesunden Menschen mache. Ob die behauptete Bewußtseinsstörung objektiv begründet war, habe er nicht feststellen können. Er empfahl deshalb Anstaltsbeobachtung.

In An. äußerte B. anfangs einmal Fluchtgedanken, später nicht mehr. Seine Angaben wichen nicht wesentlich von denen ab, die er im Gefängnis gemacht hatte. Nur insofern brachte er etwas Neues vor, als er behauptete, er habe in Ko. bei der Schlägerei mit dem Unbekannten einen Schlag auf den Kopf bekommen. Davon sei er bis nach der Tat verwirrt gewesen.

Auf Befragen bestätigte er, daß er niemals Krämpfe gehabt habe. Gelegentlich sprach er davon, daß er Wutanfälle und Aufregungszustände bekomme, wenn er vermute, daß eine Schikane im Gange sei oder die Leute gegen ihn seien.

Beim Alkoholversuch reagierte er mit auffallender Müdigkeit. Körperlich: Pupillenreaktion: +, lebhafte Reflexe. Blasse Hautfarbe. W.a.R. im Blut: -; sonstige Blutuntersuchungen sind nicht ausgeführt worden.

Auf psychischem Gebiete ergab sich eine leichte Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörung. Sonst nichts Wesentliches. Über Vorgeschichte, Ausbildung und Berufserfolge machte Patient gute Angaben. Aus ihnen ist nur noch nachzutragen, daß Patient bis zum Kriege lebenslustig gewesen sein will, nach der Rückkehr aus dem Felde sei er stiller geworden. Eine weitere Verschlimmerung des Zustandes soll dann der Unfall gebracht haben. In den ersten Tagen nach demselben habe er alles durcheinander gesehen, sei an die Ecken geraten, habe die Entfernungen nicht mehr richtig abschätzen können. Damals habe er auch eine kolossale Wut gehabt.

Er hätte im Augenblick alles kaputt schlagen können. Beim Gehen habe er getaumelt. Als er die Arbeit wieder aufnahm, sei es ihm sehr schwer gefallen, wenn er gebückt arbeiten mußte.

Herr Sanitätsrat Dr. Adams nahm an, daß es sich um eine traumatische Seelenstörung mit transitorischer Bewußtseinstrübung gehandelt habe. Das auffallende Verhalten nach der Tat hielt er nicht für simuliert. Das Vorliegen der Voraussetzungen des § 51 St.G.B. wurde angenommen.

Da die Anklagebehörde den Patienten für einen Simulanten hielt, wurde eine Begutachtung durch den gerichtsärztlichen Ausschuß beschlossen. Zur Durchführung derselben befand sich B. mehrere Monate im Gefängnis in Bonn. Hier ergab sich folgendes:

Die Bekundungen seiner Mitgefangenen aus T. bezeichnete er als unrichtig. Mit seinen eigenen Angaben war er sehr zurückhaltend und betonte besonders, daß man sich in Ungelegenheiten bringen könne, wenn man zu viel sage. Zeitlich und örtlich war er vollkommen orientiert. Seine Antworten erfolgten in gewähltem Deutsch. Jedes Wort war wohl überlegt. Häufig witterte er hinter einer harmlosen Frage eine Falle und gab dem Ausdruck. Der Gesamteindruck war der eines Menschen, der sich aus einer schwierigen Situation herauslügen wollte. Keine Bewußtseinstrübungen. Keine subjektiven oder objektiven Schwindelerscheinungen. Bisweilen trat eine gewisse Gereiztheit hervor. Nichts Schizophrenes. Keine Intelligenzdefekte. Keine größeren Gedächtnisausfälle. Die Erinnerungslosigkeit für den Aufenthalt in Ko. und die Tat wurde weiter behauptet.

Körperlich: Blasses Haut- und Gesichtsfarbe. Pupillen: +. Beschleunigte Herzaktivität. Keine Lähmungen. Reflexe von normaler Stärke. Eine Blutuntersuchung ergab nichts Pathologisches. Die Berichterstatter des Gerichtsärztlichen Ausschusses nahmen an, daß B. ein Schizothym sei, bei dem u. a. ein die Grenzen des Krankhaften zum mindesten streifendes Mißtrauen bestände. Ferner wurde eine hysterische Komponente angenommen, welche aus dem Verhalten nach dem Unfall und den Schilderungen über das Herumwälzen im Bett nach der Verhaftung erschlossen wurde. Die Möglichkeit, daß zur Zeit der Tat ein hysterischer Dämmerzustand vorgelegen haben könnte, wurde zugegeben, gleichzeitig aber betont, daß B. selbst einzelnen Zeugen mehr von den Vorgängen erzählt hatte, als er später zugeben wollte, und daß er Äußerungen getan hatte, welche besagten, daß er sich mit seinem früheren Unfall herausreden wollte. Gegen einen Dämmerzustand sprach auch der Umstand, daß B. gewisse Vorbereitungen zur Tat getroffen hatte (Maske, Pfeffer!).

Der Angeklagte war vom 3. 12. 27 bis 2. 8. 28 in Bonn. Die Verhandlung fand im Dezember 1928 statt. Kurz vorher wurde der Patient stiller, verweigerte die Antwort auf Fragen und machte einen gedrückten Eindruck. Ebenso verhielt er sich bei der Verhandlung. Obwohl er sich über die Wichtigkeit seiner Angaben klar war, auch keine Benommenheit zeigte, gab er nur unzureichende Antworten. Es erfolgte schließlich mit Rücksicht auf die negativen ärztlichen Befunde und die Aussagen der Zeugen, welche ihn als Schwindler hinstellten, seine Verurteilung. Nachdem das Urteil rechtskräftig geworden war, wurde B. in das Zuchthaus zu Rh. überführt. In T. fiel er bis zur Überführung durch Hetzen und Querulieren, sowie durch zunehmende Reizbarkeit auf.

Im Zuchthaus verweigerte er wiederholt die Arbeit, weil er sich krank fühlte. Einmal antwortete er nicht, „weil er die Sprache verloren habe“. Erst im Juni 1929 wurde er dann für blutarm erklärt und kurz darauf zur Untersuchung nach Bonn geschickt.

Am 22. 7. 29 erfolgte die Aufnahme in die Medizinische Klinik Bonn. Hier klagte Patient über Magenschmerzen und Stiche in der Nierengegend. Objektiv fand sich:

Starke Blässe des Gesichts. Prompte Konvergenz- und Lichtreaktion der Pupillen. Glatte atrophische Zunge. Systolisches Geräusch an der Herzspitze. Wa.R. im Blut. — —.

Blutbefunde: 8. 7. 29: Hb. 40%, Erythrocyten 1,78 Mill., Färbeindex = 1,12, 7%, Monocyten 2%, Eosin. 2%, Poikilocytose, Anisocytose, Makrocyten. 24. 7. 29: Hb. 26%, Erythrocyten 1025000, Färbeindex 1,27. Im Ausstrich: Anisocytose, Poikilocytose, Polychromasie, basophil getüpfelte 1, Megalocyten, keine Normoblasten, Megaloblast. Weiße: Eosin. 2%, Neutrophile 57%, Lymphocyten 35%, Monocyten 6%.

In der Folgezeit nahm der Hämoglobingehalt weiter ab (21, 15, 10%), die Blässe des Gesichts steigerte sich (Privatdozent Dr. Jakobi). Leberbehandlung ohne Erfolg. Starke Schmerzen im ganzen Körper.

Radiologisch wurde eine alte Narbe am Magenausgang festgestellt. Kein Carcinom.

Auf psychischem Gebiet trat kurz vor dem Ableben am 9. 8. ein Erregungszustand auf, der rasch wieder abklang. 3 Stunden später Exitus.

Die Obduktion ergab eine aplastische perniziöse Anämie. Daneben bestand an der röntgenologisch verdächtigen Stelle des Magens eine alte Ulcusnarbe und eine Gastritis atrophicans, außerdem hochgradige allgemeine Anämie, Hämatopoeie in der oberen Hälfte des Oberschenkelknochenmarks, sehr starke Hämosiderose der Leber, ganz geringe Hämosiderose der Milz, hochgradige Anämie und Verfettung der Nieren, starkes Lungenödem besonders in den Unterlappen, Randemphysem, Dilatation der Harnblase, Dilatation und Hypertrophie des Herzens, Herzmuskelverfettung, geringe Struma colloidés. (Prof. Dr. Ceelen und Dr. Everts.)

Nach den Feststellungen des Pathologischen Instituts einerseits, dem Blutbefund der Medizinischen Klinik andererseits kann es keinem Zweifel unterliegen, daß B. an einer *perniziösen Anämie* gestorben ist. Für eine sekundäre Anämie — es ist auch an ein Magencarcinom gedacht worden — ergaben sich keine Anhaltspunkte. Beweisend ist der Befund am Knochenmark der Oberschenkel, die hochgradige Anämie und Verfettung der Nieren und die Herzmuskelverfettung. Ferner die Hämosiderose der Leber und der Milz. Aus dem Blutbefund seien die starke Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins, die Anisocytose, Poikilocytose, Polychromasie und die Erhöhung des Färbeindex erwähnt.

Wenn der Fall *klinisch erst in den letzten Wochen vor dem Tode richtig erkannt* worden ist, so hat das mehrere Gründe: Einmal fehlten die charakteristischen somatischen Frühsymptome vollständig. Bis zu der Zeit, zu der die Verfasser den Patienten untersucht haben, war keine Glossitis beobachtet worden. Die glatte, atrophische Zunge ist erst gegen Ende des Leidens festgestellt worden. Magen-Darmstörungen hat der Patient zwar schon viele Jahre vor dem Exitus gehabt; bei der Aufnahme in die Medizinische Klinik sogar in recht ausgeprägter Weise. Um diese Zeit waren sie wohl auch als Symptome der Anämie anzusprechen. Die Magenbeschwerden, welche der Patient vor dem Unfall hatte, sind aber wohl noch als Äußerungen eines Magengeschwürs, dessen Narbe bei der Obduktion festgestellt wurde, anzusehen, so daß der Fall B. dem von Morawitz und Bennecke erwähnten nicht an die Seite zu stellen ist.

Über Parästhesien in Händen und Füßen hat der Patient nie geklagt, über Gliederschmerzen gelegentlich. Die Reflexe waren aber nicht wesentlich gestört, insbesondere wurde nie eine Herabsetzung oder der Schwund der Sehnenreflexe festgestellt. Wenn die Reflexe kurze Zeit nach dem zu besprechenden Unfall als gesteigert bezeichnet worden sind, so kann es sich nur um eine vorübergehende Erscheinung gehandelt haben. Als wir B. beobachteten und auch später wurde an den Reflexen nichts Pathologisches gefunden.

Da auch das Blutbild noch im Jahre 1928 nichts Charakteristisches bot, ist es verständlich, daß die Krankheit erst sehr spät erkannt wurde. Dies ist um so erklärlicher, als die subjektiven Beschwerden des Patienten und die psychischen Abweichungen nur zeitweise vorhanden waren und dann auch nicht sehr ausgeprägt. Ihre Deutung war außerdem noch dadurch erschwert, daß der Patient im März 1926 einen Unfall erlitten hatte und weiter angab, am Tage vor der Tat einen Schlag auf den Kopf erhalten zu haben. Wenn wir heute die psychischen Veränderungen zusammenstellen wollen, die B. im Laufe der Jahre erlitten hat, so wäre unter Ergänzung der oben gegebenen Anamnese etwa folgendes zu sagen:

B., der aus einer Sektiererfamilie des Ostens stammte, war von jeher ein Eigenbrödler. Er neigte zum Spintisieren, lebte für sich und sprach mit Kollegen und Kunden wenig. Seine Intelligenz war gut. Er wurde als Erster aus der Schule entlassen, betätigte sich in den Anfangsstellungen erfolgreich und wurde bei der Firma G. nach dem Kriege sogar eine Zeitlang als Filialleiter verwandt. Dort versagte er allerdings rasch. Während des Krieges will er stiller geworden sein. Nach der Entlassung von G. blieb er auf den nächsten Stellen immer nur kurze Zeit. Den Mitarbeitern fiel er durch Schweigsamkeit und Reizbarkeit auf. Als er am 28. 3. 26 den Unfall erlitten hatte, kamen Gedächtnisstörungen hinzu. Etwa 1 Jahr später erschien er paranoid. Letzteres trat besonders deutlich hervor, als ihm am 1. August 1927 von der Firma La. gekündigt worden war. Da schrieb er den oben zum Teil wörtlich wiedergegebenen Brief, der zahlreiche Beeinträchtigungsideen enthält.

Es folgt nun die Zeit der Tat. B. will in der Zeit vom 11. — 12. 10. 27 in Ko. einen Streit mit einem Franzosen gehabt haben und bestohlen worden sein. Am 13. 10. abends erschoß er dann den Ni.

Daß er in Ko. das geschilderte Rekotre gehabt hat, ist nicht bewiesen. Dagegen spricht, daß die Ermittlungen der deutschen und französischen Polizei keinerlei Anhaltspunkte für die Richtigkeit seiner Behauptungen ergaben. Die Art, wie er das Erlebnis schildert und der Umstand, daß eine teilweise Amnesie vorhanden war, ließen an die Möglichkeit einer Bewußtseinstrübung denken. Durch eine solche würde namentlich auch die mangelhafte und wechselnde Motivierung der Tat eine Erklärung finden. Wir werden weiter unten darauf noch einmal zurückkommen.

Der Zustand nach der Verhaftung ließ eine Bewußtseinstrübung nicht mehr erkennen, wohl aber war der Patient nach wie vor mißtrauisch und reizbar, verweigerte zeitweise (z. B. während der Verhandlung und bei der Aufnahme in die Medizinische Klinik) jede Auskunft und äußerte allerlei Klagen.

Diese letzteren erstreckten sich auf zeitweilige Kopf- und Leibscherzen, Schwächegefühl und Herzklopfen. Namentlich im letzten Stadium der Erkrankung wurden sie oft vorgebracht.

Sehstörungen wurden nur einmal, unmittelbar nach dem Unfall geklagt. Es ist leider damals<sup>1</sup> keine Gesichtsfeld- und Augenspiegeluntersuchung vorgenommen worden, so daß über die Bedeutung dieser Beschwerden heute nichts mehr gesagt werden kann.

Überblicken wir die bisherige Zusammenfassung der psychischen Erscheinungen und subjektiven Beschwerden, so ergibt sich unschwer, daß sie den Symptomenkomplexen gleichen, die wir als exogene bezeichnen und die auch im Verlaufe der perniziösen Anämie beobachtet worden sind. Zeitweise bestanden hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände oder Apathie, zu anderen Zeiten Depressionen. Einmal, nämlich in den Tagen vor der Tat, und am 13. 10. 27 ein Verwirrtheits- und Benommenheitszustand und seit Jahren eine paranoide Einstellung zur Umgebung.

In vieler Beziehung gleicht unser Fall dem von *Kluge*, in welchem die Reizbarkeit, Neigung zu Depressionen und das paranoide Mißtrauen neben leichten Bewußtseinstrübungen eine Rolle spielten. Auch mit der oben zitierten *Siemerlingschen* Beobachtung stimmt der Fall B. insofern überein, als tageweise Verfolgungsideen bestanden, die verschieden motiviert wurden. Außerdem hatten beide Patienten bald längere, bald kürzere Zeiten, in denen sie starr und stumm umherstanden und auch bei Erörterung wichtiger Angelegenheiten nicht zum Sprechen zu bringen waren.

Die Besonderheit unserer Beobachtung liegt vom klinischen Standpunkte darin, daß es während des ganzen, mehrjährigen Krankheitsverlaufes nur einmal, für 3 Tage, zu einer *ausgeprägten* Bewußtseinstrübung gekommen ist, so daß der Fall B. als eine abortive Form psychischer Störungen bei perniziöser Anämie anzusehen ist. Wir sind sicher, daß derartige rudimentäre Symptomenkomplexe öfters auftreten. Ihre frühzeitige Erkennung kann insofern von Bedeutung sein, als sie zu intensivem Suchen nach den körperlichen Grundlagen der exogenen Psychose anregen sollte. — Wir haben in der Einleitung von psychischen Initialsymptomen gesprochen. Hierzu ist noch ein Wort zu sagen:

Mit Rücksicht auf den asthenischen Körperbau, die autistische Einstellung, die Verschrobenheit bei ungestörter Intelligenz ist B. zunächst

<sup>1</sup> Bei späteren Untersuchungen war der Augenhintergrund normal.

für einen Schizothymen gehalten worden. Ein Zerfall der Persönlichkeit ist bei ihm nie eingetreten, so daß die Annahme des einen Sachverständigen, es habe schon zur Zeit der Tat eine Schizophrenie vorgelegen, irrtümlich ist. In dem Krankheitsbilde des B. haben wir wohl gewisse Schwankungen, zeitweise sogar ausgeprägte Remissionen nachweisen können, aber keine Verblödung und auch die anderen für die Schizophrenie charakteristischen Symptome, wie Denkstörungen, Rückgang der affektiven Ansprechbarkeit, Bizarrieren u. ä. fehlten vollkommen.

Die Initialsymptome, welche die perniziöse Anämie hervorrief, bestanden in einer im Laufe mehrerer Jahre sich entwickelnden paranoiden Einstellung zur Umgebung, ferner in subjektiver und objektiver Schwäche, die seine Leistungsfähigkeit ungünstig beeinflußte und schließlich in einer krankhaften Reizbarkeit.

Länger anhaltende Halluzinationen hat der Patient anscheinend nie gehabt, dagegen hat seine paranoide Einstellung zum mindesten vorübergehend die Grenze des Wahnsinns erreicht.

In unseren bisherigen Überlegungen ist die Tatsache, daß B. am 28. 3. 26 einen Unfall erlitten hat, wohl erwähnt, wir sind aber auf die Frage, welche Bedeutung das Kopftrauma hatte, nicht näher eingegangen. Das ist jetzt nachzuholen.

Dem B. war eine Konservenbüchse auf den Kopf gefallen. Er war nicht bewußtlos, arbeitete weiter, schwankte aber, als er nach Hause ging, und hatte am nächsten Tag Erbrechen. Es traten Kopfschmerzen, Sehstörungen und Gedächtnisschwäche hinzu. Der behandelnde Arzt verordnete einige Wochen Ruhe und erklärte ihn dann für arbeitsfähig, weil sich die vorhandenen subjektiven und objektiven Symptome verloren hatten. Er nahm eine leichte Gehirnerschütterung an. Mit dieser Beurteilung des Leidens hat sich der Patient zunächst einverstanden erklärt und ist auf den Unfall erst zurückgekommen, als die Tat geschehen war.

Soweit wir nachträglich zu dieser Frage noch Stellung nehmen können, stimmen wir mit dem behandelnden Arzt überein. Das Trauma war leicht. Mit Rücksicht auf das Erbrechen, den schwankenden Gang und die Gedächtnissstörungen wird man zugeben müssen, daß eine *leichte* Gehirnerschütterung vorgelegen hat, die rasch abklang, so daß die später festgestellten Erscheinungen, insbesondere die Bewußtseinstrübung im Oktober nicht mehr mit der Commotion, sondern mit der perniziösen Anämie in Verbindung zu bringen sind. Für die Behauptung des B., er habe während seines Aufenthaltes in Ko. einen Schlag auf den Kopf erhalten, haben sich keine Beweise erbringen lassen.

Nur nebenbei möchten wir erwähnen, daß bei B. auch gelegentlich einmal hysterische Symptome aufgetreten zu sein scheinen. So wurde ein Vorgang beschrieben, der sich auf der Polizeiwache in Tr. abgespielt

haben soll, bei dem er keine Antworten gab, den Gefängnisarzt abwehrte, sich aufbäumte und sich im Bett zusammensinken ließ. Daß diese Komplikation für die Beurteilung des Gesamtbildes bedeutungslos ist, bedarf keiner weiteren Begründung.

Wichtiger ist ein anderes Problem, das der Simulation. Der Patient verdankt seine Verurteilung dem Umstände, 1. daß von einzelnen Zeugen bekundet wurde, er habe erklärt, er wolle sich mit seinem Unfall herauslügen, 2. daß er tatsächlich behauptete, er sei seit seinem Unfall krank und deshalb für die Tat nicht verantwortlich zu machen, 3. daß seine wirkliche Krankheit — die perniziöse Anämie — nicht erkannt werden konnte, 4. daß der für die Zeit der Tat behauptete Dämmerzustand der einzige war, den man überhaupt ermitteln konnte, 5. daß seine Angaben über die Erinnerungslücke bei den verschiedenen Gesprächen schwankten, 6. daß B. sich bei Ausführung der Tat verkleidete und dabei Pfeffer benutzte.

Wenn B. für sich den § 51 St.G.B. in Anspruch genommen hat, so kann uns das heute, wo inzwischen das Grundleiden ermittelt worden ist, nicht mehr wunder nehmen. Das Krankheitsgefühl, das er damals äußerte, war doch wohl echt. Wenn man den gesamten Krankheitsverlauf überblickt, wie er sich uns jetzt darstellt, muß man annehmen, daß der Patient schon vor der Tat an der perniziösen Anämie litt und bei Ausführung derselben eine Bewußtseinstrübung darbot.

Daß er den Einwand der Unzurechnungsfähigkeit in so provozierender und ungeschickter Weise vorbrachte, beweist unter diesen Umständen nicht, daß er bewußt gelogen hätte.

Schwieriger ist es, eine andere Tatsachenreihe zu erklären: B. hat sich die Postmütze, mit der er den Tatort verließ, bereits einige Wochen vorher gekauft. Er benutzte bei Ausführung der Tat eine Larve und hatte auch Pfeffer mitgebracht, den er dem Kaufmann Sch. ins Gesicht warf. Nach der Tat entledigte er sich eines Teils dieser Gegenstände, indem er sie in die Mosel warf. Alle diese Handlungen wurden in dem Sinne gedeutet, daß B. die Tötung des Ni. langer Hand vorbereitet habe und sich somit nicht im Dämmerzustande befunden haben könne. Auch gegen diese Schlußfolgerung sind Einwände zu erheben:

Grundsätzlich ist voranzustellen, daß eine Handlung, die bei ungetrübtem Bewußtsein überlegt und vorbereitet worden ist, erst in einem später einsetzenden Dämmerzustande ausgeführt zu werden braucht. *Moeli* hat solche Fälle schon vor mehr als 30 Jahren beschrieben.

Weiter ist zu berücksichtigen, daß die Postmütze den Patienten keineswegs unkenntlich gemacht hat, und daß die Beseitigung der gefährlichen Gegenstände in so ungeschickter Weise erfolgte, daß sie seine Entdeckung nicht erschwert, sonder erleichtert hat, soweit das überhaupt noch möglich war. Denn B. war ja schon vorher erkannt worden. Was B. sich bei

diesen „Vorbereitungen“ zur Tat gedacht hat, ist nicht leicht zu sagen. Jedenfalls haben sie ihm mehr geschadet als genützt. Keinesfalls beweisen sie bei den jetzt vorliegenden klinischen Tatsachen etwas gegen das Vorliegen eines Dämmerzustandes.

Durch die letzteren sind auch noch einige weitere Punkte verständlich gemacht. Wir wissen, darauf wurde oben schon hingewiesen, daß bei derartigen Kranken die Erinnerung an voraufgegangene Vorfälle, die sich während einer Bewußtseinsstörung abgespielt haben, zu verschiedenen Zeiten verschieden deutlich sein kann. Auch die innere Stellungnahme des Patienten zu dem, was er sagt oder tut, kann von Minute zu Minute wechseln. Diese Erfahrung ist z. B. geeignet, zu zeigen, daß der Wechsel in der Motivierung der Tat krankhaft bedingt war. B. hat einmal davon gesprochen, daß er sich habe Geld verschaffen wollen, ein anderes Mal sprach er von einem Rachezug gegen Angestellte der Firma Go. Für den normalen Menschen gibt es bei einer so schweren Tat ein Schwanken über die Beweggründe nicht.

Der Fall B. gehört *klinisch* zu denjenigen, deren *psychische* Störungen so passagèr auftraten und so schwer erkennbar waren, daß aus ihnen das zugrunde liegende Leiden nicht erschlossen werden konnte. Er gehört ferner zu den Beobachtungen, in denen erst kurze Zeit vor dem Tode ein kleiner Teil der charakteristischen *körperlichen* Symptome auftrat, welche die Diagnose ermöglichten. Man kann deshalb hier wohl von einer abortiven Form der perniziösen Anämie sprechen.

*Forensisch* lehrt er uns einmal, daß es Fehlurteile der Sachverständigen und des Gerichts gibt, die der Unzulänglichkeit unserer klinischen Erfahrungen zur Last zu legen und deshalb unvermeidbar sind. Außerdem beweist er, daß die Mahnung vieler Kliniker, in unklaren Fällen die körperliche Untersuchung in gewissen Zeitabständen zu wiederholen, ihre volle Berechtigung hat. Schließlich bestätigt er eine alte Erfahrung von neuem, nämlich die, daß ein Angeklagter seine Lage durch ungeschicktes Verhalten und unzweckmäßige Äußerungen erheblich verschlimmern und trotzdem unzurechnungsfähig sein kann.

#### Literaturverzeichnis.

- Behrens*: Mschr. Psychiatr. **47**, 125. — *Bodechtel*: (Histopath.) Z. Neur. **137**, 104. *Boedecker u. Juliusburger*: Arch. Psychiatr. **30**, 372. — *Bonhoeffer*: Arch. Psychiatr. **58**; Neur. Zbl. **1909**. — *Ewald*: Handbuch der Geisteskrankheiten, Spezieller Teil, Teil 3. Berlin: Julius Springer. — *Illing*: Mschr. Psychiatr. **78**, 295. — *Klieneberger*: Dtsch. med. Wschr. **52**, 1299. — *Kluge*: Arch. Psychiatr. **81**, 353. — *Landellüddeke*: Zbl. Neur. **57**, 507. — *Morawitz u. Dennecke*: Handbuch der inneren Medizin. v. *Bergmann u. Stähelin*, Bd. 4, Teil 1. Berlin: Julius Springer. — *Niehaus*: Ärztl. Sachverst.ztg **34**, 212. — *Östreich*: Dtsch. Z. gerichtl. Med. **8**, 766. — *v. Schnitzer*: Med. Klin. **24**, 106. — *Siemering*: Arch. Psychiatr. **45**, 567. — *Stertz*: Handbuch der Geisteskrankheiten, Spez. Teil, 3. Teil. Berlin: Julius Springer 1928. — *Warburg u. Jorgenson*: Hospit. **1928 II**; Ref. Zbl. Neur. **53**, 216. — *Weil et Cahen*: Presse méd. **60**, 945; Ref. Zbl. Neur. **51**, 467. — *Weimann*: Z. Neur. **92**, 433. — *Wohlfwill*: Z. Neur. **8**, 293.
-