

(Aus der Oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar.
Direktor: Obermedizinalrat Dr. Ast.)

Über die gerichtsärztliche Bedeutung der Pickschen Krankheit.

Von

Oberarzt Dr. A. v. Braunmühl.

Mit 3 Textabbildungen.

Die *Picksche Krankheit*, die ihren Namen nach dem Prager Psychiater und Neurologen *Arnold Pick* führt, ist eine seltene Hirnerkrankung. Es mag deshalb wundernehmen, daß ein an sich seltenes Leiden in seiner gerichtsärztlichen Bedeutung besprochen werden soll. Die in der Folge zu schildernden Einzelheiten über Beginn und Verlauf der Erkrankung rechtfertigen jedoch eine kurze Darstellung des besonders interessanten Leidens. — In aller Kürze mögen einleitend die wichtigsten klinisch-anatomischen Daten besprochen werden; dabei müssen die Anschauungen über die Natur des Leidens nach ihrer historischen Entwicklung eine genauere Darstellung finden.

Die *Picksche Krankheit* ist eine zu tiefer Verblödung führende *organische Hirnerkrankung*, die in den Lehr- und Handbüchern der Psychiatrie, wenn sie überhaupt besprochen ist, im Kapitel über die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters abgehandelt wird. Das erklärt sich aus der bis vor kurzem geltenden irrigen Auffassung, daß die *Picksche Krankheit* eine Abart der senilen Demenz sei, eine Auffassung, die noch *Runge* im *Bumkeschen* Handbuch der Geisteskrankheiten bringt. Heute wissen wir, daß die *Picksche Krankheit* ein *selbständiges Leiden* darstellt und daß keine genetischen Beziehungen zur senilen Demenz oder zur arteriosklerotischen Hirnerkrankung bestehen. Die ursprüngliche Einreihung unter die Alterserkrankungen des Zentralnervensystems war aus gewissen anatomisch-klinischen Besonderheiten verständlich: Die meisten Fälle kamen im Senium oder wenigstens im Präsenium zur Beobachtung, und eine sehr ausgesprochene Hirnatrophie schien auf die senile Gehirnschrumpfung zu weisen.

Auch *Arnold Pick* sah seine Fälle „umschriebener Großhirnrindenatrophie“ nicht als besonderes Leiden an: Der Prager Forscher stellte in Gehirnen älterer Personen Herde lokalisierter Atrophie fest und betonte im Gegensatz zu der *Wernickeschen* Auffassung von der *diffusen Hirnerkrankung* der senilen Demenz das Vorkommen jener *umschriebenen Atrophien*, deren Ausfallerscheinungen er sehr sorgfältig analysierte.

Neue Gesichtspunkte in der Beurteilung der *Pickschen Krankheit* brachten die Arbeiten der letzten Jahre, die ebensowohl auf die klinische wie die anatomische Sonderart des Gehirnleidens hinwiesen. Wie das

seinerzeit schon *Pick* tat, wurde dabei der systematisch anmutende Einschlag des Prozesses angedeutet, die Zugehörigkeit zu den sog. *heredo-degenerativen Leiden* stark betont und für die Ätiologie das hereditäre Moment hervorgehoben (*Richter, Gans, Onari und Spatz, Kufs, v. Braunmühl, Grüthal* u. a.). Nach diesen Studien gilt uns heute die *Picksche* Krankheit — gleichwie die *Huntingtonsche* Krankheit — als ein heredo-degeneratives Leiden, dessen (wohl recessiver) Erbgang zwar nicht geklärt ist, an dessen erblicher Natur aber nicht zu zweifeln ist.

Bevor wir zur Symptomatologie übergehen, sei vermerkt, daß das Leiden gewöhnlich zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr auftritt; doch sind schon Fälle im 3. und solche im 8. Lebensjahrzehnt beobachtet worden. Der Spielraum des Erkrankungsalters ist also groß. Gleiches gilt auch für die Dauer des Leidens. Man findet schneller verlaufende Fälle, die in 3—5 Jahren zum Tode kommen, wie solche, bei denen sich das Leiden chronisch durch 1 und 2 Jahrzehnte hinzieht. Soweit man die Dinge heute überschaut, scheinen Frauen häufiger zu erkranken als Männer. Bestimmte Zahlen über die spezielle und allgemeine Häufigkeit des Leidens lassen sich aber nicht angeben. Nach eigenen Erfahrungen möchte ich das Leiden für nicht seltener halten, als es die im Erbgesundheitsgesetz genannte *Huntingtonsche* Krankheit ist! Für die Darstellung der Symptomatologie halten wir uns an die Stadieneinteilung *Carl Schneiders*, die allen Fällen gerecht wird. Das *erste* Stadium des Leidens kennzeichnet gewöhnlich eine triebhafte Hemmungslosigkeit. Die Kranken entlaufen, streunen, verlassen ihren Dienst. Bald fällt ihr eigenartig kindisches, läppisches und distanzloses Wesen auf, das um so merkwürdiger ist, als sehr viele Patienten eine ganz ungewöhnliche Freude an Witzen und kleinen lustigen Erzählungen finden, die sie immer und immer wieder zum besten geben. Auch an kritiklosen Einfällen sind die Kranken reich. Dazu kommt, daß die *Pick*kranken mehr und mehr verschlampen, gleichgültig werden und, jeden moralischen Halt verlierend, lügen, stehlen und betteln. Vornehmlich in Anfangsstadien kommen kurzdauernde Stimmungsschwankungen vor, sei es im Sinne vorübergehender trauriger, läppischer oder reizbarer Verstimmung. Es ist wohl möglich, daß hierfür präpsychotische Temperamenteigentümlichkeiten eine Rolle spielen. Besonders vermerkt sei, daß das erste Stadium der Erkrankung meist außerhalb einer Klinik oder Anstalt durchgemacht wird! Das folgende *zweite* Stadium zeigt vor allem eine Zunahme der schon im ersten Stadium sich ankündigenden Demenz, die dadurch charakterisiert ist, daß im wesentlichen die höheren geistigen Leistungen im Sinne der Kombinations- und Urteilsfähigkeit Schaden leiden, während Gedächtnis- und Merkfähigkeit keineswegs in dem Maße gestört sind, daß die schwere Beeinträchtigung der Intelligenz dadurch verständlich würde. Im gleichen Stadium treffen wir noch jene eigen-

artigen „stehenden Symptome“ *C. Schneiders*, die auf sprachlichem, gestischen und mimischen Gebiet nachzuweisen sind. Auf sprachlichem Gebiet sind es jene „Sprüchlein“, die fast jedem Kranken eigen sind und die immer wiederholt werden. Auf anderen Gebieten sind es eintöniges Gejammer und Wimmern, Pfeiffen und Fauchen, Lachen, Meckern oder Bellen, Klopfen, Händereiben. Je nach dem Befallensein des Stirnhirn- bzw. des Schläfenlappens treten nun auch *Herdstörungen* auf, die für die Schläfenlappenfälle das Bild einer mehr oder weniger ausgebildeten sensorischen Aphasie zeigen. Einzelheiten über diese feineren Störungen gehören nicht hierher. Mehr oder weniger schnell

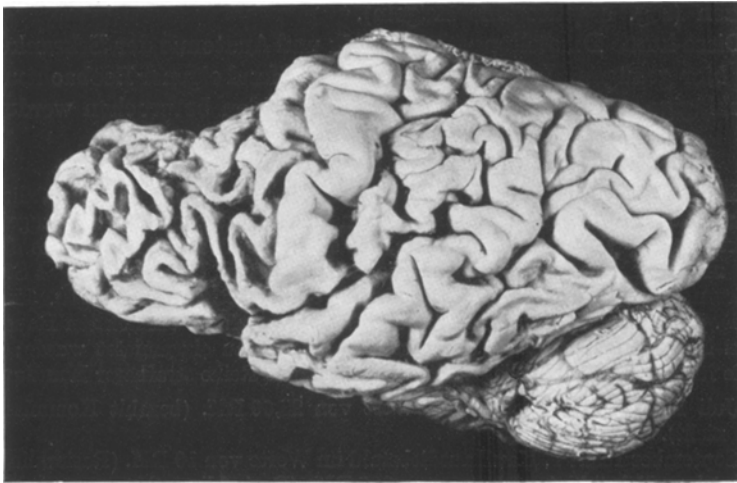


Abb. 1. *Picksche Krankheit*. Stirnhirn-, Schläfen- und Parietallappenatrophie. Die gut erhaltene vordere Zentralwindung setzt sich deutlich gegen die schwer atrophischen Stirnwindungen ab.

gelangen die Kranken in das Stadium des *Endzustandes*, in dem völlige Sprachverödung, tiefe Demenz, Unsauberkeit und Verfall — ähnlich dem schwer verblödeter Paralytiker — charakteristisch sind. Man kann den klinischen Ablauf des Leidens mit *Schneider* so zusammenfassen: daß man sagt, es führe über „ein Anfangsstadium triebhafter Kritiklosigkeit mit Fehlen aller Hemmungen und plötzlichen urteilslosen Einfällen und über ein Stadium des Versiegens feinerer Kombinationsleistungen mit Hervortreten triebhafter „stehender“ Symptome zur fast völligen Verödung seelischer Äußerungen“.

Anatomisch findet man, wie das schon angedeutet wurde, mehr weniger ausgesprochene *Lappenatrophien*: man spricht von Stirnhirn-, Schläfenlappen- oder Parietallappenfällen. Die genannten Lappenatrophien kommen ein- oder doppelseitig vor; am häufigsten sieht man

linksseitige Schläfenlappenschrumpfung im Verein mit Stirnatrophie links¹. Mikroskopisch charakterisiert sich das Leiden als ein „atrophiisierender“ Parenchymprozeß mit fortschreitendem Untergang des Rinden- und Markgewebes unter gleichzeitiger Wucherung zelliger und fasriger Glia. Gefäßveränderungen und echt entzündliche Erscheinungen fehlen. Auch die für die eigentliche senilen Gehirnerkrankungen charakteristischen Gewebsbilder der sog. senilen Plaques oder „Drusen“ und der *Alzheimerschen* Fibrillenveränderungen werden nicht oder nur sehr selten (und zwar nur Plaques) gefunden. Hingegen zeigen sich in manchen Fällen *Pickscher* Krankheit eigentümliche Zellblähungen an den Ganglienzellen mit Einlagerung besonderer argentophiler Substanzen (sog. argentophile Kugeln).

Diese kurze Darstellung über Klinik und Anatomie der Erkrankung² mag hier genügen. In der Folge mögen an Hand eigener Beobachtungen einschlägige spezielle Fragen über dieses Leiden besprochen werden.

1. Beobachtung (Frau Johanna K.).

Bei der 1. Beobachtung handelte es sich um eine 42jährige Kranke, die seit Anfang des Jahres 1932 auffällig wurde und der öffentlichen Fürsorge zugeführt werden mußte. Von Beruf Vertreterin, hat sie in den letzten Monaten des Jahres 1932 nicht mehr gearbeitet, stand vielmehr gegen 11 Uhr auf, ging 1 Stunde spazieren, um den Rest des Tages zu Hause völlig untätig zu verbringen. Es kam soweit, daß Frau K., die sich weder um die Zeit, noch die einfachsten Haushaltregeln kümmerte, vom Wohlfahrtsamt bei einer Frau eingemietet wurde; dort wurde für sie gesorgt. In diese Zeit fallen auch eine Reihe strafbarer Handlungen:

Juli 1932: Unterschlagung im Wert von 25,50 RM. (bezahlt Kommissionsware nicht).

September 1932: 1. Kaufhausdiebstahl im Werte von 10 RM. (Rasierklingen); 2. Kaufhausdiebstahl im Werte von 4,25 RM. (Rasierklingen).

Oktober 1932: 1. Kaufhausdiebstahl im Werte von 1,60 RM. (Rasierklingen); 2. Kaufhausdiebstahl im Werte von 1 RM. (Rasierklingen); 3. Kaufhausdiebstahl im Werte von 0,50 RM. (Schokolade).

November 1932: Kaufhausdiebstahl im Werte von 2,50 RM. (Rasierklingen).

Januar 1933: In einem Kaufhaus wurden Frau K. gestohlene Rasierklingen abgenommen (keine Anzeige!).

In der Zeit vom 6. I. bis 7. I. 1933 wurde Johanna K. als vermißt gemeldet.

Wiederholt kam sie auch zur bezirksärztlichen Untersuchung. Es wurde verschiedentlich „Schizophrenie“ diagnostiziert; einmal lesen wir: „Geisteskrank und mit Kleptomanie behaftet.“

Wegen der verschiedenen Warenhausdiebstähle wurde schließlich ein *Strafverfahren* eingeleitet, anläßlich dessen auch eine Untersuchung der K. auf ihren Geisteszustand stattfand. Aus den Akten entnehmen wir zuerst Ausschnitte aus der gutachtlichen Äußerung des untersuchenden Gerichtsarztes:

¹ Wie *ausgesprochen* diese Lappenatrophien sein können, zeigt Abb. 1, die meinem Handbuchbeitrag über die *Picksche* Krankheit (Bumkes Handbuch **11**, 673) entnommen ist.

² Eine ausführliche Darstellung findet sich im Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*. 8, 650ff. und **11**, 673ff.

„Höchst auffallend ist bei der untersuchten Frauensperson die seelische Lage: Sie ist ungeheuer gehemmt in der Auffassung und in der Reproduktion; es ist außerordentlich schwer, aus ihr etwas herauszubekommen, so daß die psychische Ausforschung bei ihr eine äußerst mühsame und ziemlich fruchtlose ist. Mitunter lacht sie, aber geistlos und etwas läppisch; auffallend schwach ist ihre Gesichtsmimik, die Affekte äußerst stumpf und wie gesagt nur ab und zu einmal ein leichtes läppisches Lachen ganz am ungeeigneten Platz ausgelöst. Ihre Intelligenz ist eine äußerst dürftige. Sinnestäuschungen bestehen keine. Sie ist geistig und örtlich orientiert, hat aber die Eigentümlichkeit, in einem fort an sich herumzunesteln, bald an den Strümpfen, bald an den Strumpfbändern, dann wieder am Kleid, ist außerordentlich schwer auf bestimmte Fragen zu fixieren, kurz sie macht einen sehr eigenartigen Eindruck.

Da angeblich im Juni 1915 bei ihr die gesamten inneren Geschlechtsorgane (Fortpflanzungsorgane) mitsamt den beiden Eierstöcken herausgenommen worden sein sollen, so wäre immerhin die Möglichkeit gegeben, daß das auffallende psychische Verhalten und die seelische Stumpfheit durch den totalen Ausfall der Sexualität und der Sexualhormone bedingt sein könnte.“

Der § 51 RStGB. wurde nicht zugebilligt, dagegen eine weitgehende krankhafte Beeinträchtigung ihres Seelenlebens angenommen, „so daß mindestens eine erhebliche Herabsetzung der geistigen Kräfte, auch des Wollens und Handelns, besteht“.

Frau K., die nicht verurteilt wurde, kam Anfang 1933 auf Veranlassung des Wohlfahrtsamtes in fachärztliche psychiatrische Beobachtung. Die Kranke wurde uns dann nach kürzerer stationärer Beobachtung mit der Diagnose Schizophrenie zugeführt. In der Anstalt wurde die Diagnose „Picksche Krankheit“ gestellt, und es besteht heute, nach einer mehrjährigen Beobachtung und nach der ganzen Entwicklung des Leidens, kein Zweifel, daß nicht eine Schizophrenie, sondern ein Fall von Pickscher Krankheit vorliegt. Frau Johanna K. steht heute im 2. Stadium des ziemlich weit fortgeschrittenen Leidens. Eine Unterhaltung mit ihr ist infolge der vollkommenen Sprachverödung nicht mehr möglich, wenngleich sie noch Fragen auffaßt. Die sprachlichen Äußerungen — wenn man sie noch so nennen will — beschränken sich auf eintöniges Summen und lautes unmotiviertes Lachen und Meckern. Dazu klatscht die Kranke dauernd in die Hände, ißt Kot, verschlingt alles Erreichbare und verunreinigt sich wie das Bett. Sehr stört die dranghafte Unruhe der Patientin.



Abb. 2. Beobachtung 1 (Frau Johanna K.).

Für die *diagnostische Beurteilung* lernen wir aus diesem in aller Kürze dargestellten Fall folgendes: *Im Anfangstadium der Pickschen Krankheit sind infolge Wegfall bzw. allmählichen Nachlassens der Hemmungen, Diebstähle etwas sehr Häufiges.* Und zwar handelt es sich um sinnlose Diebstähle! Die mitgenommenen Gegenstände haben für den Kranken kein ersichtliches Interesse oder aber, die Diebstähle werden so ungeschickt ausgeführt, daß eigentlich Jedem Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit der Kranken kommen müssen. Nach den Erfahrungen meines

großen Materials an *Pick*-Kranken werden von diesen „*Pick*-Dieben“ gestohlen: Regenschirme, Kinderbücher, Zuckerwaren; ein *Pick*-Kranker nahm im Volksbad einen Stiefelzieher mit, ein anderer entwendete seinem Schneider, bei dem er zur Anprobe erschienen war, einen Offizierssäbel. Das sind nur ein paar Beispiele!

Im Falle *Johanna K.* hat der begutachtende Gerichtsarzt das Eigentümliche und ganz Besondere des Falles wohl erkannt! *Das von uns in den wesentlichsten Punkten angeführte Gutachten ist eigentlich eine Symptomschilderung eines im ersten Stadium stehenden Pick-Kranken.* Die Diagnose wäre deshalb nicht schwer gefallen, wenn die Angaben über das merkwürdige alltägliche Verhalten der Frau zur Verfügung gewesen wären und vor allem, *wenn man an die Möglichkeit dieses Leidens gedacht hätte.* Deshalb ist es ein Hauptzweck dieser Darlegungen, auf die Erkrankung hinzuweisen. Sie wird deswegen oft nicht diagnostiziert, weil man nicht an sie denkt!

Unser zweiter Fall ist ein ganz besonders eindrucksvolles Beispiel, wie notwendig es auch für den *Gefängnisarzt* ist, von der *Pickschen* Krankheit zu wissen.

2. Beobachtung (Joseph B.).

Joseph B., jetzt 50 Jahre und seit 3 Jahren in Anstaltsbehandlung, wurde nach Angabe der Ehefrau 1926 erstmals auffällig, vor allem sehr ungeduldig und schnell zornig. Weitere Angaben über die Entwicklung des Leidens kann die Ehefrau nicht machen, da ihr Mann bald eine längere Gefängnisstrafe abzusitzen hatte. Er war schuldig zweier Verbrechen der Brandstiftung und erhielt unter Annahme mildernder Umstände eine Gefängnisstrafe von 2 Jahren. Der Tatbestand war folgender: Am 30. IV. und 5. V. 1929 brachen in einer Waldung Brände aus. Im 1. Fall brach mittags 1 Uhr an 2 Stellen Feuer aus, im 2. Fall gegen 6 Uhr abends, und zwar an 3 Stellen nacheinander. Im Falle 1 machte B. zum Beweis seines Alibi 3mal verschiedene Angaben (!). Kurz vor dem 1. Brand hatte er einige Halbe Bier getrunken. Auch vor der 2. Brandstiftung war er im Wirtshaus, wo er verkündete: „Heute muß es noch 3mal brennen.“ Er schepperte dabei mit der Zündholzschachtel. — In den Akten heißt es: „B. liege eine Tat, wie sie ihm hier zur Last gelegt sei, nicht ferne. Er habe schon früher Sachen beschädigt, so 2 Kleeheizen und Hafer angezündet, außerdem durch Steinwürfe Dachplatten und eine Emailtafel beschädigt.“ Das damals eingeholte Sachverständigengutachten bezeichnet B. als einen minderbegabten Psychopathen. Vor dem Vergehen sei er nicht wahrnehmbar angetrunken gewesen. Verantwortlichkeit wurde bejaht. Interessant sind übrigens frühere Daten aus dem *Strafregister* des Joseph B.

1913 (Meineidsverleitung): 1 Jahr 6 Monate Zuchthaus; nochmals Meineidsverleitung, zusammen daß: 2 Jahre Zuchthaus, 5 Jahre Ehrverlust.

1920 (Diebstahl): 4 Wochen Gefängnis.

1928: Anzeige wegen Sachbeschädigung. Beschädigt bei seinem Nachbarn und Feind einen Wagen, so daß er die Räder verlieren soll; ferner Telefonbeschädigung.

B. wurde dann Ende des Jahres 1929 zur Verbüßung der vorhin erwähnten Gefängnisstrafe einer Gefangenenanstalt zugeführt. Während der Strafverbüßung spielen sich nun die ganz massiven — allerdings verkannten — Symptome des

1. und schon 2. Stadiums der *Pickschen Krankheit* in seltener Deutlichkeit ab. Gute Auskunft gibt uns der Gefängnisakt, in dem sich genaue Aufzeichnungen über die Verfehlungen des Strafgefangenen B. finden.

10. XII. 1929. Ungeeignetes Benehmen gegen den Wachtmeister. 11. XII. 1929. Freches Benehmen. Onanieren im gemeinsamen Schlaflsaal, schweinische Redensarten, die Ärgernis erregten. 30. XII. 1929. Ungebührliches Verhalten bei Betreten seiner Zelle. 12. II. 1930. Freches Benehmen. 17. II. 1930. Freche Anspeiung (4 Wochen Arrest mit allen zulässigen Verschärfungen). 21. V. 1930. Äußerst freches Benehmen.

Meldung des Gefangenenaufsehers vom 26. VIII. 1930. *B. langt mit den Händen in die Abortschüssel und macht aus Kot Kugeln!*

Meldung vom 14. XI. 1930. Seit Wochen reinigt der Gefangene B. seine Zelle nicht mehr, trotz mehrmaligen Aufforderns. Die Zelle ist in einem Zustande, der jeder Beschreibung spottet. Die Wände sind voll Dreck infolge des Hinaufsteigens zum Fenster. Bis in die Höhe der Heizkörper ist die Wand mit Auswurf beschmiert. Wenn man den Gefangenen beanstandet oder zurechtweist, fängt er in gemeinster Weise zu schimpfen an: „Saukerl, Dreckkerl, Bazi, Leutfuxer, der Beutel gehört dir weggeschnitten und ins Gesicht geworfen.“ Man kann dem Gefangenen mit noch so guten Worten entgegenkommen, es nützt alles nichts.

27. II. 1931. Sprechen im Spazierhof, trotz Verwarnung.

15. V. 1931. Äußerst freche Schimpfworte bei jeder Beanstandung usw.

Besonderes Interesse verdient endlich die Meldung vom November 1932. B. benehme sich so eigenartig, daß man unbedingt an seinem *Geisteszustand* zweifeln müsse. Stehe stundenlang am Heizkörper, drehe sich alle Augenblicke um, spreche unverständliches Zeug. Dutzende Male schwinde er sich zum Fenster hinauf und bringe dabei ein sehr lautes aber unverständliches Gejammer vor. Küsse Bücher, Zeitungen. Entleere Blähungen in seinen Wasserkrug, worauf er ihn schnell wieder zudecke. Trinkt später von diesem Wasser. Spuckt den Wachtmeister an. Daraufhin Untersuchung durch den Gefängnisarzt: „B. war vollständig orientiert, gab auf alle Fragen klare, rasche und vernünftige Antworten und zeigte in seinem Benehmen nichts Auffälliges. Über die gemeldeten Vorkommnisse befragt, ging er in keiner Weise darauf ein und gab auch nichts davon zu, obwohl er durch deutliche Spuren an der Wand und am Fenstersims überführt werden konnte. B. ist ein *schwerer Psychopath* und legte schon manchmal ein sonderbares Benehmen an den Tag. Er wird weiterhin genau beobachtet, doch ist sein Zustand nicht derart, daß eine Überstellung in die psychiatrische Abteilung angeordnet werden müßte. Er kann noch im normalen Strafvollzug unter Berücksichtigung seiner psychopathischen Veranlagung weitergeführt werden, nachdem ja auch sein Strafende bereits am ... ist.“



Abb. 3. Beobachtung 2 (Joseph B.).

Bereits 8 Tage nach der Entlassung aus der Gefangenenanstalt mußte B. vom Bürgermeister und der Ehefrau der psychiatrischen Klinik zur Beobachtung zugeführt werden! Der Kranke wurde uns dann mit der Diagnose *Picksche Krankheit* (*Stirnhirn-Pick*) zuverlegt. Die weitere Entwicklung des Leidens ließ an der

Richtigkeit der Diagnose keinen Zweifel. B. ist heute kaum fixierbar, völlig desorientiert, vom kindisch-läppischen Gehaben, völlig distanzlos und besonders störend durch dauerndes eintöniges Singen und Trommeln.

Zur *Beurteilung* dieses Falles darf wohl gesagt werden, daß die Fehldiagnose „Psychopathie“, mit der *Johann B.* dem normalen Strafvollzug überlassen blieb, zu vermeiden bzw. zu korrigieren gewesen wäre. Ein Strafgefangener, der in Gegenwart von Mitgefangenen einen Wachtmeister anspuckt oder einfach zu ihm sagt: „Alter Stier, verreck“ ist im Zusammenhang mit den anderen merkwürdigen Äußerungen und dem auffallenden Benehmen sicher kein Psychopath mehr, zumal wenn man noch im Gefängnisakt liest: „Bei dem Gebete: ‚Komm heiliger Geist‘, welches vom Herrn Oberpfarrer laut gebetet wurde, machte B. bei angeführten Gebetsworten die Bemerkung: ‚Scheiß ihm ins Hirn hinein‘“. Der Anstaltspfarrer bat dann auch, den Kranken vom Gottesdienst fernzuhalten, da er geisteskrank erscheint.

So gibt der Fall *Joseph B.*¹ dem einleitend gebrachten Hinweis recht, daß auch der Gefängnisarzt von der *Pickschen* Krankheit Kenntnis haben muß. Und wenn es für den Gerichtsarzt und Nichtfachpsychiater auch genügt, vom Leiden zu wissen und im speziellen Fall nur die organische Natur der Erkrankung festzustellen, so mögen des Interesses halber zum Schlusse die häufigsten *Fehldiagnosen* angeführt werden. Bei im späteren Lebensalter einsetzender Erkrankung werden im allgemeinen *senile Demenz* und *Arteriosklerose* fehldiagnostiziert. Neben anderen Zeichen sei deswegen nochmals auf die eigenartigen, bei *Pick*-Kranken so gut wie nie fehlenden „stehenden Redensarten“ verwiesen. Fast jeder *Pick*-Kranke hat sein „Sprüchlein“, das er lange und immer wieder hören läßt. Die häufige Fehldiagnose *Alzheimersche Krankheit* ist mitunter nicht zu vermeiden, namentlich dann, wenn die Fälle im Endstadium zur Untersuchung kommen. In mittleren Lebensjahren werden *Pick*-Fälle sehr oft als „*Paralysen mit negativem Blut- und Liquorbefund*“ diagnostiziert. Diese Fehldiagnose läßt sich vermeiden, wenn man nur an die *Picksche* Krankheit denkt. Natürlich kann ein *Pick*-Kranker auch einmal einen positiven Blutbefund haben. Diese Kranken werden dann als fehldiagnostizierte *Paralysen* nutzlos einer Malaria-behandlung unterzogen. Findet man bei solch wassermannpositiven *Pick*-Fällen eine artikulatorische Sprachstörung — und eine solche kann bei *Pickscher* Krankheit vorkommen —, so wird um so eher Paralyse angenommen, zumal wenn noch Anfälle auftreten. Diese werden fälschlich als paralytisch gedeutet! Man beachte deshalb die

¹ Der Fall läßt in seiner ganzen Entwicklung rückschauend auch die Frage aufwerfen, ob nicht B. schon bei seinen Brandstiftungen geisteskrank war! Es spricht manches dafür, vor allem die sinnlose Ankündigung, daß es „wieder brennen müsse“ und die schwachsinnige Art des Alibinachweises!

Pupillenreaktionen, die beim *Pick*-Kranken in der Regel in Ordnung sind. Im Liquor findet sich bei *Pickscher* Krankheit nichts Abnormes, manchmal eine leichte Eiweißvermehrung, die nicht viel zu bedeuten hat. Tritt das Leiden im Anfang des 3. Lebensjahrzehntes auf, so ist *die* Fehldiagnose Schizophrenie. Da nach neuesten Erfahrungen auch bei der *Pickschen* Krankheit Wahnideen und Sinnestäuschungen vorkommen können, gehören hier die feineren differentialdiagnostischen Erwägungen ins Arbeitsgebiet des heute besonders nötigen Fachpsychiaters.
